



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİNİN TEDAVİSİNDE
ALTERNATİF YAKLAŞIMLARA
EĞİLİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Yasin KARALI

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2008



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİNİN TEDAVİSİNDE
ALTERNATİF YAKLAŞIMLARA
EĞİLİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Yasin KARALI

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Betül B. SEVİNİR

BURSA – 2008

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	..... ii
TÜRKÇE ÖZET	.....iii-iv
İNGİLİZCE ÖZET	.....v-vi
GİRİŞ VE AMAÇ	..... 1-2
GENEL BİLGİLER	.....3-12
GEREÇ VE YÖNTEM	.....13-14
BULGULAR	.....15-35
TARTIŞMA ve SONUÇ	.....36-49
EKLER	.....50-59
KAYNAKLAR	.....60-65
TEŞEKKÜR	.....66
ÖZGEÇMİŞ	.....67

KISALTMALAR

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp	TAT
Amerika Birleşik Devletleri	ABD
National Center for Complementary and Alternative Medicine	NCCAM
Dünya Sağlık Örgütü	DSÖ
Osteopati doktoru	D.O
Kemoterapi	KT
Radyoterapi	RT
Sosyal Sigortalar Kurumu	SSK
Dimetil sülfoksid	DMSO
Ortalama	ort.
Standart Sapma	SS
Minimum	min.
Maksimum	mak.

ÖZET

Çalışmamızın amacı, kanser tanısı almış çocuk hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) uygulamalarının ne sıklıkta olduğunu, neler kullanıldığını, hangi nedenlerle alternatif yaklaşımın tercih edildiğini belirlemektir.

Bu çalışma, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Onkoloji Bilim Dalı'nda kanser tanısı konulmuş yeni ve eski hastaların aileleri ile yüz yüze görüşülerek, soru-cevap şeklindeki anket formunun doldurulmasıyla yapıldı. Anket formu, hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalıkla ilgili bilgilerini ve TAT kullanım özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktaydı.

Çalışmamıza 50'si (%41.7) kız, 70'i (%58.3) erkek olmak üzere toplam 120 hastanın ailesi katıldı. Hastaların 88'inde (%73.3) en az bir TAT yöntemi kullanıldığı saptandı. En sık kullanılan TAT yöntemi diyetel takviyeler ve bitkisel ürünlerdi. TAT kullanan 88 hastanın 76'sı (%86.3) en az bir diyetel takviye kullanırken, 51 (%58) hastanın ise en az bir adet bitkisel ürün kullandığı saptandı. En sık kullanılan diyetel takviye bal (%43.2) olurken, bitkisel ürünler içinde en çok tercih edilen ısırgan otuydu (%74.5). Hastalarımızda TAT'ın en sık kullanılma nedeni tıbbi tedavinin yan etkilerinden olan tam kan sayımı değerlerindeki düşmeyi engellemek içindi. Çalışmamızda TAT kullanan ailelerin hiçbiri yan etki bildirmedi. Tüm TAT kullanıcılarının bu yöntemleri tamamlayıcı terapi amacıyla kullandığı saptandı. TAT yöntemi kullanan 88 hasta ailesinin 69'u (%78.4) kullanmış oldukları yöntemi doktorlarıyla paylaşmıştı. Sosyodemografik, sosyoekonomik ve tıbbi değişkenlerin hastalarımızda TAT kullanımını üzerinde anlamlı ilişkisi saptanmadı.

Ailelerin kanser tedavisi süresince ve sonrasında karşılaştıkları olumsuzluklar neticesinde çocukları için her şeyi yapma isteğiyle TAT kullanımına yüksek oranda başvurduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle hasta ailelerinin, TAT tedavilerinin potansiyel riskleri ve yararları konusunda mutlaka eğitilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Doktorların da kanser tedavisi gören çocuklarda TAT kullanılma durumu ve aileleri bu tedavilere yönlendiren

faktörleri her zaman akılda tutmaları ve olumsuzluk yaşanmaması için daha dikkatli olmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alternatif tıp, tamamlayıcı tıp, çocuk, kanser

SUMMARY

Evaluation Of Tendency To Use Alternative Approaches For The Treatment Of Childhood Cancers

The aim of this study was to determine the frequency, the types and the reasons of complementary and alternative medicine (CAM) use in childhood cancer patients.

The study was performed by the application of a questionnaire to the newly and previously diagnosed cancer patients' parents in Uludağ University Faculty of Medicine Department of Pediatric Oncology. The questionnaire consists of questions related to the sociodemographic characteristics of the patients, their cancer types and the characteristics of their CAM usage. The questionnaires were completed during a face-to-face interviewing with their parents.

Families of a total of 120 of the children [70 (58.3%) boys and 50 (41.7%) girls] were interviewed. There was at least one type of CAM usage in 88 (73.3%) patients. The most frequently used CAM types were dietary supplementations and herbal products. It was determined that of the 88 patients using CAM, 76 (86.3%) used at least one type of dietary supplementation and 51 (58%) used at least one type of herbal product. The most frequently used dietary supplementation was honey (43.2%) and the most frequently used herbal product was stinging nettle (74.5%). The leading reason of CAM usage was to prevent the decline of the complete blood count results which were the side effects of cancer treatments.

None of the families using CAM reported any side effects related to CAM usage and none stopped their primary medical cancer treatments. In other words, it was determined that all families used such products as complementary treatments, not as alternative treatments. Of 88 families using CAM, 69 (78.4%) informed their primary doctors about their CAM usage. None of the sociodemographic, socioeconomic and medical variables were significantly associated with CAM usage.

It is evident that the families of the children having cancer prefer to use some kinds of CAMs with the wish to do their best when they encounter various unwanted effects or problems during and after their medical cancer treatments. We think that the families of the children having cancer treatment should be sufficiently informed about the potential risks and benefits of the CAM usage. Doctors treating children with cancer should always consider the possibility of CAM usage and the factors leading to CAM usage in their patients. They should always be very careful in order to be able to prevent any possible unwanted results.

Key words: Alternative medicine, complementary medicine, child, cancer

GİRİŞ ve AMAÇ

Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) tedavileri şimdikiye kadar geleneksel (konvansiyonel) tedavinin bir parçası sayılmayan farklı ilaç ve sağlık bakım sistemleri, uygulamaları ve ürünlerinin bir grubu olarak tanımlanmıştır (1). TAT, bir toplumun veya kültürün baskın sağlık sisteminin dışında; tüm sağlık sistemi modellerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teorileri ve inançları kapsayan iyileştirme kaynaklarını içeren geniş bir ilgi alanına sahiptir (2). TAT terapilerini oldukça heterojen bir tedavi grubu oluşturur. Halk tarafından yaygın bir şekilde kullanılsa da bu terapilerin çoğu konvansiyonel sağlık bakımı sağlayıcıları tarafından iyi anlaşılmamıştır (1). Birçok araştırma, hastaların kanser tanısı almalarıyla hemen TAT tedavilerine yöneldiklerini ve kanserli çocuklarda TAT tedavilerinin sıklıkla kullanıldığını göstermiştir. Her ne kadar 1970 ve 1980'lerde tamamlanan araştırmalar kanserli çocukların %20'den azının TAT kullandığını göstermişse de, daha sonra 13 ülkedeki 26 araştırmanın sistemik gözden geçirilmesinden elde edilen veriler ortalama prevalansı %31 olarak saptamıştır (3,4). Son 10 yıldaki araştırmalar ise kanserli çocuklar arasında TAT terapisi kullanma prevalansını %24-90 olarak belirlemiştir. Kanserli erişkinler arasında TAT kullanım prevalansı ile benzerdir. Bu çalışmalarda aynı zamanda çoğu çocuğun TAT tedavisini geleneksel tedavinin yerine kullanmaktansa ek ajan olarak kullandığı da bulunmuştur (5).

Türkiye'de pediatrik onkoloji hastalarında yapılan 2 çalışmada TAT kullanma prevalansı %49,9 ve %51,6 saptanmıştır (6,7). Türkiye'de yakın zamanda yapılan 4 araştırmada erişkin kanser hastalarında %22,1 ile %53,2 arasında alternatif terapiler kullanıldığı bulunmuştur (8-11). Ülkemizde hem erişkinlerde hem de çocuklarda en sık seçilen metot bitkisel tedavi olup bunlar içinde ise en sık kullanılan bitki ısırgan otudur (6-11).

Bu yüksek kullanım seviyesi nedeniyle çocukluk çağı kanser tedavisi süresince TAT terapilerinin potansiyel riskleri ve yararları hakkında hem aileleri hem de sağlık personelinin eğitime ihtiyacı sürmektedir (1). Hastaların %50'sinin TAT kullanımını, hekimlerine bildirilmemesi nedeniyle tedaviler

daha karmaşık bir hal almıştır. TAT tedavileri klinik deneylere katılan kişiler tarafından da kullanıldığı için bazı çalışmaların sonuçlarına da ön yargı oluşturmaktadır. TAT tedavileri; esas olarak kanserin ağrı ve semptomlarını özellikle geleneksel kanser tedavisinin gerçek ve algılanan toksisitesini azaltmak amacıyla kullanıldığı bildirilmektedir. Ailelerin çocuklarının sağlığını düzeltmek için mümkün olan her şeyi yapma isteği, çocukları için TAT tedavisi kullanma kararlarında büyük rol oynamaktadır (12). Kötü prognoz, önceden TAT kullanımı, yüksek eğitilmiş ebeveyn, ileri yaş ve dini inanç kanserli çocuklardaki TAT kullanımı ile ilişkilidir (5).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Sağlık Enstitüsü'nde 1998'te bilimsel bağlamda TAT terapilerini araştırmak ve TAT terapileri ile ilgili bilgileri topluma ve meslek kuruluşlarına yaymak görevi ile "Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp için Ulusal Merkez" (NCCAM- The US National Institutes of Health Center for Complementary and Alternative Medicine) kurulmuştur (13).

Avrupa'da TAT genellikle, Almanya'da tıp eğitimi almadan yapılan bir meslek olan "Heilpraktiker"ler gibi TAT uygulayıcıları tarafından yapılır. ABD'de olduğu gibi Avrupa'da da onkolojik hastalıklardan yakınan çocukların büyük çoğunluğu çok merkezli çalışmalarla tedavi edilir. Çok az ebeveyn alternatif tedavileri konvansiyonel tedavilerin yerine koyarak kullanmayı ister. Avrupa'da TAT genellikle araştırmalara karışmamıştır. Pediatrik onkoloji merkezlerinde nadiren yer bulmaktadır (14).

Bu çalışmasının amacı; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Onkoloji Bilim Dalı'nda tedavi edilen kanserli çocuklar arasındaki tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini ve kullanım sıklığını saptamak; alternatif tedavilere eğilimi etkileyen faktörleri tanımlamaktır.

GENEL BİLGİLER

Kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımının giderek artması son yıllarda bu konu ile ilgili çalışmaların sayısını arttırmıştır. Bunun sonucunda dünya genelinde yapılan çalışmalarda konvansiyonel, geleneksel ve TAT terapilerinin farklı tanımlarla ifade edilmesi bu tedavi yöntemlerinin ortak bir dille tanımlanması gerektiği fikrine yol açmıştır.

TANIMLAMALAR:

Konvansiyonel (Klasik) Tıp:

“ABD TAT Ulusal Merkezi” tarafından “Konvansiyonel tıp: Tıp doktoru veya osteopati doktoru (D.O) ünvanına sahip kişiler, fizyoterapistler, psikologlar ve hemşireler gibi sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan tıbbi sistemlerin tümü” şeklinde tanımlanmıştır.

Konvansiyonel tıp için diğer terimler; allopati, batılı tıp, ana akım, Ortodoks tıp (eskiye bağlı) ve biyotıptır. Pediatrik onkolojideki konvansiyonel terapiler; pediatrik onkologların büyük çoğunluğu tarafından kabul gören terapilerdir (15).

Geleneksel Tıp:

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Geleneksel tıp; fiziksel ve ruhsal hastalıkların tanısı, önlenmesi, iyileştirilmesi veya tedavisinde kullanılan, farklı kültürlere ait teori, inanış ve tecrübelerle dayalı bilgi, beceri ve uygulamaların toplamıdır” şeklinde tanımlanmıştır.

Her ne kadar geleneksel tıp, sıklıkla Ortodoks tıp ile eş anlamlı olarak kullanılsa da doğru kelime kullanımı geleneksel tıbbın Çin, Ayurveda, Tibet tıbbı veya diğer yerel tıbbi sistemler için kullanılmalıdır. Hepsinde yüzyıllık filozoflar vardır ve ilgili toplumun geleneklerinden köken almıştır. Kültürel, dinsel ve toplumsal inanışlar büyük ölçüde tıbbın geleneksel sistemlerinin

temelini oluşturur. Geleneksel tıp terimi, Ortodoks tıbbı ile eş anlamlı olarak kullanılmamaktadır (16).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT):

TAT Ulusal Merkezi tarafından “Henüz konvansiyonel tıbbın parçası olarak düşünülmeyen farklı sağlık bakım sistemleri; uygulamaları ve ürünlerinin bir grubudur” şeklinde tanımlanmıştır. Bazı TAT terapileriyle ilgili kanıtlar olsa da, çoğu için bu terapilerin güvenli olup olmadığı, kullanıldıkları hastalık veya tıbbi durum için etkinliği iyi planlanmış bilimsel çalışmalarla henüz gösterilmemiştir. Güvenli ve etkili olduğu kanıtlanan terapiler konvansiyonel sağlık bakımına kabul edildikçe ve sağlık bakımında yeni yaklaşımlar haline geldikçe TAT olarak düşünülen terapi listesi devamlı değişmektedir.

Tamamlayıcı tıp; konvansiyonel tıp ile birlikte kullanılır. Örneğin; cerrahiye takiben hastanın ağrısını azaltmaya yardımcı olarak aromaterapi kullanılması bu duruma örnek verilebilir.

Alternatif tıp; konvansiyonel tıp ile birlikte değil, onun yerine kullanılır. Örneğin; doktor tarafından önerilen konvansiyonel tedavi [cerrahi, radyoterapi (RT) veya kemoterapi (KT)] yerine kanser tedavisi için özel diyet kullanılmasıdır (15).

Cochrane’in tanımlaması “Tarihsel süreçte belli bir toplum veya kültürün politik olarak baskın sağlık sistemi içinde yer alanların dışındaki tüm sağlık sistemleri, modelleri, uygulamaları ve eşlik eden teori ve inanışlarını kapsayan iyileşme kaynakları ile ilgili geniş ilgi alanıdır” şeklindedir (15).

İngiliz Parlamentosu’nun bildirisine göre “TAT, ana sağlık bakımının parçası olarak düşünülmeyen, sağlıkla ilişkili terapiler ve disiplinlerin farklı grubundan bahsetmek için kullanılan bir başlıktır. TAT konvansiyonel tıp ile birlikte sağlanabilecek (tamamlayıcı) veya uygulayıcıların düşüncesine göre konvansiyonel tedavinin yerine kullanılacak terapileri kapsar” denilmiştir (17).

İntegratif Tıp:

İntegratif tıp; NCCAM tarafından tanımlandığı gibi geçerli, güncel tıbbi terapiler ve güvenlik etkinliğe dair yüksek kalitede bilimsel kanıtları olan TAT terapilerini kombine eder (15). Cassileth ve Vickers (18) “ integratif onkoloji” terimini; kanıtlara dayalı, destek tamamlayıcı modeller ile kombine kanser tedavisinin en iyisinin sentezi olarak önermektedir .

ONKOLOJİK SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARASINDA TAT KULLANIMI

Bir Norveç çalışması onkoloji alanında görevli çalışanların (onkolog, hemşire, memur ve radyologlar) TAT kullanma insidansını yaklaşık %48 olarak göstermiştir. İlginç olarak çoğu kullanıcı TAT ile pozitif deneyimler tarif etmiştir. Kullanımdaki farklılıklar; cinsiyet, meslek, yaş ve dine oldukça bağlı bulunmuştur (19).

TAT KULLANIMINI İLE İLİŞKİLİ ETKENLER

TAT kullanımını arttırdığı belgelenmiş faktörler; yüksek gelir düzeyi, ebeveyn yüksek eğitim seviyesi, inanç ve ailede önceden TAT kullanımı öyküsüdür (12,20-30) .

TAT KULLANIMININ SEBEPLERİ

Kanserle ve tedaviyle ilişkili semptomların azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması, hastalık süresince izlenecek yolun kararı ile ilgili kontrolü sağlamak, immün sistemi güçlendirmek, zihin-beden ve ruh sağlığı birlikteliğini güçlendirmek, yapılmayan hiçbir şey bırakmamak en sık sebepler iken, konvansiyonel tedavilere güven eksikliği nadir bir sebeptir (12,20-30).

SINIFLANDIRMA

NCCAM, araştırma ve eğitim amacıyla TAT terapilerinin 5 major kategorisini tanımlayan standart bir sınıflandırma sistemi geliştirmiştir (15,31).

TAT'ın 5 major tipi şunlardır (15,31):

1. Alternatif tıbbi sistemler (homeopati veya geleneksel Çin tıbbı gibi)
2. Beden-düşünce yaklaşımı (meditasyon, dua, sanat, dans, müzik gibi aktiviteler)
3. Biyolojik tabanlı terapiler (bitkiler, diyet takviyeleri gibi)
4. Manipülatif ve beden tabanlı yöntemler [kiropratik (chiropractic), masaj gibi]
5. Enerji terapileri (Qi gong, Reiki, iyileştirici dokunuş gibi)

1. Alternatif Tıbbi sistemler:

Alternatif tıbbi sistemler hem teorik hem de uygulama sistemleri üzerine inşa edilir. Bu sistemler ABD'de kullanılan konvansiyonel tıbbi yaklaşımın genellikle dışında ve daha erken dönemde gelişmiştir. Batı kültüründe gelişen alternatif tıbbi sistemlere örnek; homeopatik ve naturopatik tıptır. Batılı olmayan kültürlerde gelişen sistemlere örnek; geleneksel Çin tıbbı ve Ayurveda'dır.

2. Beden-düşünce yaklaşımı (Zihin-beden uygulamaları):

Zihin-beden tıbbı; bedensel fonksiyonları ve semptomları etkilemek için zihin kapasitesini güçlendirmeyi amaçlayan çeşitli teknikleri kullanır. Eskiden TAT olarak düşünülen bazı teknikler ana akım haline gelmiştir (örneğin; hasta destek grupları ve bilişsel davranışsal terapi). Meditasyon, dua, zihinsel iyileşme, resim, müzik veya dans benzeri yaratıcı duyguları ifade etme vasıtalarını kullanan terapiler gibi diğer zihin-beden uygulamaları hala TAT olarak düşünülmektedir.

3. Biyolojik tabanlı terapiler:

Biyolojik tabanlı terapiler; şifalı bitkiler, yiyecekler ve vitaminler gibi doğada bulunan maddeleri kapsamaktadır. Bazı örnekler; diyetset ilaveler, bitkisel ürünler ve doğal olarak adlandırılan fakat henüz bilimsel olarak kanıtlanmamış terapilerin kullanımınıdır (örneğin; kanseri tedavi etmek için köpek balığı kıkırdağı kullanılması).

4. Manipülatif ve beden tabanlı yöntemler:

TAT'daki manipülatif ve bedene yönelik yöntemler; vücudun bir veya daha fazla kısmının manipülasyon ile hareketidir. Bazı örnekler; kiropraktik veya osteopatik manipülasyon ve masajdır.

5. Enerji terapileri:

Enerji terapileri; enerji alanlarının kullanımını gerektirir ve iki tipi vardır. Biyoalan terapileri: İnsan vücudunu çevrelediği ve içine işlediği iddia edilen enerji alanlarını etkilemek için tasarlanmıştır. Böyle alanların varlığı henüz bilimsel olarak kanıtlanmamıştır. Enerji terapilerinin bazı formları basınç uygulayarak veya elleri bu alanların içine yerleştirerek vücut manipülasyonu yaparak biyoalanları kullanır (örneğin; Qi Gong, Reiki ve iyileştirici dokunuş). Biyoelektromanyetiğe dayalı terapiler: Uyarılmış alanlar, manyetik alanlar, alternatif akım veya direk akım alanları gibi elektromanyetik alanların klasik olmayan kullanımına dayanmaktadır.

SIKLIKLA KULLANILAN TAT TERAPİLERİ:

Zihin-beden tıbbi: Rahatlama (relaksasyon), hipnoz, görsel betimleme, meditasyon, yoga, biyo-geridönüş (biofeedback) , taichi, qi gong, bilişsel-davranışsal terapiler, grup desteği, otojenik eğitim ve din gibi sağlığı teşvik edeceği düşünülen uygulama stratejilerine odaklanır. Bu alan; bu sürecin başlamasını sağlayan ve yol gösteren sağlık bakım sağlayıcılarının düşündüğü gibi hastalığı, kişisel büyüme ve gelişme için bir fırsat olarak

görür. Zihin-beden uygulamaları; halk tarafından kullanılan tüm TAT'ların büyük kısmını oluşturur.

Değişik tipteki kanserli hastalar ile çok sayıdaki çalışmalardan elde edilen kanıtlar; zihin-beden tedavilerinin duygu durum, yaşam kalitesi ve başa çıkmayı iyileştirdiği gibi kemoterapiye bağlı bulantı, kusma ve ağrı benzeri hastalık ve tedavisi ile ilişkili semptomları da azalttığını desteklemektedir. Bazı çalışmalar zihin-beden uygulamalarının çeşitli immün parametreleri değiştirebildiğini desteklemektedir. Fakat bu değişikliklerin hastalığın ilerlemesi veya prognozu üzerinde etkili olması konusunda yeterli öneme sahip olup olmadığı açık değildir (15,32-37).

Besin öğeleri uygulaması: Onkoloji hastalığı olan çocuklar için yeterli kilo ve iştah; yaşam kalitesi için ölçülebilir parametrelerdir. Kanserle ilişkili inflamatuvar strese bağlı kilo ve iştah kaybı iyi bilinmektedir. Proinflamatuvar sitokinlerin salınımı, yağ ve kas proteini kaybı ile sonuçlanan anoreksi ve kanser kaşeksisine neden olur. Kanser kaşeksisinde iştah kaybı için kesin mekanizma açık değildir. Bununla birlikte proinflamatuvar sitokinler, hipotalamusta serotoninerjik aktiviteyi artırır ve leptin için içine girer. Kanser terapisi; inflamatuvar sürecin daha da artmasını sağlayan hasta üzerindeki oksidan strese neden olur. Kemoterapinin bulantı ve kusma yapıcı etkisi iştah kaybının daha belirgin olmasına neden olur (38,39).

İyi dengelenmiş beslenmenin belirli kanser tiplerini önlemede major rol oynadığı bilinmektedir. Genel olarak kabul görmüş örneklerden biri sürekli satüre yağ asidi alımının kolon kanseri yapma olasılığını yükseltmesidir. Diğer yandan gerçekten var olan bir malign hastalık herhangi çeşit bir diyetle ortadan kaldırılamaz. Kanser hastalarındaki prognoz veya yaşam beklentisi ile ilgili yararlı etkisi kanıtlanmış, bilimsel olarak değerlendirilmiş tek bir diyet yoktur. Böylelikle kanser diyeti olarak adlandırılanların çoğu hastalar için kaşeksinin hızlanması ve hatta kötü prognoza neden olabilecek proinflamatuvar cevabı artırır. Çocuklar daha çok tehlike altındadır ve malnütrisyona bağlı yetmezlik sendromuna karşı daha fazla hassasiyet gösterirler (38,39).

Antioksidanlar ve kanser terapisi: Kanserli çoğu hasta tedavi toksisitesini azaltmak ve uzun dönem sonuçlarını iyileştirmek için kanser tedavisi süresince antioksidan nütrisyonel ilaveler almaktadır. Ladas ve ark. (40) yakın zamanda erişkin kanser hastalarının genellikle önerilen diyet gereksiniminden daha yüksek dozlarda antioksidan içeren nütrisyonel ilaveleri kullandığı ile ilgili bir makale yayınladılar. Antioksidanlar KT ve RT ile ilişkili belirli toksisite tiplerini azaltabilir fakat bu terapilerin etkinliğine de müdahale edebilir. Kanser hastalarında vitamin C'nin potansiyel yararları araştırılmış önemli bir etkisi görülmemiştir. Kanserli çocuklarda antioksidan kullanımı ile ilgili klinik deney yoktur. Belirli antineoplastik ilaçların metabolizmalarının değiştiğine dair bulgular ve sağlıklı hücrelerle karşılaştırıldığında kanser hücrelerinin antioksidan vitaminleri daha verimli kullandığı ile ilgili endişeler birlikte ele alındığında pediatrik kanser hastalarında şimdilik yüksek doz antioksidanlar kullanılmamaktadır. Dahası özellikle küçük çocuklar muhtemel hipervitaminoz riskiyle ek olarak tehdit altındadır (40-49).

Bitkisel ürünler: Bitkisel tedavi; terapotik etki sağlamak amacıyla bitki ve bitki kısımlarının kullanılması olarak tanımlanır. Bitkisel ürünlerin kullanımı batı dünyasında dramatik olarak artmaktadır. Son tahminler erişkin kanser hastaları arasında %13-63'ünün bitkisel preparatları kullandığı yönünde genel prevalansı destekler. Çoğu insan bitkisel ürünlerinin "doğal" olduğu ve bu nedenle zararsız ve güvenli olduğunu düşünür. Esas endişe nedeni; farmokokinetik özelliklerin değişmesine ve önemli klinik etkileşimlere yol açan bitkisel ürünler ile antineoplastik ilaçlar arasındaki potansiyel etkileşimdir. Çoğu antikanser ajanı ile ilişkili dar terapotik aralık nedeniyle pediatrik onkolojide muhtemel olumsuz ilaç etkileşimlerinin daha iyi anlaşılması gerekir. Şifalı bitkiler ve antikanser ilaçlarının kombinasyonu her iki bileşenin etkilerini arttırıp veya azaltıp klinik olarak anlamlı etkileşimlere neden olabilir. Dahası birkaç şifalı bitkinin intrensek toksisitesi de bildirilmiştir. Absorbsiyon, dağılım, metabolizma ve ekskresyonu kapsayan tüm farmokokinetik süreç etkilenebilir. Pediatrik onkologlar ve ebeveynler kanser tedavisi süresince bitkisel ürünler ile potansiyel olumsuz reaksiyonlar açısından uyanık olmalıdır

(50,51). ABD'de en çok satan 15 şifalı bitkinin konvansiyonel allopatik terapiler ile bilinen ve tahmin edilen etkileşimleri iyi tanımlanmıştır (50). KT alan hastalarda devedikeni sütünün hepatoprotektif etkisi ile ilgili bazı kanıtlar mevcuttur (52).

Akupunktur: Akupunktur halen dünya çapında yayılmakta olan çok eski bir geleneksel Çin tedavi yöntemidir. Akupunkturun ilk izlerinin 5000 yıldan daha eski olduğuna dair kanıtlar vardır. Akupunktur son yıllarda daha çok araştırma odağı olmuştur. Akupunktur noktaları iğne sokma, basınç ve lazer yoluyla uyarılır. Geleneksel Çin akupunkturu, akupunktur noktalarını etkileyen “meridyenler” olarak adlandırılan enerji kanalları boyunca vücudun etrafında dolaştığı söylenen Qi (yaşam enerjisi) fikrine dayanmaktadır. Meridyenler boyunca enerji akımındaki değişiklikler hastanın yakınmalarının değişmesine neden olur. Akupunktura odaklanan bilimsel tezlerin çoğu akupunkturun klinik etkileri üzerine çalışmalardır. Akupunkturun çalışma şekli ile ilgili sadece çok az şey bilinmektedir. Akut ve kronik ağrıda yararlı olduğunu gösteren randomize deneylerle ağrı tedavisi için kullanıldığı bilirse de halsizlik, bulantı, kusma ve kabızlık gibi değişik durumların tedavisi için de kullanılmaktadır. İnce iğnelerin yerleştirilmesi genellikle 6 yaşın üstündeki çocuklar tarafından tolere edilebilir. Daha küçük çocuklar veya özel risk faktörleri olan hastalar (örneğin; trombositopeni, düşük nötrofil sayısı) özel akupunktur lazeri veya akupressure (basınç) ile tedavi edilebilir. Akupunkturun olası yan etki oranı düşüktür (kollaps, kanama, hematoma, damar, sinir ve organ hasarı, enfeksiyon) (53-56). Pediatrik onkolojide akupunktur ile ilgili sadece birkaç makale vardır. Reindl ve ark. (56) akupunktur uygulanan kanserli çocuklarda kemoterapiye bağlı bulantı ve kusma insidansında azalma olduğunu çalışmalarında ifade etmiştir. Bu konuda daha fazla kontrollü klinik deneylere ihtiyaç vardır.

Kiropraktik (Chiropraktik): Manipülasyon ve masaj tekniklerini kullanarak kas, tendon ve eklemleri ayarlamak yoluyla neredeyse tamamıyla kas-iskelet yakınmalarını tedavi etmek için kullanılır. Tanı prosedürleri vakanın özgeçmişi, klasik klinik muayene ve x-ray'dir. Kiropraktik esas olarak hastalığa neden olan “azalmış sinir akımı” fikrine dayanmaktadır. Pediatrik

onkolojide kullanımına dair klinik deneyler veya vaka bildirileri hala eksiktir. Bu manipülatif tekniğin potansiyel riskleri nedeniyle sadece tam nörolojik ve radyolojik değerlendirme sonrası deneyimli bir doktor tarafından uygulanabilir (57-60).

Osteopati: Esas olarak kas iskelet problemlerine odaklanan genellikle manipülasyon kullanılan tanı ve tedavi sistemidir. Problemlere neden olan bozukluğun sinirlerden çok kan dolaşımındaki bozukluktan kaynaklandığı teorisi ile kiropraktikten farklılık gösterir. Kranio-sakral terapi gibi osteopatinin birkaç dalı vardır (61-63). Pediatrik onkolojide kullanımı ile ilgili klinik deneyler hala yetersizdir.

Homeopati: Alman Samuel Hahneman 19. yüzyılın başlarında ortaya atılmıştır. Homeopatinin genel prensibi maddelerin yüksek dozlarının hastalığa neden olurken, düşük dozlarının tedavi ettiği inancına dayanır. Homeopatinin esas maddeleri su (bazen alkol) içinde eritilmiş doğal bitkilerin, minerallerin, hayvani ürünlerin ve kimyasalların bileşimleridir. Homeopati terapisinin çocuklarda kullanımı ile ilgili çok sayıda klinik çalışma vardır (64-67). Linde'nin (66) metaanalizi ve yayınlanan çalışmalar homeopatinin istatistiksel analiz anlamında terapotik etkinliği olabileceğini göstermiştir. Oberbaum'un (64) pediatrik onkoloji hastalarındaki çalışmasında kök hücre transplantasyonu ile ilişkili mukozitin tedavisinde test edilen kompleks homeopatik bir ilaç olan Traumeel'in yararlı etkileri gösterilmiştir (64).

Antroposofik Tıp: "Antroposofi" kelimesi "insan aklı" anlamına gelir. Dinsel anlamda ruhun bilgisi şeklinde düşünülebilir. Antroposofi Rudolf Steiner (1861-1925) tarafından ortaya atılmıştır. Bu bilgiye ulaşmak için içsel olarak okul eğitimi gerekir. Başlangıç noktasını teknoloji ve bilime karşı modern eleştirel görüş ve çağdaş oryantasyondan alır. İnsan ve dünyanın dinsel boyuttaki deneyimlerini somutlaştırmaya çalışan bir çeşit çalışma ve okul eğitimidir (68). Bu dini bilgi; eğitim (Waldorf Okulları), tarım (demeter), sanat ve hatta eczaneleri kapsayan tıp bilimi için en çok bilinen günlük hayatın birçok kısmı için pratik yönler geliştirmiştir. Steiner birlikte çalıştığı Ita Wegman ile geleneksel bilimsel tıbbın alternatif olamayacak fakat uzantısı

olabilecek antroposofik tıbbin temellerini tıp kitabında tanımlamıştır. Avrupa da en iyi bilinen tamamlayıcı kanser terapilerinden biri antroposofik tıbbın parçası olan ökseotu preparatlarıdır. Almanya'daki pediatrik onkoloji hastalarında antroposofik ilaçlar ile birlikte homeopatik ilaçlar en sık kullanılan TAT formlarıdır. Pediatrik onkolojide ökseotu preparatı kullanımı için yayınlanan birkaç vaka bildirimini vardır. Fakat kontrollü klinik çalışmaya yayınlanmamıştır. Erişkin onkolojisinde ökseotu preparatlarının kullanımı iyi dökümanite edilmiştir. Ökseotu preparatları dışında antroposofik ilaçlar yüksek oranda dilüe ilaçları da kapsar. İyileştirici ilaçlarla tedaviye ek olarak antroposofik tıbbın önemli bir parçası da sanat terapileridir. Bu tedaviler resim yapmak, heykel, müzik, şarkı söylemek ve kompozisyonudur (69-72).

Köpek balığı kıkırdağı: Köpek balığı kıkırdağı ekstrelerinin kanser için kür olarak lanse edilmesi köpek balıklarında kanser olmadığı tahminiyle sonuçlanmıştır. Ostrande ve ark. (73) zıt olarak köpekbalıklarında çok çeşitli malign neoplazmlar tanımlamıştır. Birkaç invitro çalışma köpekbalığı kıkırdağının anti angiogenetik ve anti-invazif potansiyeli maddeler içerdiğini göstermiştir. Fakat kansere karşı basit köpekbalığı ekstrelerinin etkinliği bugüne kadar kontrollü çalışmalarla yayınlanmamıştır. Pediatrik onkolojide bu ürünün kullanımına ait hiçbir kanıt yoktur (73-75).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Temmuz 2007-Ekim 2007 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Onkoloji Bilim Dalı'nda tanı alıp, tedavi edilmiş 0-18 yaş arası 120 (50 kız,70 erkek) kanserli hastayı kapsamaktadır. Bu anket çalışması hastaların anne, baba veya her ikisine birden uygulandı. Başlangıçta aileye tamamlayıcı ve alternatif tedaviler anlatıldıktan sonra, çalışma hakkında bilgi verildi. Katılımcılara istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ve bütün bilgilerin kesinlikle gizli tutulacağı belirtildi. Araştırmaya katılmak isteyen ailelerden (anne, baba ya da her ikisi) aydınlatılmış onam formu ile yazılı onayları alındı (Ek 1). Çalışma için oluşturulan anket formu ailelerle yüz yüze görüşülerek tek bir araştırmacı tarafından tamamlandı. Çalışma Uludağ Üniversitesi Etik Kurulu'nda onaylandıktan sonra başlatıldı.

Anket; sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, anne ve babanın mesleği, ailenin aylık geliri, anne ve babanın eğitim düzeyi, kardeş sayısı, sosyal güvencesi, yaşadığı yer ve süresi vb.), hastalıkla ilgili bilgileri (hastalığın tanısı, tanı tarihi, aile bireylerinde tümör öyküsü, hastaya uygulanan tedaviler vb.), TAT kullanımı ve kullanılan yöntemler, TAT kullanım neden ya da nedenleri, TAT kullanımına ne zaman başlanıldığı, TAT kullananlar için beklenen yarar ve yan etkileri, TAT kullanımından doktorunun haberdar olup olmadığı, kanser tanısı sonrasında ailede yaşam biçiminde ne gibi değişiklikler yaşandığı gibi sorulardan oluşturuldu (Ek 2). Çalışmaya alınan hastalar tanılarına göre lenfomalar (Hodgkin ve Hodgkin dışı lenfoma), sinir sistemi tümörleri (santral sinir sistemi tümörü, nöroblastom), sarkom grubu tümörler (yumuşak doku sarkomları, kemik sarkomları), Wilms tümörü ve diğer nadir görülen tümörler şeklinde 5 gruba ayrıldı. Anne ve baba yaş grupları, 40 yaş altı ve 40 yaş üstü şeklinde 2 gruba ayrıldı. Anne ve baba eğitim durumu; okula gitmemiş, ilköğretim (ilkokul veya ortaokul), lise ve üniversite/yüksekokul mezunu şeklinde 4 grupta incelendi. Ailenin aylık geliri 500 YTL'den düşük, 500-1000 YTL arası, 1000-2000 YTL arası, 2000 YTL'den yüksek olmak üzere 4 grupta tanımlandı. Aylık geliri 1000 YTL'den

düşük ve 1000 YTL'den yüksek şeklinde 2 ana grup tekrar incelendi. Aylık geliri 500 YTL den düşük olanlar sosyoekonomik durumu kötü, 500-1000 YTL arası olanlar orta ve 1000 YTL üzerinde olanlar iyi şeklinde 3 gruba sınıflandırıldı. Ailenin sosyal güvencesi; Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) sigortalısı, Bağ-kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart ve ücretli şeklinde sınıflandırıldı. Ailelerin yaşadıkları yerler; il, ilçe, kırsal kesim şeklinde kategorize edildi.

Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) kanserli hastaların tedavisinde biyomedikal çerçevede yer almayan her hangi bir tedavi olarak tanımlandı. TAT kullanan ailelerin sosyoekonomik ve sosyodemografik özellikleri belirlendi. TAT kullanma oranı önce bütün olarak değerlendirildi. Sonrasında TAT kullanan aileler ile TAT kullanmayan ailelerin sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri, tanı ve tedavi yöntemleri karşılaştırıldı.

Çalışmanın istatistiksel analizleri "SPSS 13.0 for Windows" istatistiksel analiz paket programında yapıldı. Kategorik değişkenler ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerleri ile birlikte verildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov-Smirnov testi ile sınılandı. Normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmaları bağımsız çift örneklem t testi ile, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında ki-kare analizi kullanıldı. Çalışmada $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

a) Hastalarımızın genel özellikleri:

Çalışmaya 50'si (%41.7) kız, 70'i (%58.3) erkek olmak üzere toplam 120 hastanın aileleri katıldı. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 12.6 ± 4.8 (6 ay-18 yaş) yıl idi.

Hastaların tanı dağılımı; lenfoma grubu %39.2 (n=47), sinir sistemi tümörleri grubu %25 (n=30), sarkom grubu %13.3 (n=16), Wilms tümörü %11.7 (n=14) ve diğer nadir görülen tümörler %10.8 (n=13) şeklindeydi. Çalışmaya alınan hastaların ayrıntılı tanıları ve dağılımı tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo-1: Hastaların tanıları ve dağılımı

Tanı	n	(%)
1) Lenfoma grubu	47	(39.2)
- Hodgkin lenfoma	14	(11.7)
- Hodgkin dışı lenfoma	33	(27.5)
2) Sinir sistemi tümörleri grubu	30	(25)
- Santral sinir sistemi tümörü	24	(20)
- Nöroblastom	6	(5)
3) Sarkom grubu tümörleri	16	(13.3)
- Yumuşak doku sarkomları	9	(7.5)
- Kemik sarkomları	7	(5.8)
4) Wilms tümörü	14	(11.7)
5) Diğer nadir görülen tümörler	13	(10.8)
TOPLAM	120	(100)

Çalışma başladığında 69 (%57.5) hastanın tedavisi bitmiş, 51(%42.5) hastanın tedavisi devam etmekteydi. Hastalığı nüks eden 15 (%12.5) hasta ise relaps tedavisi almaktaydı.

Çalışmadaki annelerin eğitim durumları değerlendirildiğinde, okula gitmemiş (eğitimsiz) 8 (%6.7), ilköğretim mezunu 90 (%75), lise mezunu 17 (%14.0), üniversite mezunu 5 (%4.2) anne vardı. Babaların 76'sı (%63.3) ilköğretim mezunu (5 yıllık ilkokul ve/veya ortaokul), 26'sı (%21.7) lise mezunu 18'i (%15) üniversite mezunuydu.

Çalışma anketini yanıtlayan kişiler 74 (%61.6) hastanın yalnız annesi, 32 (%26.7) hastanın yalnız babası, 14 (%11.7) hastanın hem anne hem babası idi. İki çocuğun annesi, diğer iki çocuğun babası çalışma tarihinden önce ölmüştü. Annelerin %78.3'ü (n=94), babaların %55'i (n=66) 40 yaş altındaydı. Annelerin %21.7'si (n=26), babaların ise %45'i (n=54) 40 yaş üzeri gruptaydı.

Çalışmaya alınan annelerin 106'sı (%88.3) ev hanımıyken, 12'si (%10) herhangi bir işte çalışıyordu.

Çalışmadaki babaların ise 110'u (%91.7) herhangi bir işte çalışırken, 8'i (%6.7) emekliydi.

Toplam 6 hastanın kardeşi yokken 114 hastanın en az 1 kardeşi vardı.

Gelir dağılımına baktığımızda aylık geliri 500 YTL'den düşük olan 18 (%15), 500-1000 YTL arası olan 71 (%59.2), 1000-2000 YTL arası olan 29 (%24.2) ve 2000 YTL'den yüksek 2 (%1.7) aile vardı.

Sosyoekonomik durumu kötü olan 18 (%15), orta olan 71 (%59.2), iyi olan 31 (%25.8) hasta ailesi tanımlandı.

Sosyal güvencesi olmayan sadece 1 aile vardı. Ailelerin sosyal güvence dağılımı tablo-2'de gösterilmiştir.

Tablo-2: Çalışmaya katılan ailelerin sosyal güvenceleri

Sosyal Güvence Dağılımı	Sayı	(%)
Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	72	(60.0)
Yeşil Kart	21	(17.5)
Emekli Sandığı	18	(15.0)
Bağ-kur	8	(6.7)
Ücretli	1	(0.8)
TOPLAM	120	(100)

Hastaların yaşadıkları yerler değerlendirildiğinde 62 (%51.7) aile il merkezinde, 43 (%35.8) aile ilçe merkezinde ve 15 (%12.5) aile kırsal kesimde oturuyordu. Ortalama ikamet süresi 11,99±8,66 (1-45) yıl idi.

b) Anket sorularının değerlendirilmesi:

1. Ailelerin çocuklarındaki hastalığın neye bağlı oluştuğu sorusuna; 34 aile nazar değmesi nedeniyle geliştiğini, 24 aile ailesel geçtiğini, 15 aile üzüntü ve sıkıntı sonucu geliştiğini, 11 aile Allah tarafından verildiğini, 10 aile mikrobik hastalık sonrası oluştuğunu, 8 aile travma sonrası olduğunu, 7 aile kötü ve yetersiz beslenme sonucu geliştiğini, 6 aile geçirmiş olduğu her hangi bir hastalıktan ötürü olduğunu, 5 aile hormonlu gıdalara bağlı olduğunu, 4 aile çocuklarının yemek seçtiği için oluştuğunu belirtti. İki aile bünyeden kaynaklandığı düşüncesindeydi. Ailelerden 47'si ise herhangi bir sebep düşünmediklerini ifade ettiler.

2. Çocuklarındaki hastalıkları hakkında 118 aile doktorundan, 34 aile internetten, 15 aile diğer hasta ailelerinden, 12 aile başka merkezlerden, 10 aile gazete ve kitaplardan, 10 ailede televizyon ve radyo gibi iletişim araçlarından bilgi aldıklarını ifade ettiler.

3. Hastalarımızın 51'inde (%42.5) aile bireylerinde tümör öyküsü vardı

4. Yakın çevrelerinde kanser öyküsü olan 27 (%22.5) aile mevcuttu.

5. Çalışma grubundaki ailelerin merkezimize başvurmadan önce 16'sı 1. basamak sağlık merkezine (sağlık ocağı, dispanser vb.), 96'sı 2. basamak sağlık merkezine (devlet hastanesi, çocuk hastanesi vb.), 22'si 3. basamak sağlık merkezine (üniversite hastanesi vb.), 43'ü de özel doktor veya hastaneye başvurmuştu. Bazı aileler ise birkaç merkeze birden başvurmuşlardı.

6. Fakültemize 88 (%73.3) hasta 1. ve 2. basamak sağlık merkezlerinden sevk edilmek suretiyle, 6 (%5) hasta tavsiye edilmesi üzerine, 19 (%15.8) hasta özel merkezlerden yönlendirilerek, 7 (%5.8) hastada kendi istekleri ile başvurdu.

7. Hasta ailelerinin 108'i (%90) çocuklarının hastalığının iyileşeceğine inanıyordu. Ailelerden 4'ü kısmen iyileşeceğini düşünürken, 3 aile iyileşmeyeceğini, 5 aile de fikirlerinin olmadığını ifade etti.

8. Çalışmadaki hasta ailelerinin 114'ü (%95) çocuklarına yapılan tıbbi tedaviye güvendiklerini bildirdi. Beş aile tıbbi tedaviye kısmen güveniyordu. Bir ailede fikrinin olmadığını ifade etti.

9. Ailelerin 111'i (%92.5) çocuklarını başka bir merkeze götürmeyi düşünmediğini ifade ederken, 6 aile başka merkezlere de götürmeyi düşündüklerini söyledi. Üç aile de başka merkeze götürme konusunda kararsız olduklarını ifade ettiler.

10. Çalışmaya dahil olan hastaların 112'sine kemoterapi, 54'üne radyoterapi, 72'sine cerrahi tedavi uygulanmıştır. Elli üç hasta kemoterapi ve radyoterapiyi birlikte almıştır.

11. Hastalarımızın 87'sine (%72.5) başkaları tarafından tıbbi tedavi yanına ek tedavi ya da şifa yöntemi önerilmişti.

12. Başkaları tarafından ek tedavi ya da şifa yöntemi önerilmemiş ailelerden 23'ü çocuklarına hiçbir koşulda bu tedavileri kullanmayacağını belirtti. Ailelerden 4'ü çocuğunun iyileşmemesi, 2'si hastalığının nüks etmesi, 3'ü aile doktorunun umut görmemesi ve 1 ailede tedavi sırasında yan etki oluşması durumunda TAT kullanabileceklerini ifade ettiler.

13. Çalışmaya dahil olan 120 ailenin 88'i (%73.3) çocuklarında tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinden her hangi birini kullandığını

belirtti. Ailelerden 32'si (%26.7) hiçbir TAT yöntemi kullanmamıştı. TAT kullanımının, TAT'ın major gruplarına ve kullanım şekline göre dağılımı tablo-3'de gösterilmiştir.

Tablo-3: TAT kullanımının, TAT'ın major gruplarına ve kullanım şekline göre dağılımı

TAT GRUBU *	n	(%)**
Alternatif tıbbi sistemler	0	(0)
Zihin-beden uygulamaları	38	(43.2)
Biyolojik tabanlı terapiler	84	(95.4)
Manipülatif ve beden tabanlı yöntemler	2	(2.2)
Enerji terapileri	2	(2.2)
TAT KULLANIM ŞEKLİ		
Sadece zihin-beden uygulamaları	4	(4.6)
Sadece biyolojik tabanlı terapi	49	(55.7)
Zihin-beden uygulaması+ biyolojik tabanlı terapi	32	(36.4)
Zihin-beden uygulaması + biyolojik tabanlı terapi+ manipülatif ve beden tabanlı yöntemler	1	(1.1)
Zihin-beden uygulaması+biyolojik tabanlı terapi+ enerji terapileri	1	(1.1)
Zihin-beden uygulaması+biyolojik tabanlı terapi+ manipülatif ve beden tabanlı yöntemler+enerji terapileri	1	(1.1)

* Birden fazla yanıt vardır.

** TAT kullanan 88 hasta üzerinden yüzde alınmıştır.

Çalışmaya dahil olan tüm hastalarımızın aileleri çocuklarının iyileşmesi için dua ettiklerini belirttiler. Çalışmadaki 37 aile çocuklarının bu hastalıktan kurtulması için adak ve kurban kestirdiklerini, 9 aile muska yaptırdığını, 7 aile kurşun döktürdüğünü ve 2 ailede egzersiz ve aktivitede bulundurdıklarını ifade ettiler. TAT yöntemi olarak ailelerden 13'ü çocukları için arı sütü, 16'sı arı poleni, 38'si bal, 25'i üzüm pekmezi, 13'ü keçi boynuzu pekmezi, 12'si dut pekmezi ve 3 aile de siyah üzüm konsantresi kullandığını bildirdi.

Çocukları için bitkisel yöntemler dışında yenilen ya da içilen diğer ürünler kullanan ailelerin dağılımı tablo-4' de gösterilmiştir.

Tablo-4: Bitkisel şifa yöntemi dışındaki TAT amaçlı yenilen ve içilen ürünler

Yenilen ve içilen ürünler *	n	(%) **
Bal	38	(43.2)
Üzüm pekmezi	25	(28.4)
Arı poleni	16	(18.2)
Arı sütü	13	(14.7)
Keçi boynuzu pekmezi	13	(14.7)
Dut pekmezi	12	(13.6)
Siyah üzüm konsantresi	3	(3.4)
Siyah üzüm	2	(2.2)
Ceviz	2	(2.2)
Kuru üzüm	1	(1.1)
Andız pekmezi	1	(1.1)
Mor havuç	1	(1.1)
Üzüm suyu	1	(1.1)
Nar suyu	1	(1.1)
Kuru kayısı	1	(1.1)
Mısır püskülü	1	(1.1)
Domates	1	(1.1)
Badem	1	(1.1)
Muz	1	(1.1)
Çin pirinci	1	(1.1)
Mineral içerikli damla	1	(1.1)
DMSO (Dimetil sülfoksit)	1	(1.1)
Nükleik asit kompleksi	1	(1.1)
Glukonate-sezyum	1	(1.1)
Kaplumbağa kanı	1	(1.1)
Köpek balığı kıkırdağı	1	(1.1)

* Birden fazla ürün kullanılmıştır.

** TAT kullanan 88 hasta üzerinden hesaplanmıştır.

14. Vitamin ürünleri kullanan 14 aile vardı.

15. Herhangi bir bitkisel şifa yöntemi kullanan 51 (%42.5) aile saptandı. TAT kullanan aileler içinde bitkisel ürün kullananların oranı %58 idi. Yalnızca bitkisel şifa yöntemi kullanan 6 hasta varken geri kalan 45 hasta bitkisel ürünlerin yanında en az bir adet yenilen ve içilen bir ürün kullanmışlardı.

16. Bitkisel yöntemler içinde 38 aile ısırgan otu, 17 ailede bitki çayı kullanıyordu. Diğer kullanılan bitkisel ürünler tablo-5' de verilmiştir.

17. TAT yöntemi kullanan 88 ailenin 19'u (%21.6) kullanmış oldukları yöntemleri doktoruyla paylaşmamıştı.

18. TAT yöntemi kullanan ailelerin 72'si (%81.8) bu yaklaşımlar için maddi kaynak ayırmıştı.

19. TAT yöntemi kullanmış olan ailelerden 64'ü kullandıkları ürünleri yaşadığı ilden temin ediyordu. Ailelerden 17'si başka bölgeden, 7'si ise yurt dışından ürün getirtmişti.

Tablo-5: TAT amaçlı bitkisel ürün kullananlarda seçilen bitkisel ajanlar ve kullanım oranı

Yenilen ve içilen bitkisel ürünler *	n	(%)**
Isırgan otu ve tohumu	38	(43.2)
Bitki çayı	17	(19.3)
İhlamur	8	(9.1)
Kuşburnu	7	(8.0)
Çörek otu	6	(6.8)
Yeşil çay	6	(6.8)
Enginar	6	(6.8)
Brokoli	5	(5.7)
Papatya çayı	4	(4.5)
Keçi boynuzu	4	(4.5)
Ebegümece otu	2	(2.2)
Hardal	1	(1.1)
Bitkisel macun	1	(1.1)
Kuru erik	1	(1.1)
Maydanoz	1	(1.1)
Semiz otu	1	(1.1)
Şahdere çayı	1	(1.1)
Zencefil	1	(1.1)
Böğürtlen	1	(1.1)
Keten tohumu	1	(1.1)
Nane-limon çayı	1	(1.1)
Kiraz sapı çayı	1	(1.1)

* Birden fazla ürün kullanılmıştır

** TAT kullanan 88 hasta üzerinden hesaplanmıştır.

20. Alternatif tedavi yöntemlerine başvurma nedenleri olarak ailelerin 23'ü çocuklarının kan değerlerinin iyi olması için, 20' si çocuklarının genel durumlarının iyi olması için, 17'si ise yakın çevrenin baskısı ile bu yöntemlere

başvurduklarını ifade ettiler. Diğer TAT kullanma nedenleri tablo-6'da gösterilmiştir.

Tablo-6: Ailelerin çocukları için TAT kullanma nedenleri ve dağılımı

Ailelerin çocukları için TAT kullanma nedenleri *	n	(%)**
Kan değerleri iyi olsun	23	(19.2)
Genel durumu iyi olsun	20	(16.6)
Yakın çevrenin baskısı	17	(14.1)
Vicdanen rahatlamak için	12	(10.0)
Tedaviye destek amaçlı	5	(4.2)
Tıbbi tedaviden fayda görmediğini düşünme	4	(3.4)
Kemoterapi yan etkilerini azaltmak için	3	(2.5)
TV de faydası olduğu söylendiği için	3	(2.5)
Bağışıklık sistemini güçlendirmek	2	(1.7)
Daha iyi tedavi olur düşüncesi	2	(1.7)
Tıbbi tedavi tatmin etmediği için	2	(1.7)
Enerji vermesi için	1	(0.8)
Faydası olabileceğini düşündüğü için	1	(0.8)
Her türlü tedaviden faydalanmak için	1	(0.8)
İyi olduğunu önerdikleri için	1	(0.8)
Kilo alması için	1	(0.8)
Kitaplarda iyi olduğu yazdığı için	1	(0.8)
Öksürüğe iyi geldiği için	1	(0.8)
Umudunu arttırmak için	1	(0.8)
Ağız yaralarına iyi geldiği için	1	(0.8)
Hastalığı tekrarlamaması için	1	(0.8)
Zararlı olduğunu düşünmediği için	1	(0.8)

** Birden fazla yanıt verilmiştir.

** Çalışmaya katılan 120 hasta üzerinden hesaplanmıştır.

21. Herhangi bir TAT yöntemi kullanan 88 aileden 45'i (%51.1) bu yöntemlerden fayda gördüğünü belirtti. Ailelerin 23'ü (%26.1) kısmen fayda gördüklerini ifade ederken 12'si (%13,6) ise herhangi bir fayda görmemişti. Sekiz aile ise fikir beyan etmemişti.

22. TAT yöntemi kullanıp bundan yarar gördüğünü ifade eden ailelerin 25'i çocuklarının kan değerlerinin yükseldiğini, 23'ü iştahının arttığını,16'sı genel durumunda düzelme olduğunu,16'sı moralinin düzeldiğini ifade ettiler. Ailelerin diğer yarar gördükleri bulguların dağılımı tablo-7'de gösterilmiştir.

Tablo-7: TAT yöntemi ile ailelerin çocuklarında yarar gördüğü bulgular ve dağılımı

Ailelerin ifadesine göre yarar görülen bulgular	n	(%)
Kan değerleri yükseldi	25	28.4
İştahı arttı	23	26.1
Genel durumunda düzelme	16	18.1
Morali düzeldi	16	18.1
Kitlede küçülme oldu	4	4.5
Uykusu düzeldi	4	4.5
Ağrısı azaldı	3	3.4
Kendini güçlü hissetti	3	3.4
Öksürüğü geçti	2	2.3
Ağız yarası düzeldi	1	1.1
İdrar kaçırmaması düzeldi	1	1.1

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

** TAT kullanan 88 hasta üzerinden hesaplanmıştır.

23. TAT kullanan ailelerin 53'ü (%60) bu yöntemleri çocuklarının hastalığı kontrol altındayken alındıktan, 32'si (%36.3) ilk tanı anından itibaren başladıklarını belirtti. Üçü (%3.7) hastalık nüks edince kullanmaya başlamıştı.

24. TAT yöntemi kullanan ailelerden 42'si düzenli, 37'si düzensiz kullanıyordu. Dokuz aile ise bazen kullandığını belirtti.

25. TAT yöntemi kullanan ailelerden hiçbiri herhangi bir yan etki gözlememişlerdi.

26. Şifa aramak umuduyla sağlık kuruluşları dışında ailelerden 9'u hocaya, 5'i türbeye, 9'u şifacı olarak adlandırılan kişilere giderken, 2 aile ise biyoenerji merkezine başvurmuştu.

27. TAT kullanan ailelerden 7'si yurt dışından ürün getirtmişti. Bunlardan 3 aile siyah üzüm konsantresi, 1 aile Çin pirinci, 1 aile çörek otu, 1 aile nükleik asit kompleksi, 1 aile de glukonate-sezyum içerikli ürün kullanmıştı.

28. Genel olarak kanser hastalarının gelecekleri konusunda çalışmadaki ailelerin 62'si (%51.7) kısmen, 43'ü (%35.8) tamamen iyileştiklerini düşünürken, 3 aile hiç iyileşmediğini düşünüyordu. Oniki ailenin ise herhangi bir fikri yoktu.

29. Çocuklarının hastalıklarından dolayı ailelerden 65'i beslenme alışkanlıklarında değişiklik yapmıştı. Ailelerin 99'u çocuklarını sigara dumanından korumaya, 14'ü sıkıntı ve stres nedeniyle sigara içmeye başlamıştı. On yedi ailede ise ibadette artış şeklinde yaşam tarzı değişikliği yaşanmıştı. Ailelerin çocuklarında kanser tanımlanmasından sonra, yaşam tarzlarında yaptıkları değişiklikler tablo- 8'de özetlenmiştir.

Tablo-8: Ailelerin yaşam tarzında yaptıkları değişiklikler

Ailelerin yaşam tarzı değişiklikleri *	n	(%) **
Çocuklarını sigaradan koruma	99	(82.5)
Beslenme değişiklikleri	65	(54.2)
Aile fertlerinde ibadet etmede artış olması	17	(14.1)
Ebeveynlerden birinin sigaraya başlaması	14	(11.7)
Baba sigarayı bıraktı	2	(1.7)
İkamet değişikliği	2	(1.7)
Anne baba boşandı	1	(0.8)
Çevreden izole olma	1	(0.8)
Değişiklik yok	8	(6.7)

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

** Çalışmaya katılan 120 aile üzerinden hesaplanmıştır

c) Alternatif tedavi alan ve almayan hastaların sosyodemografik ve tıbbi değişkenlerin karşılaştırılması

TAT kullanan ve kullanmayan hastaların yaşı, anne ve baba yaşı, kardeş sayısı, en son yaşadıkları yerde kaldıkları süre açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo-9).

Tablo-9: Hastanın kendisi, annesi ve babasının yaşının, kardeş sayısının ve yaşadıkları yerdeki ikamet sürelerinin TAT kullanımını üzerine etkilerinin dağılımı

TAT kullanıyor musunuz?	Hasta yaş (yıl)	Anne yaş (yıl)	Baba yaş (yıl)	Kardeş sayısı	İkamet süresi (yıl)
	(ort) ± SS (min-mak)	(ort) ± SS (min-mak)	(ort) ± SS (min-mak)	(ort) ± SS (min-mak)	(ort) ± SS (min-mak)
Evet (n=88)	9.5±4.6 (2-18 yıl)	35.4±6.3 (23 -50)	38.4±6.5 (24-55)	1.4±0.9(0-6)	12.2±8.3 (1-40)
Hayır (n=32)	9.8±5.2 (6 ay-18 yıl)	34.7±6.7 (23-50)	37.9±6.7 (27-53)	1.7±1.3 (0-6)	11.3±9.7 (1-45)
Toplam (n=120)	9.6±4.7 (6 ay-18 yıl)	35.2±6.4 (23-50)	38.2±6.5 (24-55)	1.5±1.0 (0-6)	11.9±8.6 (1-45)
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Ort: ortalama, SS: standart sapma, Min: minimum, Mak: maksimum

TAT kullanılan 88 hastanın 66'sında (%75) annenin yaşı 40 yaş altında iken, 22'sinde (%25) ise 40 yaş üstünde idi. TAT kullanan ve kullanmayan aileler arasında anne yaş grubu olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

TAT kullanılan 88 hastanın 47'sinde (%53.4) babanın yaşı 40 yaş altında iken, 41'inde (%46.6) ise 40 yaş üstünde idi. TAT kullanan ve kullanmayan aileler arasında baba yaş grubu olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

TAT kullanılan 88 hastanın annelerinin eğitim düzeyi değerlendirilmesinde; okula gitmemiş 5 (%5.7), ilköğretim mezunu 67 (%76.1), lise mezunu 12 (%13.6) ve üniversite mezunu 4 (%4.5) anne vardı. Anne eğitim düzeyine göre TAT kullanan ve kullanmayan aileler arasında istatistiksel bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Anne eğitim düzeyine göre TAT kullanma sıklığı değerlendirildiğinde okula gitmemiş annelerin %62.5'inin, ilköğretim mezunu annelerin %74.4'ünün, lise mezunu annelerin %70.5'inin, üniversite mezunu annelerin ise %80'inin, çocuklarına TAT kullandığı saptandı.

TAT kullanılan 88 hastanın babalarının eğitim düzeyi değerlendirilmesinde; ilköğretim mezunu 53 (%60.2), lise mezunu 19 (%21.6) ve üniversite mezunu 16 (%18.2) baba vardı. Okula gitmemiş baba bulunmamaktaydı. Baba eğitim düzeyine göre TAT kullanan ve kullanmayan aileler arasında istatistiksel bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Baba eğitim düzeyine göre TAT kullanma sıklığı değerlendirildiğinde ilköğretim mezunu babaların %69.7'sinin, lise mezunu babaların %73'ünün, üniversite mezunu babaların ise %88.8'inin çocuklarına TAT kullandığı saptandı.

Kardeşi olmayan hasta ailelerinin 6'sının 4'ü (%75) TAT kullanırken, en az bir kardeşi olan 114 ailenin 84'ü (%73.6) TAT kullanmaktaydı.

TAT kullanan ailelerin yaşam yeri olarak 46'sı (%52.3) il merkezinde, 31'i (%35.2) ilçe merkezinde, 11'i (%12.5) kırsal kesimde ikamet ediyordu. TAT kullanan ve kullanmayan aileler karşılaştırıldığında ise yaşam yeri olarak anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0.05$).

TAT kullanan ve kullanmayan hastaların sosyodemografik açıdan karşılaştırılmaları tablo-10' da gösterilmiştir.

Tablo-10: Sosyodemografik değişkenler ve TAT kullanımı

TAT kullanıyor musunuz?	Evet		Hayır		Toplam	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Anne yaş grubu						
<40 yaş	66	(70.0)	28	(30.0)	94	(78.3)
>40 yaş	22	(84.6)	4	(15.4)	26	(21.7)
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)
P	>0.05		>0.05			
Baba yaş grubu						
<40 yaş	47	(71.2)	19	(28.8)	66	(55.0)
>40 yaş	41	(75.9)	13	(24.1)	54	(45.0)
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)
p	>0.05		>0.05			
Anne eğitim düzeyi						
Eğitimsiz	5	(62.5)	3	(37.5)	8	(6.7)
İlköğretim (ilkokul ve/veya ortaokul)	67	(74.4)	23	(25.6)	90	(75.0)
Lise	12	(70.5)	5	(29.5)	17	(14.2)
Üniversite	4	(80.0)	1	(20.0)	5	(4.2)
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)
p	>0.05		>0.05			
Baba eğitim düzeyi						
Eğitimsiz	0		0		0	
İlköğretim (ilkokul ve/veya ortaokul)	53	(69.7)	23	(30.3)	76	(63.3)
Lise	19	(73.0)	7	(27.0)	26	(21.7)
Üniversite	16	(88.8)	2	(11.2)	18	(15)
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)
p	>0.05		>0.05			
Kardeş durumu						
Yok	4	(66.6)	2	(33.4)	6	(5.0)
En az 1 kardeş	84	(73.6)	30	(26.4)	114	(95.0)
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)
Yaşam yeri						
İl merkezi	46	(74.2)	16	(25.8)	62	(51.7)
İlçe merkezi	31	(72.0)	12	(28.0)	43	(35.8)
Kırsal kesim (kasaba, köy vb.)	11	(73.3)	4	(26.7)	15	(12.5)
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)
p	>0.05		>0.05			

TAT kullanan ve kullanmayan grup arasında çocuğun cinsiyeti açısından anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

TAT kullanan ve kullanmayan gruplarda tanı dağılımı açısından fark saptanmadı. Tanı gruplarının TAT kullanma oranları tablo-11'de gösterilmiştir.

TAT kullanan hasta grubunda 49 (%55.7) hastanın tedavisinin bittiği, 39 (%44.3) hastanın ise tedavisinin halen devam ettiği görüldü. Tedavisi biten ve devam eden gruplar arasında TAT kullanan ve kullanmayanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Çalışmaya dahil olan hastaların 15'inde hastalığının nüks ettiği görüldü. Bu 15 hastanın 8'i (%53.3) alternatif tedavi kullanıyordu. TAT kullanan ve kullanmayan grup açısından nüks durumuyla anlamlı bir ilişki görülmedi ($p>0.05$).

TAT kullanılan hastaların 83'ü (%94.3) kemoterapi, 42'si (%47.7) radyoterapi, 50'si (%56.8) cerrahi tedavi almışlardı. TAT kullanılan ile kullanılmayan hastaların almış oldukları tedaviler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

TAT kullanan ailelerin 42'sinde (%47.7) aile bireylerinde tümör öyküsü saptanırken, bu oran TAT kullanmayanlarda %28.1 idi. TAT kullananların 19'unda (%21.6) yakın çevresinde tümör öyküsü varken TAT kullanmayanlarda bu oran %25 idi. TAT kullanan ve kullanmayan aileler arasında aile bireylerinde ve yakın çevresinde kanser öyküsü bakımından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

TAT kullanan 79 (%89.8) aile çocuklarının hastalığının düzeleceğine inanıyordu. Dört aile kısmen inandığını, 2 aile inanmadığını ve 3 aile ise fikrinin olmadığını ifade etti. TAT kullanmayan 32 ailenin ise 29'u (%90.6) çocuklarının hastalığının düzeleceğine inanıyorlardı.

Tıbbi tedaviye güven TAT kullananlarda %94 iken TAT kullanmayanlarda %96.9 idi. Başka merkeze gitmeyi düşünen TAT kullananlarda 5 (%5.7) aile varken, TAT kullanmayanlarda 1 aile mevcuttu.

Tıbbi değişkenlerin TAT kullanan ve kullanmayan ailelerdeki etkisinin karşılaştırılması tablo-11' de gösterilmiştir.

Tablo-11: Tıbbi değişkenler ve TAT kullanımı

TAT kullanıyor musunuz?	Evet		Hayır		Toplam		P
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Tanı grubu							
Lenfoma	35	(74.4)	12	(25.6)	47	(39.2)	>0.05
Sinir sistemi tümörleri	21	(70.0)	9	(30.0)	30	(25.0)	
Sarkomlar	10	(62.5)	6	(37.5)	16	(13.3)	
Wilms tümörü	12	(85.7)	2	(14.3)	14	(11.7)	
Diğerleri	10	(76.9)	3	(23.1)	13	(10.8)	
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)	
p	>0.05		>0.05				
Tedavi durumu							
Devam ediyor	39	(76.4)	12	(23.6)	51	(42.5)	>0.05
Tedavisi bitti	49	(71.0)	20	(29.0)	69	(57.5)	
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)	
p	>0.05		>0.05				
Nüks durumu							
Evet	8	(53.3)	7	(46.7)	15	(12.5)	
Hayır	80	(76.2)	25	(23.8)	105	(87.5)	
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)	
p	>0.05		>0.05				
Uygulanan tıbbi tedavi							
Kemoterapi	83	(74.1)	29	(25.9)	112	(93.3)	>0.05
Radyoterapi	42	(79.2)	11	(20.8)	53	(44.2)	>0.05
Cerrahi	50	(69.4)	22	(30.6)	72	(60.0)	>0.05
Hiçbiri	1	(100)	0	(0)	1	(0.8)	
Ailede kanser öyküsü							
Var	42	(82.3)	9	(17.7)	51	(42.5)	
Yok	46	(66.7)	23	(33.3)	69	(57.5)	
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)	
p	>0.05		>0.05				
Yakın çevrede kanser öyküsü							
Var	19	(70.0)	8	(30)	27	(22.5)	
Yok	69	(74.1)	24	(25.9)	93	(77.5)	
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)	
p	>0.05		>0.05				
Hastalığın düzeleceğine inanma							
Evet	79	(73.1)	29	(26.9)	108	(90)	
Hayır	2	(66.6)	1	(33.4)	3	(2.5)	
Kısmen	4	(100)	0	(0)	4	(3.3)	
Fikrim yok	3	(60)	2	(40)	5	(4.2)	
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)	
Tıbbi tedaviye güvenme							
Evet	83	(72.8)	31	(27.2)	114	(95.0)	
Hayır	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Kısmen	4	(80.0)	1	(20.0)	5	(4.2)	
Fikrim yok	1	(100)	0	(0)	1	(0.8)	
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)	

TAT kullanılan 88 hasta annesinden 10'u (%11.4) bir işte çalışıyordu. Genel olarak değerlendirdiğimizde ise çalışan annelerin %83.3'ünün çocuklarında TAT kullanılırken, ev hanımı annelerin ise %72.6'sının çocuklarında TAT kullanılmaktaydı.

TAT kullanılan 88 hasta babasından 83'ü (%94.3) bir işte çalışıyordu. Genel olarak değerlendirdiğimizde ise çalışan babaların %75'inin çocuklarında TAT kullanılırken, emekli babaların ise %50'sinin çocuklarında TAT kullanılmaktaydı.

Aylık geliri 1000 YTL'nin altında olan 89 ailenin 64'ü (%71.9) çocukları için TAT kullanırken bu oran aylık geliri 1000 YTL üzeri olan 31 ailede 24 (%77.4) idi. Gelir düzeyi ile TAT kullanımını arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0.05$). TAT kullanan ve kullanmayan ailelerin aylık gelir dağılımını tablo-12'de gösterilmiştir.

TAT kullanan ailelerin sosyoekonomik durum olarak 10'u (%11.4) kötü, 54'ü (%61.4) orta, 24'ü (%27.3) ise iyi grupta yer aldı. TAT kullanan ve kullanmayan aileler karşılaştırıldığında ise sosyoekonomik durum olarak anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0.05$) (tablo 12).

Sosyoekonomik değişkenlerin TAT kullanan ve kullanmayan aileler üzerindeki ilişkisi Tablo-12'de gösterilmiştir.

Tablo-12: Sosyoekonomik değişkenler ve TAT kullanımı

TAT kullanıyor musunuz?	Evet		Hayır		Toplam	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Anne çalışma durumu						
Ev hanımı (çalışmıyor)	77	(72.6)	29	(27.4)	106	(88.3)
Çalışıyor	10	(83.3)	2	(16.7)	12	(10)
Exitus	1	(50.0)	1	(50.0)	2	(1.7)
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)
p	>0.05		>0.05			
Baba çalışma durumu						
Emekli (çalışmıyor)	4	(50.0)	4	(50.0)	8	(6.7)
Çalışıyor	83	(75.4)	27	(24.6)	110	(91.7)
Exitus	1	(50.0)	1	(50.0)	2	(1.7)
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)
p	>0.05		>0.05			
Aylık gelir (YTL)						
< 500	10	(55.5)	8	(44.5)	18	(15)
500-1000	54	(76)	17	(24)	71	(59.2)
1000-2000	22	(75.8)	7	(24.2)	29	(24.2)
> 2000	2	(100)	0	(0)	2	(1.7)
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)
p	>0.05		>0.05			
Sosyoekonomik durum						
Kötü	10	(55.5)	8	(44.5)	18	(15)
Orta	54	(76)	17	(24)	71	(59.2)
İyi	24	(77.4)	7	(22.6)	31	(25.8)
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)
p	>0.05		>0.05			
Sosyal güvence kurumu						
Emekli sandığı	14	(77.7)	4	(22.3)	18	(15)
SSK	52	(72.2)	20	(27.8)	72	(60)
Bağ-kur	6	(75)	2	(25)	8	(6.7)
Yeşil kart	15	(71.4)	6	(28.6)	21	(17.5)
Ücretli	1	(100)	0	(0)	1	(0.8)
Toplam	88	(73.3)	32	(26.7)	120	(100)
p	>0.05		>0.05			

TAT kullanılan çocukların kanser gelişiminde, ailelerin 27'si (%30.7) nazar değmesini, 20'si (%22.7) ailesel geçişi, 13'ü (%14.8) üzüntü ve sıkıntıları öne sürmüştür. Dokuz (%10.2) aile Allah tarafından verildiği düşüncesiydi. Ailelerin 7'si (%8) mikrobik bir hastalıktan ötürü, 6'sı (%6.8) travma sonrası, 4'ü (%4.5) kötü ve yetersiz beslenme sonucunda, 4'ü (%4.5) geçirmiş olduğu herhangi bir hastalıktan dolayı, 4'ü (%4.5) hormonlu gıdalar

yenmesinden, 3'ü (%3.4) yemek seçtiği için, 2'si (%2.3) bünyenin kendisinin yapması sonucu oluştuklarını bildirmiştir. On (%11.4) aile ise çocuklarının kanser oluşumunda her hangi bir neden düşünmediklerini ifade ettiler. 22 aile birden fazla nedene bağlı oluşabileceğini söylediler.

TAT kullanan hasta ailelerinden 86'sı doktorundan, 74'ü diğer hasta ailelerinden, 28'i internetten, 10'u gazete ve kitaplardan, 9'u başka merkezlerden, 8'i televizyon ve radyo gibi iletişim araçlarından çocuklarının hastalığı hakkında bilgi almışlardı.

TAT kullanan ailelerden 87'si başkaları tarafından önerilen metotları kullanırken, 1 aile ise her hangi bir öneride bulunulmadan çocuğunda TAT kullanmıştı.

TAT kullanan hastaların aileleri kanser hastalarının geleceklere konusunda; 44 (%50) aile kısmen, 31 (%35.2) aile tamamen iyileştiklerini düşünürken, 2 aile hiç iyileşmediğini 10 aile ise herhangi bir fikirlerinin olmadığını ifade ettiler.

TAT kullanan ailelerden 53'ü (%60.2) beslenme alışkanlıklarında değişiklik yapmış, 74 (%84.1) aile çocuklarını sigara dumanından korumaya başlamıştı. On üç (%14.8) ailede ise anne-baba sıkıntı ve stres nedeniyle sigara içmeye başlamış, 17 (%19.2) ailede ise ibadette artış şeklinde yaşam tarzlarında değişiklik yaşanmıştı. Sadece 4 aile yaşam tarzında değişiklik yapmamıştı.

d) Bitkisel ürün kullanılan hastaların özellikleri:

TAT kullanılan 88 hastanın 51'i (%58) bitkisel ürünler kullanmıştı. Bitkisel ürün kullanılan 51 hastanın 21'i (%41.1) erkek, 30'u (%58.9) kız idi. Bitkisel ürün kullananlarda tanı grupları incelendiğinde lenfoma grubunda 21 (%41.2), sinir sistemi tümörü olanlarda 11 (%21.6), sarkom grubu tümörlülerde 8 (%15.7), Wilms tümörü tanılı olanlarda 8 (%15.7) ve diğer tümörler grubunda 3 (%5.9) hasta vardı. Tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Bitkisel ürün kullanılan çocukların 31'inin (%60.8) tedavisi tamamlanmışken 20'sinin (%39.2) tedavisi devam ediyordu ve bunlardan 6 (%11.8) çocuğun ise hastalığı nüks etmişti.

Bitkisel ürün kullanan ailelerde anne eğitim düzeyini incelediğimizde 1'inin (%2) okula gitmediği, 37'sinin (%72.5) ilköğretim mezunu, 10'unun (%19.6) lise mezunu, 3'ünün (%5.9) üniversite mezunu olduğu gözlemlendi. Babaların eğitim düzeyi ise 28'i (%54.9) ilköğretim, 11'i (%21.6) lise mezunu 12'si (%23.5) üniversite mezunuydu.

Bitkisel ürün tercih edenlerin aylık gelir dağılımında, aylık geliri 500 YTL altında 5(%9.8), 500-1000 YTL arası 29 (%56.9), 1000-2000 YTL arası 15 (%29.4) ve 2000 YTL üstü 2 (%3.9) aile vardı.

Ailelerin 28'nin (%54.9) sosyal güvencesi SSK, 11'i (%21.5) Emekli Sandığı, 6'sı (%11.7) Yeşil Kart, 5'i (%9.8) Bağ-kur'luydu. Bir hastanın ise sosyal güvencesi yoktu.

Bitkisel ürün kullananların 28'i (%54.9) il merkezinde, 17'si (%33.4) ilçe merkezinde, 6'sı (%11.7) ise kırsal kesimde yaşamaktaydı.

Bitkisel ürün kullanan ailelerde çocuklarında kanser gelişmesinde 18'i (%35.3) nazar değdiği için, 13'ü (%25.5) ailesel geçiş nedeniyle, 8'i (%15.7) üzüntü ve sıkıntı sonucu, 7'si (%13.7) Allah tarafından verildiğini, 5'i (%9.8) travma sonucu, 4'ü (%7.8) mikrobik bir hastalıktan dolayı, 2'si (%3.9) beslenmesi iyi olmadığı için, 1'i (%2) yemek seçtiği için, 1'i (%2) geçirdiği hastalıktan ötürü, 1'i (%2) hormonlu gıdaların yenmesi nedeniyle oluştuğu düşünceleri mevcuttu. Altı aile hiçbir sebep düşünmediğini, 10 aile ise birçok neden olabileceğini ifade etti.

Çocuklarının hastalığı hakkında gazete ve kitaplardan bilgi alan ailelerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde bitkisel ürün kullandığı saptandı ($p<0.05$). Diğer kaynaklardan bilgi almanın bitkisel ürün kullanma ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ($p>0.05$).

Birinci derece akrabalarda veya yakın çevrede kanser öyküsü olmasının bitkisel ürün kullanmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi yoktu ($p>0.05$).

Polikliniğimize başvurmadan önce özel doktor veya hastaneye gidenlerin bitkisel ürün kullanma ile anlamlı ilişkisi saptandı ($p=0.03$).

Bitkisel ürün kullanan ailelerin 45'i (%88.2) çocuklarının hastalıklarının tamamen, 2 aile ise kısmen düzeleceğine inanırken 1 aile inanmadığını, 3 ailede fikrinin olmadığını ifade ettiler.

Bitkisel ürün kullanılan çocukların tıbbi olarak 48'i (%94.1) kemoterapi, 27'si (%52.9) radyoterapi, 32'si (%62.7) cerrahi tedavi almıştı. Uygulan tıbbi tedavilerin bitkisel ürün kullanma üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Bitkisel yöntemler içinde 38 (%74.5) aile ısırgan otu, 17 (%33.3) aile bitki çayı kullanmıştı. Kullanılan bitkisel ürünler tablo-4' de verilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Pediyatrik onkoloji hastaları veya ebeveynleri TAT tedavilerine sıklıkla başvurmaktadır (76). TAT yöntemleri konvansiyonel tedavilere göre araştırmalara tabi tutulmadan kullanıldığı için onkologlar açısından önemli bir endişe kaynağı oluşturmaktadır. Ebeveynler TAT kullanımını sağlık bakımı verenlerden ziyade aile, arkadaş veya internetten elde edilen bilgilerle uygulamaktadır. Ebeveynler genellikle kullandığı TAT yöntemini konvansiyonel tedaviyi uygulayan hekimlerinden gizlemektedir (77) .

Pediyatrik kanser tedavilerindeki ilerlemeler kendini yüksek iyileşme oranları ile göstermektedir. Fakat hala kanser mortalite nedenidir. Yeni tanı alan hastalar için hastalığın nasıl seyredeceği en önemli endişe kaynağıdır. Ayrıca konvansiyonel tedavi sırasında ortaya çıkan fiziksel veya ruhsal semptomlar bu çocukları ve aileleri farklı tedavi arayışlarına itmektedir. Yakın zamandaki anketlerde en azından 1 adet TAT kullanan pediyatrik kanser hastalarının prevalansı %47 ile %84 arasındadır (12, 78, 79).

Son on yıldaki araştırmalarda ise kanserli çocuklardaki TAT kullanım prevalansı %24 ile %90 arasında değişmektedir (3,5).

Faw ve ark. (21) 1977'de Amerika'da Andersen Kanser Merkezi'nde 69 kanserli çocuğun aileleriyle yaptıkları çalışmada, TAT kullanımını %9 oranında saptamıştır. Buna ek olarak ailelerin %6'sı TAT kullanmayı dūřündüđünü ifade etmiştir.

Sawyer ve ark. (29) kanser tanısı almış 4 ile 16 yaşları arasında 48 Avustralyalı ocuğun ailelerine anket uygulamıştır. Ailelerin yaklaşık yarısı (%46) ocuklarına en az bir alternatif tedavi kullandıklarını belirtmişlerdir.

Friedman ve ark. (22) Güneydoğu Amerika'da kanser hastası 81 çocuğun ve kontrol grubu olarak kanser dışı hastalığı bulunan 80 çocuğun aileleriyle anket çalışması yapmışlardır. Kanser tedavisi alan çocukların ailelerinin %65'i ve kontrol grubunun ise %51'i alternatif terapi kullandıklarını söylemişlerdir.

Grootenhuis ve ark. (80) Hollanda'da yaptıkları çalışmada yaşları 8 ile 18 arasında değişen, kanser öyküsü olan 84 çocuk ve aileleriyle "alternatif tedavi" kullanımı ile ilgili anket uygulamışlardır. 84 çocuğun 43'ü remisyundayken, 41'inde relaps ya da ikincil bir kanser mevcuttu. Hastaların yaklaşık 1/3'ü (%31) bir ya da daha fazla alternatif tedavi kullanmış ve relaps meydana gelmiş hastalarda (%46) remisyonda olan çocuklara göre (%16) kullanım oranı daha yüksek saptanmıştır.

Fernandez ve ark. (23) British Columbia'da 1989-1995 yılları arasında kanser tanısı almış 366 çocuğun aileleriyle anket çalışması yapmışlardır. Ankette 156 çocuğun (%42.6) TAT yöntemlerini kullanıldığı tespit edilmiştir.

Yeh ve ark. (30) Tayvan'da pediatrik onkoloji hastası 63 çocuğun aileleriyle, batı tıbbi haricinde geleneksel Çin tıbbını, doğunun ruhsal uygulamalarını ve geleneksel ürünlerini içeren alternatif terapi kullanımı ile ilgili anket çalışması yapmışlardır. Çocukların %73'ünün batı-tıbbi haricinde en az bir tedavi kullandığı görülmüştür.

Kelly ve ark. (12) Güneydoğu Amerika'da 1997-1998 yılları arasında konvansiyonel tedavi alan 3 ay ile 26 yaşları arasında 75 kanserli hastanın ailelerine, 10 ile 26 yaş arasındaki 14 hastanın kendisine anket çalışması uygulamışlardır. Sonuçlar hastaların %84'ünün bir ya da daha fazla TAT terapisi kullandığını göstermektedir.

Bold ve Leis (20), Kanada'da son 2 yıl içinde kanser tanısı almış 14 yaşından küçük 44 çocuğun ailelerine anket uygulamışlardır. Sonuçlar 16 ailenin (%36) çocuklarının tıbbi tedavisini desteklemek için TAT terapisi almış ya da almakta olduğunu göstermiştir.

Neuhouser ve ark. (27), Kuzeybatı Amerika'da 75 pediatrik kanser hastasının ailelerine anket yapmışlardır. Ailelere son 12 ay içerisinde çocuklarının alternatif tıp uygulayıcılarıyla (akupunkturcu, naturopatik doktor, homeopatik doktor gibi) görüştürülüp görüştürülmediği, takviye (vitamin, bitkiler gibi) kullanıp kullanmadığı ya da kanserle başa çıkmak için yaşam tarzında değişiklik yapıp yapmadığı sorulmuştur. Sonuç olarak çocukların yaklaşık %73'ü alternatif tıp kullanmıştır.

Fletcher ve Clarke (81), son 5 yılda kanser tanısı almış ortalama yaşı 5,4 yıl olan 29 çocuğun ailelerine anket çalışması yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda 10 çocuk (%34) değişik TAT yöntemlerinden birini kullanmıştır.

McCurdy ve ark. (79) ABD'de Kuzey Kaliforniya'da yaptığı çalışmada ankete yanıt veren 195 ailenin yaklaşık yarısı (%47) çocukları için bir ya da daha fazla TAT terapisi kullanmıştır.

Gagnon ve Recklitis (82), Kuzeydoğu Amerika'daki büyük bir kanser merkezinde pediatrik onkoloji hastalarının ailelerine onkoloji klinik ziyaretleri esnasında anket çalışması uygulamıştır. Ankete katılan 118 ailenin %46'sının çocukları için tamamlayıcı terapi kullandığı saptanmıştır.

Molassiotis ve Cubbin (83), İngiltere'de onkoloji ünitesinde 1999-2001 yılları arasında kanser tanısı almış ve konvansiyonel tedavi uygulanmakta olan 5-17 yaş arası 49 çocuğun ailelerinden toplanan anket verilerini raporlamışlardır. Çocukların %33'ünün bir ya da birden fazla TAT terapisi kullandığı tespit edilmiştir.

Spigelblatt ve ark. (84) Kanada Quebec'te yapılan çalışmada polikliniğe başvuran ailelerin %11'inin çocuklarında TAT yöntemi kullandığını yayınlamıştır.

Martel ve ark. (25) Kanada Montreal'de Sainte Justine Hastanesinin servisinde yatan ya da onkoloji kliniğinde tedavi alan 0-18 yaş arası 92 hasta çocuğun ailelerine anket çalışması yapmıştır. Kanserli çocuk hastalarının %49'unun en az bir TAT yöntemi kullandıklarını bulmuşlardır.

Loman ve ark. (85) Orta-Batı Amerika şehirlerinde yaptığı çalışmada 191 ailenin %33'ünün çocukları için son 1 yıl içinde TAT kullandığını saptamıştır.

Nathanson ve ark. (86) Amerika'nın 2 bölgesinde (Florida ve Delaware) 1999-2002 yılları arasında kanser tanısı almış yaklaşık 300 hasta ailesi ile anket çalışması yapmışlardır. Çocuklardaki TAT kullanma prevalansı Delawarede %18, Floridada %36 iken genelde kullanım %25 olarak saptanmıştır.

Langler ve ark. (24) Almanya'da yaptığı bir pilot çalışmada pediatrik onkoloji hastalarının %34'ünün TAT kullandığını göstermiştir.

Post-White ve ark. (78) Amerika Minesota'da 122 hasta ailesinin katıldığı anket çalışmasında TAT kullanma oranını %59 olarak saptamışlardır.

Gomez-Martinez ve ark. (87) Meksika'da 2005 yılında 110 kanserli çocuk hasta ailesi ile birebir görüşme şeklinde yapılan anket çalışması ile TAT kullanma oranını %70 olarak bulmuştur.

Lim ve ark. (88) Singapur'da pediatrik onkoloji hastalarının 3'te 2'sinin tedavi gördüğü bir hastanede 2002 yılında planlanan bir çalışmada 73 pediatrik kanser hastası ailesinden 49'unun (%67.1) kanser tanısı konulduğundan beri en az bir TAT tedavisi aldıklarını belirtmiştir.

Bu veriler farklı toplumlarda TAT yöntemleri kullanımının yaygın bir uygulama olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca üç dekada tamamlayıcı veya alternatif tedavi uygulamaları azalmamış, tersine artış göstermiştir.

Ülkemizde de bu konuda yapılan araştırmalar vardır. Karadeniz ve ark. (7) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Onkoloji biriminde 1999-2000 yıllarında kanser tanısı konulan 95 çocuğun ailesi ile yapılan anket çalışmasında en az bir TAT kullanımını %51.6 olarak raporlamışlardır.

Gözüm ve ark. (6) Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Hastanesinde Kasım 2004-Temmuz 2005 yılları arasında 88 kanserli çocuk ailesi ile yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılan anket çalışmasında TAT kullanımını %49.9 olarak bulmuşlardır.

Bizim çalışmamızda ise 120 [50'si (%41.7) kız, 70'i (%58.3) erkek] kanserli çocuğun 88'ine (%73.3) en az bir TAT yöntemi uygulandığı saptanmıştır. Çalışmamızda saptadığımız TAT kullanma oranı daha önce Türkiye'de yapılmış olan 2 çalışmadan da yüksektir. Bu oran başka ülkelerde saptanan prevalans ile karşılaştırıldığında da yüksektir. Bursa ili ülkemizin değişik bölgelerinden yaygın göç alan bir bölgedir. Bu nedenle hem ekonomik hem de eğitim düzeyi ortalaması Türkiye geneliyle eşit veriler taşımaktadır. Raporlar arasındaki bu farklılıkların kanser tanısının vermiş olduğu yüksek stres düzeyi, kanser tedavisindeki zorluklar ve hastanın yaşam kalitesini etkileyen psikolojik faktörler ile açıklanabileceği ifade edilmiştir (25). Çalışmalar arasındaki metodolojik farklarla ve aynı zamanda

TAT için kabul edilen standart tanım ve ölçümlerle ilgili problemlerde prevalans yüzdelerindeki aralığın geniş olmasına neden olabilir. Aynı zamanda ülkelerin sosyokültürel özellikleri, kalkınmışlık dereceleri, sağlık hizmetlerinin şekli ve yeterliliği ve bireysel faktörler TAT kullanma oranlarını etkilemektedir.

TAT yöntemleri ülkeler, coğrafik bölgeler, etnik gruplar, sosyoekonomik faktörler ve dinler arasında farklılıklar göstermektedir (9)

Bitkisel tedavi ve besinsel takviyeler, yapılan birçok çalışmada en sık kullanılan TAT yöntemi olarak saptanmıştır (12, 20, 23, 25, 27, 81, 85, 87, 89).

Dua etme, inanç tedavisi, hayal kurma, hipnoz, meditasyon ve ruhsal iyileşme gibi zihin-beden uygulamaları bazı çalışmalarda en sık uygulanan TAT yöntemi olmuştur (12, 22, 23, 29, 78, 86).

Rahatlama terapisi, aromaterapi, müzik ve masaj terapileri birçok çalışmada en sık uygulanan TAT yöntemleri arasındadır (12, 20, 23, 29, 78-80, 83, 85, 89).

Homeopati, naturopati, akupunktur, kiropratik, reiki gibi uygulamalarda yapılan çalışmalarda TAT amaçlı kullanıldığı ifade edilmiştir (20, 25, 27, 29, 80, 81, 87).

Güneydoğu Asya bölgesinde yapılan çalışmalardan birinde en sık uygulanan TAT yöntemi olarak immün fonksiyonu güçlendiren paket sıvılar ya da tozlar (%48) kullanılırken diğer çalışmada diyet değişiklikleri yer almıştır. Ruhani ve geleneksel Çin tıbbi uygulamaları da sıklıkla kullanılmıştır (30, 88).

Gomez-Martinez ve ark.'nın (87) çalışmasında çingiraklı yılan yenmesi sık uygulanan TAT yöntemlerinden biridir.

Köpek balığı kıkırdağı kullanımı bazı çalışmalarda tercih edilen uygulamalardandır (20,87).

Coğrafik ve kültürel olarak dünya geneli değerlendirildiğinde ABD'de en sık kullanılan TAT yöntemlerinin ibadet, egzersiz ve ruhsal iyileşme olduğu bulunmuştur (22). Multivitaminler, aromaterapi masajı, diyet ve müzik ise İngiltere'deki kanser merkezlerinde en sık kullanılan TAT yöntemleridir

(83). Hipnoterapi ve benzer imge teknikleri ile rahatlama tedavisi Avustralya'daki çocuklarda en sık olarak kullanılan tedaviler olduğu bulunmuştur (29). Kiropraktik, homeopati, natüropati ve akupunkturun Kanada'daki kullanım oranı %84'tür (84). Diğer taraftan, batı toplumlarının dışında, bu yöntemler büyük farklılıklar göstermektedir: Pakistan'da bitkisel tedavi, en yaygın kullanımda olan TAT yöntemidir (90).

Türkiye'de Karadeniz ve ark.'nın (7) çalışmasında çocuk hastalarda en sık kullanılan TAT yöntemi olarak %71.4 ile bitkisel tedaviler ve biyolojik ajanlar (ısırgan otu, bitki esansı, anzer balı) yer almıştır. Bunları %40.8 ile inanç tedavisi (yaratıcıya dua, adak adama, türbe ziyareti) takip etmiştir. Bitkisel ürünler içinde en sık kullanılan ısırgan otudur. Gözüm ve ark.'nın (6) Erzurum'da yaptığı çalışmada ise en sık kullanılan yöntem (%90.7) bitkisel ürünlerin kullanımıydı. Bitkisel ürünler içinde yine en sık ısırgan otu, ısırgan tohumu ve bunların kombinasyonu ile bitkisel çaylar tercih edilmiştir.

Çalışmamızda şifalı bitkiler, yiyecekler, vitaminler ve bitkisel ürünlerden oluşan biyolojik temelli ürünler tercih edilen tamamlayıcı tedavi yöntemleri olmuştur. Hastaların %95.4'ünde (n=84) biyolojik ürünler kullanılmıştır. Bunu 2. sıklıkla zihin beden uygulamaları (adak adama, kurban kesme, kurşun döktürme, muska yaptırma, hocaya başvurma, türbe ziyareti vb.) izlemekteydi. Bu uygulamalar dışında ikişer hasta ile manipülatif ve beden tabanlı yöntemler (egzersiz, aktivite vb.) ve enerji terapileri (biyoenerji) uygulayan hasta grubu mevcuttu (Tablo 3). Kullanım şekline göre dağılıma baktığımızda, sadece biyolojik tabanlı kullanım 49 hasta (%55.7) ile TAT kullanan ailelerin en sık tercih ettikleri yöntemdi. Zihin-beden uygulamalarıyla birlikte biyolojik tabanlı kullanım %36.4 ile ikinci sıklıkla tercih edilen yöntem oldu (Tablo 3).

Çalışmamızda en sık kullanılan tamamlayıcı ve alternatif terapiler çoğunlukla diyetsel takviyeler ve bitkisel ürünlerdi. TAT kullanan 88 hastanın 76'sı (%86.3) en az bir diyetsel destek (bitkisel şifa yöntemi dışındaki yenilen içilen ürünler) kullanırken 51 (%58) hastanın ise en az bir adet bitkisel ürün kullandığı saptandı. Bitkisel şifa yöntemi dışında TAT amaçlı yenilen içilen ürünler içinde en sık kullanılan bal (%43.2) olurken 2. sıklıkta üzüm pekmezi

(%28.4), 3. sıklıkta ise arı poleni (%18.2) izledi. Arı sütü (%14.7), keçi boynuzu pekmezi (%14.7) ve dut pekmezi de (%13.6) diğer sık kullanılan ürünlerdendi. Yurt dışından getirilen siyah üzüm konsantresi içeren ürünü 3 hasta kullanıyordu. Bir hasta glukonate-sezyum içerikli, bir hastada dimetil sülfoksid (DMSO) isimli metabolik ürünler kullanıyordu. Köpek balığı kıkırdağı bir hastaya kullanılırken 1 anne çocuğuna kaplumbağa kanını meyve suyu içine koyarak içirmişti (tablo 4). Bitkisel ürünler içinde en çok tercih edilen ısırgan otu (%74.5) olurken bunu bitki çayları (%33.3) izlemekteydi (tablo 5).

Çalışmamızda pediatrik onkoloji hastalarında Türkiye’de daha önce yapılmış olan 2 çalışma ile benzer şekilde en sık ısırgan otunun kullanıldığı gözlemlendi (6,7). Bu durum Türkiye’de kültürel bir alışkanlık olarak, bitkisel tedavilere diğer TAT yöntemlerine kıyasla daha sık başvurulmasıyla ilgili olabilir. Ayrıca ucuz olmaları ve kolaylıkla bulunabilmeleri de sık kullanıma yol açabilir. DSÖ raporuna göre bir çok insan bitkisel tedavileri, “doğal” olanın “güvenli” olduğuna dair inanca bağlı olarak kullanmaktadır. Türkiye’de erişkin hastalarda yapılmış çalışmalarda da bitkisel ürünler en sık tercih edilen yöntem olurken yine ısırgan otu en sık tercih edilen bitki olmuştur (8-11). Bitkisel tedavilerin özellikle ısırgan otu ve tohumunun kullanımının farklı bölgelerde, farklı merkezlerde en sık kullanılan TAT yöntemi olması ülkemizdeki insanların kanser dışındaki hastalıklarının da çaresini doğadan elde ettiği belirli ürünlerle aramasından kaynaklanmış olabileceği daha önceki çalışmalarda düşünülmüştür (91).

Bazı bitkiler, konvansiyonel tedavileri devam eden çocuklarda potansiyel tehlike oluşturmaktadır. Bitkiler doğrudan ya da dolaylı olarak bazı sağlık riskleri taşır. Örneğin; ailelerin rahatlıkla kullandığı doğal bir meyve suyu olan greyfurt suyu birlikte kullanıldığında kalsiyum kanal blokerleri, steroidler, irinotekanlar ve bazı kemoterapotiklerin etkilerini değiştirdikleri gösterilmiştir (92). Bunun üzerine çok farklı yorumlar ve sonuçlar rapor edilmektedir. Ernst’in (93) bir makalesinde çocuklarda ve adölesanlarda bitkisel ilaçlara ait ciddi ve potansiyel yan etkiler görüldüğü rapor edilmiştir. Sentetik ilaçlara yabancı madde katılması nedeniyle bitkisel ilaçların çocuklar için zararlı olabileceğini bulmuştur. Ek olarak, bitki-ilaç etkileşimi, çocuk

başka bir tedavi altında iken hatta daha önce herhangi bir yan etki ortaya çıkarmamış olsa bile mutlaka akılda tutulmalıdır (93, 94). Ernst, (94) bitkisel tedavi ile ilişkili olabilecek bradikardi, beyin hasarı, kardiyojenik şok, diabetik koma, ensefalopati, kalp rüptürü, intravasküler hemoliz, karaciğer yetmezliği, solunum yetmezliği, toksik hepatit ve ölüm gibi önemli durumları vurgulamaktadır. Diğer yandan bazı araştırmacılar bitkisel ilaçların hasta için güvenli ve yararlı olduğunu bildirdiler (25) . Yine de bitkisel ilaçların güvenliği hakkında henüz sistematik araştırmalar yoktur. Türkiye de ısırgan otu binlerce yıldan beri sebze olarak tüketilmektedir. Bugüne kadar hiçbir yan etki bildirilmemiştir. Yiyecek olarak yan etkisinin olmamasına rağmen mutlaka kullanımı, dozları, uygulanma şekli ve kalitesi bilinmelidir. Çünkü çocuklar çeşitli ilaçlara karşı toksik etkilere açık olabilmektedir. Bu savunmasızlıkları belki de erişkinlerle karşılaştırıldıklarında emilim, dağılım, metabolizma, atılım ve reseptör fonksiyonlarındaki farklıktan kaynaklanabilir (92). Pediatrik onkologlar arasında en büyük kaygı biyolojik tabanlı terapiler ve geleneksel terapiler özellikle de kemoterapi arasındaki potansiyel etkileşimlerdir (95). Bu nedenle hastanın güvenliliğini sağlamak amacıyla TAT terapisini gözlemlemek ve değerlendirmek zorunludur. Çünkü bitkisel terapiler gibi alternatif tedaviler özellikle konvansiyonel kemoterapi alan çocuklar için risk oluşturmaktadır.

Çalışmamıza katılan ailelerin hepsi çocuklarının iyileşmesi için dua ettiklerini belirttiler. Türkiye’de hastaların büyük çoğunluğunun dini inançlarından dolayı, aile bireyleri ve yakınlarının dua etmesi alışılmış bir durum olduğundan çalışmamızda dua etme TAT olarak dikkate alınmadı.

Enerji terapisi olarak iki aile biyoenerji merkezine başvurmuştu. Manipülatif beden terapisi olarak iki ailenin egzersiz ve aktivite uygulamalarında bulunduğu saptandı. Her iki farklı yöntemi deneyen aileler bu metotları yalnız başına değil zihin-beden uygulamaları ve biyolojik temelli uygulamalar ile desteklediğini belirttiler.

Alternatif tıbbi sistemler (homeopati, naturopati, ayurveda ve Çin tıbbi) yöntemini kullanan hastamız yoktu.

Batı ülkelerinde TAT kullanımını ile ilgili bilgi insanlara en sık basın ve özellikle internet aracılığıyla ulaşmaktadır (83,96). Çalışmamızda ailelerin çoğu TAT yöntemlerini yakın akrabalarından, diğer hastalardan, komşu ve arkadaşlarından öğrenmekteyken az bir aile grubu da internet, gazete, TV gibi iletişim araçlarından öğrendiğini bildirmiştir.

Hastalarımızda TAT'ın en sık kullanılma nedeni tıbbi tedavi sonrası gelişen yan etkilerden olan, kan sayımı değerlerinde düşüşün engellenmesi idi. Bu sebeple kullandığını ifade eden 23 (%19.2) aile vardı. Çocuklarının genel durumunun iyi olması için kullandıklarını söyleyen 20 (%16.6), yakın çevrenin baskısı nedeniyle kullandığını ifade eden 17 (%14.1) aile tanımlandı. Çocukları için ellerinden gelen her şeyi deneme isteği sonucu vicdanen rahatlamak için kullandığını söyleyen 12 (%10) aile tespit edildi. (tablo 5)

Fernandez ve ark. (23) 366 ailenin katıldığı geniş bir anket çalışmasında TAT kullanımına başlama nedeni olarak çocukları için her şeyi yapmış olma (n=126), immün sistemi ve genel durumu güçlendirme amaçlandığını rapor ettiler (n=117). Bunlara ek amaçlar ise; kanseri tedavi etmek (n=60) daha sorunsuz tedavi sağlamak (n=57), kanserin ilerlemesini yavaşlatmak olduğu saptanmıştır (n=52). Benzer sonuçlar birçok çalışma raporlarında sunulmuştur (20, 30, 81, 83, 87- 89)

Birçok çalışmada konvansiyonel tedavilerin yan etkilerini azaltmak ve çocuklarının konforunu arttırmak ailelerin en sık TAT kullanma amaçlarındandır (20, 30, 27, 83, 87-89)

McCurdy ve ark.'nın (79) çalışmasında ise TAT kullananların %82'si hastalığı yenmek için kullandığını ifade etmiştir.

Gözüm ve ark.'nın (6) çalışmasında en sık TAT kullanma nedeni çocuğun immün sistemini güçlendirmek ya da konvansiyonel tedavinin yan etkilerini azaltmak amacıyla olduğu görülmüştür.

Karadeniz ve ark.'nın (7) çalışmasında TAT uygulayan ailelerin en sık kullanım nedeni, kanseri tedavi edeceği inancı ve çocuklarını tedavi etmek için ellerinden gelen her şeyi denemiş olma isteğidir.

Çalışmamızda saptadığımız TAT kullanma nedenlerinden ilk sırada yer alan kan değerlerinin iyi olması düşüncesi diğer çalışmalara benzer bulunmuştur. Yan etkilerin azaltılması ve bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Kanser hastalarına uygulanan yoğun konvansiyonel tedaviler sonucu hastalarda pansitopeniye kadar giden ağır kemik iliği baskılanması olabilmektedir. Bundan dolayı hastaların tedavileri aksayabilmekte, enfeksiyonlara açık hale gelebilmekte, eritrosit ve trombosit gibi kan ürünleri transfüzyonları yapılmak zorunda kalılabilmektedir. Tüm bu sorunlar aileler ve çocuklar üzerinde önemli olumsuzluklara neden olabilmektedir. Bütün bu nedenler ailelerin, çocukları için destekleyici yollara başvurması olabilir. Çalışmamızda bal ve pekmez gibi ürünlerin yüksek oranda kullanılma nedeni, halk arasında kan yapıcı ve bünyeyi güçlendirici özelliklerinin ön planda olmasındandır.

Çalışmamızda ailelerin TAT yöntemi kullanma sonucu çocuklarında en sık gördükleri fayda “kan değerlerinde yükselme oldu” şeklinde ifade ettikleri hematolojik parametrelerin iyileşmesidir. İyi beslenme ve destek bakımın nötropenik hastalarda önemli olduğu reddedilemez. Ancak uygulanan kemoterapi şemalarına göre derin anemi, nötropeni ve trombositopeni gözlenme ve düzelleme zamanları bilinmektedir. Bu nedenle ailelerin tanımladığı kan değerlerinde ve iştahdaki düzelmeler aslında tedavinin olağan seyrine uymaktadır. Bu şekilde düşünen 25 (%28.4) aile vardı. Bu ailelerin 23’ü TAT kullanmayı bu amaçla uygulamışlar ve sonucunu aldıkları düşüncesi içindeydiler. İkinci sıklıkla görülen yarar çocukların iştahının artması düşüncesi idi. Bunu 16 hasta ile morali ve genel durumu düzeldi düşüncesi takip etti. Genel olarak değerlendirildiğinde TAT kullanan 88 ailenin 45’i (%51.1) iyi düzeyde, 23’ü (%26.1) kısmen olmak üzere uyguladıkları TAT yönteminden fayda görmüşlerdi. Hastaların 12’si (%13.6) hiçbir şekilde fayda görmediğini ifade ederken 8 ailede fikir beyan etmemiştir. TAT uygulayan ailelerin hiçbiri uygulamaya bağlı ya da uygulama sonucu çocuklarında herhangi bir yan etki oluşmadığını ifade ettiler.

TAT yöntemi kullanan ailelerin 53’ü (%60) TAT uygulamaya çocuklarının hastalığı kontrol altındayken, 32’si (%36.3) ilk tanı konulduktan

itibaren, 3 aile ise de hastalık nüks ettiğinde başlamışlardı. Fernandez ve ark.'nın (23) çalışmasında çoğu aile (%68) TAT terapilerini ilk tıbbi tedavileri sırasında kullanmaya başlamıştı.

Çalışmamızda TAT uygulayan ailelerin hepsi konvansiyonel tedavi almış ya da almaktaydı. Hiçbir aile tıbbi tedaviden vazgeçip sadece TAT terapisine yönelmemişti. Tüm TAT kullanıcılarının bu yöntemleri tamamlayıcı terapi amacıyla kullandığı saptandı. Bu bulgu ülkemizdeki çalışmalarla ile benzerlik göstermektedir (6,7). Fernandez ve ark.'nın (23) çalışmasında 366 aileden sadece 8'i TAT yöntemini konvansiyonel tedavi yerine kullanmıştı. Bold ve Leis'in (23) çalışmasında 44 çocuğun ailesinden sadece 1 tanesi TAT kullanımını konvansiyonel tedavi yerine kullanmıştı.

Çalışmamızda tıbbi tedaviye güven duyma TAT kullananlarda %94 iken, TAT uygulamayanlarda %96.9 idi. TAT uygulayan 5 aile ise başka merkeze gitmek istediklerini ifade ettiler bu durum TAT kullanmayanlarda 1 hasta ailesi idi.

TAT uygulayan ve uygulamayan aileler karşılaştırıldığında her iki grupta da yaklaşık %90 oranında çocuklarının hastalığının düzeleceğine inançları vardı.

TAT kullanan ailelerin %47.7'sinde birinci derecede akrabalarında kanser öyküsü varken, bu oran TAT kullanmayanlarda %28.1 idi. Yakın çevrede kanser öyküsü her iki grupta da benzer oranlardaydı. Her iki grup için birinci derecede akraba ve yakın çevrede kanser öyküsü pozitifliği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). TAT kullanan ailelerin kullanmayanlara göre yakın akrabalarında kanser öyküsünün daha yüksek olması, bu uygulamaları ailelerin sıklıkla yakın akrabalarından öğrendiği veya yakın akrabalarının baskısı sonucu kullanmış olabileceği sonucunu desteklemektedir.

TAT uygulayan ailelerden 64'ü (%72.2) ürünleri yaşadığı ilden temin etmişlerdi. Yurt dışından ürün getirten ve kullanan 7 aile vardı. Ailelerin 72'si (%81.8) bu yaklaşımlar için aile bütçesinden maddi kaynak ayırmışlardı. Buda çoğu dar gelirli olan ailelerin yüksek oranda bütçe ayırarak destek tedavilere başvurduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamıza katılan tüm aileler değerlendirildiğinde çocuklarına kanser tanısı konduktan sonra 99 (%82.5) aile çocuklarını sigara dumanından korumaya başlamışken 65 (%54.1) ailede beslenme alışkanlıklarında değişiklik yapmıştı. Sıkıntı ve stres nedeniyle 14 ailede ebeveynlerden biri sigara içmeye başlamıştı. İbadet etmede artış veya ibadet etmeye başladıklarını 17 aile ifade ettiler. Sigara içmeye başlayan 14 ailenin 13'ü, ibadetlerinde artış veya ibadete başlayan 17 ailenin de tümünün aynı zamanda TAT kullandığı saptandı.

TAT yöntemi kullanan 88 hasta ailesinin 69'u (%78.4) kullanmış oldukları yöntemi doktorlarıyla paylaşmıştı. Sawyer'in (29) çalışmasında çoğu aile (%56) terapiyi zararsız gördüğünden çocuklarının doktoruyla paylaşmamışlardı. Friedman ve ark.'nın (22) çalışmasında doktorlarına alternatif terapi uyguladıklarını ailelerin %53 söylemişlerdi. Fernandez ve ark.'nın (23) çalışmasında ailelerin yarısından fazlası (%55) onkologların çocuklarının TAT terapisi kullandıklarının farkında olduklarına inanmıyorlardı. Yeh ve ark. (30), Tayvan'da ki 63 aile ile yaptıkları çalışmada 10 (%15.8) aile batı tıbbi olmayan terapi kullanımını çocukların doktorlarıyla ilişkilerini tehlikeye atması endişesiyle açıklamamıştı. Kelly ve ark.'nın (12) çalışmasında kullanılan unkonvansiyonel terapilerin yarısı tedavi eden doktoruna belirtilmişti. Bold ve Leis'in (20), çalışmasında ailelerin %72'si çocuklarının TAT kullandıklarını doktorlarıyla paylaşmışlardı. McCurdy ve ark.'nın (79) çalışmasında ailelerin %41'i TAT kullanımını doktorlarıyla tartışmamıştı. Post-White ve ark.'nın (78) çalışmasında çoğu aile (%57) çocuklarının TAT kullandıklarını bir sağlık çalışanına söylediğini, %28'inin ise hiç sorulmadığı için bahsetmediklerini ifade ettiler. Gomez-Martinez ve ark. (87) Meksika'daki çalışmasında sadece %9 aile TAT kullanımını doktorlarıyla görüşmüştü. Lim ve ark.'nın (88) Singapur'daki çalışmasında ailelerin %55'i TAT kullanımlarını çocuklarının doktorları ile görüşmemişti. Türkiye'de yapılmış 2 çalışmadan Karadeniz ve ark.'nın (7) çalışmasında hasta ailelerinin büyük çoğunluğu (%92) TAT kullanımını hekimleri ile konuşmamışlardı. Gözüm ve ark.'nın (6) çalışmasında ise 43 aileden 12'si (%27.9) doktorlarıyla bu konuyu konuşmuşlardı. Çalışmamızdaki ailelerin

büyük çoğunluğunun kullandıkları TAT yöntemlerini doktorlarıyla paylaşımları, hasta ailelerine TAT yöntemlerinden bahsedilmesi, olası yan etkileri hakkında bilgi verilmesi, kullanmak istediklerinde bunları açıkça ifade etmelerinin istenmesinden kaynaklanmaktadır.

TAT kullanılan ve kullanılmayan hastaların annelerinin yaş grubu değerlendirilmesinde 40 yaş altı olanlarla olmayanlar karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmazken 40 yaşından büyük annelerde TAT kullanma yüzdesi [26 annenin 22'si (%84)] daha yüksekti. TAT kullanan ve kullanmayan aileler arasında anne eğitim düzeyleri ile anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$). TAT kullanma sıklığı değerlendirildiğinde üniversite mezunu annelerin %80'nin TAT kullandığı saptanırken okula gitmemiş olanlarda bu oran %62.5 idi. Çalışan annelerin çalışmayan annelere (ev hanımı) göre çocuklarına TAT kullanma oran daha yüksekti (%83.3'e %72.6).

TAT kullanılan ve kullanılmayan hastaların babalarının yaş grubu değerlendirilmesinde 40 yaş altı olanlarla olmayanlar karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmazken 40 yaşından büyük babalarda TAT kullanma yüzdesi [54 babanın 41'i (%75.9)] daha yüksekti. Baba eğitim düzeylerinin TAT kullanan ve kullanmayan aileler arasında baba eğitim düzeyleri ile anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0.05$). TAT kullanma sıklığı değerlendirildiğinde üniversite mezunu babaların %88.8'nin TAT kullandığı saptanırken ilköğretim mezunu olanlarda bu oran %69.7 idi. Çalışan babaların çalışmayan babalara göre çocuklarına TAT kullanma oran daha yüksekti (%75'e %50).

Aylık geliri 1000 YTL altında olan ailelerle 1000 YTL üstü olan ailelerin TAT kullanma yüzdesi arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Çalışmamızda TAT kullanımı ile ailenin yaşam yeri karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmazken ($p>0.05$) TAT kullanan ailelerin büyük çoğunluğu (%52.3) şehir merkezinde yaşamaktaydı.


Gurupların tümünde TAT uygulama oranı yüksek olduğundan alt guruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı bir farklı bulunamadı.

Sonuç olarak hastalarımızdaki TAT kullanımının bulguları Batı ülkelerinden farklılık göstermekle birlikte Türkiye'deki erişkin hastalarda ve çocuk kanser hastalarında yapılan yayınlara benzemektedir. Verilerimiz

hastaların yaklaşık %75'inin en az bir TAT yöntemi kullandığını göstermektedir. Çalışmamızda biyolojik temelli (diyetsel takviyeler ve bitkisel ürünler) terapiler en sık kullanılan yöntem olurken hastalarımızın hiç biri konvansiyonel tedavinin yerine TAT kullanmıyordu. Bunun nedenleri arasında, hastalarımızın doktorlarına ve doktorlarının önerdiği konvansiyonel tedavilere duyduğu güvenin fazla olması ve konvansiyonel tedavi ile birlikte kullanıldığında TAT'ın zararsız olduğuna inanması olabilir. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda özellikle eğitim düzeyi yüksek ve geliri iyi olan ailelerin TAT kullanma sıklığı fazla olmasına rağmen, çalışmamızda anne ve babanın eğitim düzeyi ile ekonomik statüsü TAT kullanımı üzerinde belirleyici değişken olmamıştır. Bu durumun nedenleri çoğu katılımcının düşük eğitim seviyesi ve düşük ekonomik statüye sahip olmasındandır. Son olarak TAT yöntemleri, kanserli hastalar ve ailelerinin her zaman ilgisini çekebilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ve ailelerin bu konuyu tartışabileceği ortamlar sağlanmalıdır.

EKLER

EK 1

	UÜ-SK TIBBİ ARAŞTIRMALARA KATILIM İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HYH-07	İlk Yay.Tarihi : 15 Mart 2006	Sayfa 50 / 75
	Rev. No : 01	Rev.Tarihi : 15 Şubat 2007	

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: : Çocukluk çağı kanserlerinin tedavisinde alternatif yaklaşımlara eğilimin değerlendirilmesi

GÖNÜLLÜNÜN ADI:

ÇALIŞMANIN İÇERİK VE AMACI: Sayın veli, bildiğiniz gibi çocuğunuzda ,çocukluk çağı kanserlerinden biri tanımlanmış ve tedavisi planlanmıştır.Çocuğa kanser tanısı konulduğunda anne-baba ve tüm ailenin bundan etkilendiği ve kaygı duyduğu bilinmektedir.Doktorunuz tarafından önerilen ameliyat,ilaç tedavisi ve radyoterapi dışında hastanızın iyileşmesine yardımcı olacak “alternatif veya tamamlayıcı tedavi” olarak adlandırılan ek önlem veya uygulamalara başvurmuş olabilirsiniz. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Onkoloji Bilim Dalında tanı alan ve tedavi edilen, tanı anında 18 yaşından küçük olan hastalarda alternatif yaklaşımların uygulanıp uygulanmadığı, uygulandıysa neler yapıldığını belirlemek amacı ile hastaların anne-baba veya yasal velisinin katıldığı anket düzenlenmiştir. Hastanıza bu araştırma için hiçbir girişim yapılmayacak, hiçbir ücret talep edilmeyecektir.

İZLENECEK OLAN YÖNTEMLERİN AÇIKLANMASI:

A. DENEYSEL İŞLEMLER VE TEDAVİ

Anket çalışması olarak planlanmıştır.

B. ÇALIŞMANIN TAHMİN EDİLEN SÜRESİ VE KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu çalışmanın Temmuz 2007- Ekim 2007 tarihleri arasında en az 50 hasta ailesinin katılımı ile tamamlanması planlanmıştır. Bu çalışma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Pediatrik Onkoloji polikliniğinden kanser tanısı konulmuş, hastalık hakkında bilgi verilmiş yeni ve eski tüm hastaları kapsar. Poliklinik kontrolüne geldiğinde hastaların ailelerinden aydınlatılmış onam formu alınarak ve ekte sunulan anket formu doldurulmak suretiyle planlanmıştır.

BU ÇALIŞMANIN GETİREBİLECEĞİ OLUMLU NOKTALAR :

Kanser hastalarının tedavilerinde geleneksel tedaviler (cerrahi,kemoterapi ve/veya radyoterapi) dışında alternatif tedavi yaklaşımında tercih edilen yöntemler yararsız, zaman kaybettirici hatta tedaviyi aksatacak veya ilaç etkisini değiştirecek nitelikte olabilmektedir. Bu nedenle alternatif yaklaşım konusunda toplumsal eğilimin belirlenerek ailelerin tercih ettikleri yöntemler belirlenecektir. Böylece hastanın zararına olabilecek uygulamalar olup olmadığı ve ne tür riskler aldıkları saptanarak bu bilgiler ailelerle paylaşılacaktır.

YUKARIDA AÇIKLANAN ÇALIŞMA ESNASINDA UYGULANACAK OLAN İŞLEM VE TEDAVİLERİN GÖNÜLLÜYE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR:

Yoktur.

KATILMA VE ÇIKMA :

Bu çalışma anne baba veya yasal veliden en az bir tanesinin cevaplayacağı anket formu doldurularak yapılacaktır.Bu çalışmaya gönüllü olan hasta aileleri katılacaktır.Katılmayı reddetme durumunda hastanıza ve size karşı tavır değişikliği olmayacak ve gereken tüm yaklaşımlar yarar kaybına neden olmadan sürdürülecektir.

MASRAFLAR :

Yoktur.

GİZLİLİK :

Bilgiler sadece araştırma grubu tarafından analiz edilecektir. Tek tek isim belirtilerek veriler açıklanmayacak ve topluca analiz yapılacaktır.. Kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.Kanuni zorunlulukların ortaya çıktığı durumlarda gönüllüye ait kayıtlar yetkili kurum ve/veya kuruluşlar tarafından incelenebilir. Bu belgeyi imzalamakla gönüllü böyle bir denetim için olur vermiş sayılır.

Ben,, [*gönüllünün adı,soyadı **Kendi el yazısı ile***] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün (*Kendi el yazısı ile*)**Adı-Soyadı:**

.....

İmzası :

.....

Adresi:

.....

(varsa Telefon No, Faks No):

.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....**Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin****Veli veya Vasisinin (*Kendi el yazısı ile*)****Adı-Soyadı** :

.....

İmzası :
.....

Adresi:
.....

(varsa Telefon No, Faks No):
.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştıracının (Doktorun)

Adı-Soyadı
:.....

İmzası
:.....
..

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

**Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş
Görevlisinin**

Adı-
Soyadı:.....

İmzası:.....
..

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Bu çalışma U.Ü. Tıp Fakültesi "Tıbbi Araştırma Etik Kurulu" tarafından onaylanmıştır.

Onay Tarihi:
Onay No:

Not: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacaktır.

**ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİNİN TEDAVİSİNDE ALTERNATİF
YAKLAŞIMLARA EĞİLİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ
(ANKET FORMU)**

ADI-SOYADI:

Cinsiyet: Erkek Kız

Doğum Tarihi:

Çocuğun Tanısı:

Tanı tarihi:

Form Doldurulma tarihi:

Yaşı:

Annenin yaşı:

Annenin eğitim durumu:

Annenin mesleği:

Babanın yaşı:

Babanın eğitim durumu:

Babanın mesleği:

Varsa yasal velisinin; Yaşı:

Eğitim durumu:

Mesleği:

Anketi yanıtlayan: Anne Baba Anne-baba birlikte Yasal velisi

Kardeş sayısı:

Ailenin aylık geliri:

Sosyoekonomik durum: İyi Kötü Orta

Sosyal güvence: Emekli sandığı SSK Bağ-kur Ücretli Diğer

Yaşadığınız yer: İl İlçe Kasaba Köy

Şu anda yaşadığınız yerde ne kadar süredir duruyorsunuz

.....

1)Hastalığın neye bağlı olduğunu düşünüyorsunuz (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Ailesel
- Mikrobik
- Beslenmesi iyi değil
- Yemek seçiyor
- Geçirdiği hastalıktan ötürü
- Üzüntü/sıkıntı
- Nazar değdi
- Diğer

2) Hastalık hakkında kimlerden bilgi aldınız (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Hasta aileleri
- Doktoru
- Başka merkez
- İnternet
- Gazete/kitap
- Televizyon/radyo

3) Ailenizde kanser hastalığı olan kişi var mı?

- Var
- Yok

4) Yakın çevrenizde kanser hastalığı olan kişi var mı?)

- Var
- Yok

5) Başka hekim veya merkeze gittiniz mi?

- 1. Basamak (sağlık ocağı ,dispanser vs)
- 2. Basamak (Devlet hastanesi, çocuk hastanesi)
- Üniversite Hastanesi
- Özel doktor veya hastane
- Gitmedi

6) Tedavi olduğunuz merkeze nasıl geldiniz?

- Kurum sevki
 - Tavsiye
 - Başka merkez
 - Diğer
-

7) Çocuğunuzun hastalığının düzeleceğine inanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Kısmen
- Kuşkulu
- Fikrim yok

8) Tıbbi tedaviye güveniyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Kararsız
- Fikrim yok

9) Başka bir merkeze gitmeyi düşünüyor musunuz ?

- Evet
- Hayır
- Kararsız
- Fikrim yok

10) Doktorunuz tarafından çocuğunuza hangi tedavi yaklaşımları önerildi?
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Kemoterapi Radyoterapi Cerrahi Hiçbiri Bilmiyor

11) Başkaları tarafından önerilen ek tedavi yada şifa (bitkisel vs.) yöntemi oldu mu?

- Evet Hayır Cevap vermek istemiyorum

12)Yanıt hayır ise ileride düşünür müsünüz, ya da hangi koşullarda düşünebilirsiniz?

- İyileşmeme
 Tekrarlama olması
 Doktorun umut görmemesi
 Tedavi yan etkisi
Diğer

13) Yanıt evet ise hangi yöntemleri kullanıyorsunuz (Birden fazla şık işaretlenebilir)

- Dua, ibadet, adak, kurban vs
 Kurşun döktürme
 Muska
 Yenilen veya içilen madde (evet ise belirtiniz).....
 Egzersiz, aktivite
 Arı sütü
 Polen
 Akupunktur
 Diğer

14)Vitamin veya ek ilaç kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır
 Evet ise isimleri

15)Herhangi bir bitkisel şifa yöntemi denediniz mi?

- Evet Hayır

16)Hangi bitki veya bitkileri kullandınız?

- Bitki çayı
- Hazır karışım
- Isırgan otu
- Çörek otu
- Brokoli
- Enginar
- Kuşburnu
- Aloe vera
- Tarçın
- Zencefil
- Baharatlar(isimleri).....
- Diğer

.....

17)Alternatif tedavi kullanımı için doktorunuza bilgi verdiniz mi?

- Evet
- Hayır
- Söylemek istemem
- Söylemek isterim ama kararsızım

18)Bu yaklaşım için ödeme yapıyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Diğer

19)Alternatif yaklaşım için maddeleri nereden temin ediyorsunuz?,

- Yaşadığım il
- Başka bölge
- Diğer

20)Alternatif tedavi yöntemlerine başvurma nedeniniz nedir?

- Tıbbi tedaviden fayda görmüyorum
- Yakın çevrenin baskısı
- Vicdanen rahatlamak için
- Diğer.....

21)Alternatif tedaviden yarar gördünüz mü?

- Evet
- Hayır
- Kısmen

22) Yarar gördüyseniz düzelen nedir?

- Genel durum
- İştah
- Ağrı
- Kitlede küçülme
- Moral
- Uyku
- Diğer

23) Ne zaman kullanmaya başladınız.

- İlk tanı anında
- Hastalık kontrol altında iken
- Nüks olduğunda
- Diğer

24) Ne kadar sıklıkla kullanıyorsunuz?

- Düzenli Düzensiz Bazen
Süre:

25) Uyguladığınız yöntemden dolayı bir yan etki gördünüz mü?

- Evet Hayır
- Evet ise ne oldu.....

26)Şifa aramak için sağlık kuruluşu dışında başka yerlere gittiniz mi ?

- Hoca
- Türbe
- Şifacı
- Ocak
- Biyoenerji uygulayan
- Akupunktur, yoga
- Diğer.....

27) Yurt dışından getirilmiş ürün kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır
- Evet ise ismi

28) Siz kanser hastalarının geleceğini nasıl görüyorsunuz

- Tamamen iyileşiyor Kısmen iyileşiyor Hiç iyileşmiyor

29) Hastalıktan dolayı yaşam tarzınızda değişiklik oldu mu?

- Beslenme değişiklikleri.....
 Vitamin, mineral kullanımı
 Çocuğu sigaradan korudum
 Sigaraya başladım
 Değişiklik olmadı
 Diğer

KAYNAKLAR

1. Kara M, Kelly. Bringing evidence to complementary and alternative medicine in children with cancer: Focus on nutrition-related therapies. *Pediatr Blood Cancer* 2008;50:490-3.
2. Barnes PM, Powel-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *JAMA* 2004;291:54-71.
3. Kelly KM. Complementary and alternative medical therapies for children with cancer. *Eur J Cancer* 2004;40:2041-6.
4. Ernst E, Cassileth BR. The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: A systematic review. *Cancer* 1998;83:777-82.
5. Kelly KM. Complementary and alternative medicines for use in supportive care in pediatric cancer. *Support Care Cancer* 2007;15:457-60.
6. Gözüm S, Arıkan D, Büyükavcı M. Complementary and alternative medicine use in pediatric oncology patients in Eastern Turkey. *Cancer Nursing* 2007;30:38-44.
7. Karadeniz C, Pınarlı GF, Oğuz A, Gürsel T, Canter B. Complementary/Alternative medicine use in a pediatric oncology unit in Turkey. *Pediatr Blood Cancer* 2007;48:540-3.
8. Güden M, Ulutin C, Oysul K, Pak Y. Kanserli hastalarda paramedikal tedavilerin kullanım oranları ve etkileri. XIV. National Cancer Congress. İstanbul: Kongre SİST;2001:163
9. Samur M, Bozcuk HS, Kara A, Savas B. Factors associated with utilization of nonproven cancer therapies in Turkey: a study of 135 patients from a single center. *Support Care Cancer*. 2001;9:452-8.
10. Ceylan S, Hamzaoglu O, Komurcu S, Betan C, Yalcin A. Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients. *Complement Ther Med*. 2002;10:94-9 .
11. Gözüm S, Tezel A, Koç M. Complementary alternative treatments used by patients with cancer in eastern Turkey. *Cancer Nurs*. 2003;26:230-6.
12. Kelly KM, Jacobsan JS, Kennedy DD, Braudt SM, Mallick M, Weiner MA. Use of unconventional therapies by children with cancer at an urban medical center. *J Pediatr Hematol Oncol* 2000;22:412-6.
13. Straus SE, Chesney MA. In defense of NCCAM. *Science* 2006;313:303-4.
14. Gottschling S, Langler A, Tautz C, Graf N. CAM use in pediatric oncology. *Current Pediatric Reviews* 2006;2:361-8.
15. <http://nccam.nih.gov/health/whatisacam/.2007>
16. http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593237_ref_annex.pdf
17. <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12304.htm#a14>
18. Cassileth BR, Vickers AJ. High prevalence of complementary and alternative medicine use among cancer patients: implications for research and clinical care. *J Clin Oncol* 2005;23:2590-2.

19. Kolstad A, Risberg T, Bremnes Y, et al. Use of complementary and alternative therapies: a national multicentre study of oncology health professionals in Norway. *Support Care Cancer* 2004;12:312-8.
20. Bold J, Leis A. Unconventional therapy use among children with cancer in Saskatchewan. *J Pediatr Oncol Nurs* 2001;18:16-25.
21. Faw C, Ballentine R, Ballentine L, vanEys J. Unproved cancer remedies. A survey of use in pediatric outpatients. *JAMA* 1977;238:1536-8.
22. Friedman T, Slayton WB, Allen LS, et al. Use of alternative therapies for children with cancer. *Pediatrics* 1997;100:E1.
23. Fernandez CV, Stutzer CA, MacWilliam L, Fryer C. Alternative and complementary therapy use in pediatric oncology patients in British Columbia: prevalence and reasons for use and nonuse. *J Clin Oncol* 1998;16:1279-86.
24. Langler A, Kaatsch P, Jung I. Pilotstudie zur Häufigkeit der Anwendung unkonventioneller Behandlungsmethoden in der pädiatrischen Onkologie in Deutschland. *WIR* 2003;1:10-2.
25. Martel D, Bussieres JF, Theoret Y, et al. Use of alternative and complementary therapies in children with cancer. *Pediatr Blood Cancer* 2005;44:660-8.
26. Mottonen M, Uhari M. Use of micronutrients and alternative drugs by children with acute lymphoblastic leukemia. *Med Pediatr Oncol* 1997;28:205-8.
27. Neuhouser ML, Patterson RE, Schwartz SM, Hedderson MM, Bowen DJ, Standish LJ. Use of alternative medicine by children with cancer in Washington State. *Prev Med* 2001;33:347-54.
28. Pendergrass TW, Davis S. Knowledge and use of "alternative" cancer therapies in children. *Am J Pediatr Hematol Oncol* 1981;3:339-45.
29. Sawyer MG, Gannoni AF, Toogood IR, Antoniou G, Rice M. The use of alternative therapies by children with cancer. *Med J Aust* 1994;160:320-2.
30. Yeh CH, Tsai JL, Li W, et al. Use of alternative therapy among pediatric oncology patients in Taiwan. *Pediatr Hematol Oncol* 2000;17:55-65.
31. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Available at: <http://www.nccam.nih.gov> (accessed March 3, 2004).
32. Mundy EA, DuHamel KN, Montgomery GH. The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment-related side effects. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2003;8:253-75.
33. Irwin MR, Pike JL, Cole JC, Oxmann MN. Effects of a behavioral intervention, Tai Chi Chih, on varicella-zoster virus specific immunity and health functioning in older adults. *Psychosom Med* 2003;65:824-30.
34. Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Atkinson C, Glaser R. Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:674-82.
35. Kemper KJ, Barnes L. Considering culture, complementary medicine, and spirituality in pediatrics. *Clin Pediatr* 2003;42:205-8.

36. McCaffrey AM, Eisenberg DM, Legedza AT, Davis RB, Phillips RS. Prayer for health concerns: results of a national survey on prevalence and patterns of use. *Arch Intern Med* 2004;164:858-62.
37. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003;361:1603-7.
38. Arends J, Zürcher G, Fietkau R, et al. DGEM-Leitlinie enterale Ernährung: Onkologie. *Aktuel Ernaehr Med* 2003;28:61-8.
39. Gottshling S. What is the influence of nutrition on prognosis of children with cancer. *Kinderkrankenschwester* 2005;24:32-4.
40. Ladas EJ, Jacobson JS, Kennedy DD, et al. Antioxidants and cancer therapy: a systematic review. *J Clin Oncol* 2004;22:517-28.
41. Kennedy DD, Tucker KL, Ladas ED, et al. Low antioxidant vitamin intakes are associated with increases in adverse effects of chemotherapy in children with acute lymphoblastic leukemia. *Am J Clin Nutr* 2004;79:1029-36.
42. Cameron E, Pauling L, Leibovitz B. Ascorbic acid and cancer: a review. *Cancer Res* 1979;39:663-81.
43. Omenn GS, Goodman GE, Thornquist MD, et al. Effects of a combination of beta carotene and vitamin A on lung cancer and cardiovascular disease. *N Engl J Med* 1996;334:1150-5.
44. Albanes D, Heinonen OP, Huttunen JK, et al. Effects of alpha-tocopherol and beta-carotene supplements on cancer incidence in the Alpha-Tocopherol Beta-Carotene Cancer Prevention Study. *Am J Clin Nutr* 1995;62:1427-30.
45. Labriola D, Livingston R: Possible interactions between dietary antioxidants and chemotherapy. *Oncol (Huntingt)* 1999;13:1003-8.
46. Agus DB, Vera JC, Golde DW. Stromal cell oxidation: A mechanism by which tumors obtain vitamin C. *Cancer Res* 1999;59:4555-8.
47. Boon H, Stewart M, Kennard MA, et al. Use of complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: Prevalence and perceptions. *J Clin Oncol* 2000;18:2515-21.
48. Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, et al. Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *J Clin Oncol* 2000;18:2505-14.
49. Lippert MC, McClain R, Boyd JC, et al. Alternative medicine use in patients with localized prostate carcinoma treated with curative intent. *Cancer* 1999;86:2642-8.
50. Sparreboom A, Cox MC, Acharya MR, Figg WD. Herbal remedies in the United States: potential adverse interactions with anticancer agents. *J Clin Oncol* 2004;22:2489-503.
51. Klepser T, Doucette W, Horton H, et al. Assessment of a patient's perceptions and beliefs regarding herbal therapies. *Pharmacotherapy* 2000;20:83-7.
52. Ladas EJ, Kelly KM. Milk thistle: Is there a role for its use as an adjunct therapy in patients with cancer? *J Altern Complement Med.* 2003;9:411-6.

53. Dorfer L, Moser M, Spindler K, Bahr F, Egarter-Vigl E, Dohr G. 5200-year-old acupuncture in central Europe? *Science* 1998;282:242-3.
54. Dupuis LL, Nathan PC. Options for the prevention and management of acute chemotherapy-induced nausea and vomiting in children. *Pediatr Drugs* 2003;5:597-613.
55. He D, Veiersted KB, Hostmark AT, Medbo JI. Effect of acupuncture treatment on chronic neck and shoulder pain in sedentary female workers: a 6-month and 3-year follow-up study. *Pain* 2004;109:299-307.
56. Reindl TK, Geilen W, Hartmann R, et al. Acupuncture against chemotherapy-induced nausea and vomiting in pediatric oncology. Interim results of a multicenter crossover study. *Support Care Cancer* 2006;14:172-6.
57. Evans RC, Rosner AL. Alternatives in cancer pain treatment: the application of chiropractic care. *Semin Oncol Nurs* 2005;21:184-9.
58. Turow VD. Chiropractic for children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:527-8.
59. Shafrir Y, Kaufman BA. Quadriplegia after chiropractic manipulation in an infant with congenital torticollis caused by a spinal cord astrocytoma. *J Pediatr* 1992;120:266-9.
60. Shvartzman P, Abelson A. Complications of chiropractic treatment for back pain. *Postgrad Med* 1988;83:578-61.
61. Clarke DB, Doel MA, Segrott J. No alternative? The regulation and professionalization of complementary and alternative medicine in the United Kingdom. *Health Place* 2004;10:329-38.
62. Thomas K, Coleman P. Use of complementary and alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus survey. *J Public Health (Oxf)* 2004;26:152-7.
63. Saxon DW, Tunnicliff G, Brokaw JJ, Raess BU. Status of complementary and alternative medicine in the osteopathic medical school curriculum. *J Am Osteopath Assoc* 2004;104:121-6.
64. Oberbaum M, Yaniv I, Ben-Gal Y, et al. A randomized, controlled clinical trial of the homeopathic medication TRAUMELL S in the treatment of chemotherapy-induced stomatitis in children undergoing stem cell transplantation. *Cancer* 2001;92:684-90.
65. Kleijnen J, Knipschild P, Ter Riet G: Clinical trials of homeopathy. *Brit Med J* 1991;302:316-23.
66. Linde K, Clausius N, Ramirez G, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo controlled trials. *Lancet* 1997;350:834-43.
67. Riley D, Fischer M, Singh B, Haidvogel M, Heger M. Homeopathy and conventional medicine: An outcomes study comparing effectiveness in a primary care setting. *J Alternat Complement Med* 2001;7:149-59.
68. Steiner R, Wegman I: *Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen*. 9th Ed. Rudolf Steiner Verlag, Dornach;1991.

69. Bettermann H, Von Bonin D, Frühwirth M, Cysarz D, Moser M. Effects of speech therapy with poetry on heart rate rhythmic and cardiorespiratory coordination. *Int J Cardiol* 2002;84:77-88.
70. Kienle GS, Kiene H. *Die Mistle in der Onkologic. Fakten und konzeptionelle Grundlagen.* Schattauer Stuttgart, New York, 2003.
71. Kienle GS, Berrino F, Bussing A, Portalupi E, Rosenzweig S, Kiene H. Mistletoe in cancer- a systematic review on controlled clinical trials. *Eur J Med Res* 2003;8:109-19.
72. Piao BK, Wang YX, Xie GR, et al. Impact of complementary mistletoe extract treatment on quality of life in breast, ovarian and non-small cell lung cancer patients. A prospective randomized controlled clinical trial. *Anticancer Res* 2004;24:303-9.
73. Ostrander GK, Cheng KC, Wolf JC, Wolfe MJ. Shark cartilage, cancer and the growing threat of pseudoscience. *Cancer Res* 2004;64:8485-91.
74. Loprinzi CL, levitt R, Barton DL, et al. Evaluation of shark cartilage in patients with advanced cancer: a North Central Cancer Treatment Group trial. *Cancer* 2005;104:176-82.
75. Miller DR, Anderson GT, Stark JJ, Granick JL, Richardson D. Phase I/II trial of the safety and efficacy of shark cartilage in the treatment of advanced cancer. *J Clin Oncol* 1998;16:3649-55.
76. National Institutes of Health Center for Complementary and Alternative Medicine. Classification of complementary and alternative medical practices. NCCAM Publication No. D156, May 2002. Available at: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/#sup2>. Accessed October 22, 2007.
77. Sencer SF, Kelly KM. Complementary and alternative therapies in pediatric oncology . *Pediatr Clin N Am* 2007;54:1043-60.
78. Post-White J, Sencer S, Fitzgerald M, et al. Complementary therapy use in pediatric cancer. *Oncol Nurs Forum* 2000;27:342-3.
79. Mc Curdy EA, Spangler JG, Wofford MM, et al. Religiosity is associated with the use of complementary medical therapies by pediatric oncology patients. *J Pediatr Hematol Oncol* 2003;25:125-9.
80. Grootenhuis MA, last BF, De Graff-Nijkerk JH, et al. Use of alternative teratment in pediatric oncology. *Cancer Nurs.* 1998;21:282-8.
81. Fletcher PC, Clarke J. The use of complementary and alternative medicine among pediatric patients. *Cancer Nurs.* 2004;27:93-9.
82. Gagnon EM, Recklitis CJ. Parents' decision-making preferences in pediatric oncology: the relationship to health care involvement and complementary therapy use. *Psychooncology.* 2003;12:442-52.
83. Molassiotis A. Cubbin D. "Thinking outside the box": complementary and alternative therapies use in pediatric oncology patients. *Eur J Oncol Nurs.* 2004;8:50-60.
84. Spigelblatt L, Laine-Ammara G, Pless IB, et al. The use of alternative medicine by children. *Pediatrics* 1994;94:811-4.
85. Loman GL. The use of complementary and alternative health care practices among children. *J Pediatr Health Care.* 2003;17:58-63.

86. Nathanson I, Sandler E, Ramirez-Garnica G, Wiltrout SA. Factors Influencing Complementary and Alternative Medicine use in a Multisite Pediatric Oncology Practice. *J Pediatr Hematol Oncol* 2007;29:705-8.
87. Gomez-Martinez R, Tlacuilo-Parra A, Garibaldi-Covarrubias R. Use of Complementary and Alternative Medicine in Children with Cancer in Occidental, Mexico. *Pediatr Blood Cancer* 2007;49:820-3.
88. Lim J, Wong M, Chan Yoke M, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine in Pediatric Oncology Patients in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2006;35:753-8.
89. Kemper KJ. Shark cartilage, cat's claw and other complementary cancer therapies. *Contemp Pediatr*. 1999;16:101-26.
90. Malik IA, Khan W. Use of unconventional methods of therapy by cancer patients in Pakistan. *Eur J Epidemiol* 2000;16:155-60.
91. Tarhan O. Erişkin kanser hastalarında komplementer-alternatif tedavi kullanımı ve bu kullanıma etki eden faktörlerin değerlendirilmesi (Medikal Onkoloji Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi: 2004
92. Marchetti S, Mazzanti R, Beijnen JH, Schelleus JH. Concise Review: Clinical Relevance of Drug-Drug and Her-Drug Interactions Mediated by the ABC Transporter ABCB1 (MDR1, P-glycoprotein). *Oncologist* 2007;12:927-41.
93. Ernst E. Herbal medicines for children. *Clin Pediatr*. 2003;42:193-6.
94. Ernst E. Serious adverse effects of unconventional therapies for children and adolescents: a systematic review of recent evidence. *Eur J Pediatr*. 2003;162:72-80.
95. Mathijssen RH, Verweij J, De Bruijn P, et al. Effects of St. John's wort on irinotecan metabolism. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:1247-9.
96. Cassileth BR, Chapman CC. Alternative and complementary cancer therapies. *Cancer* 1996;77:1026-34.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık tezimi sunarken, başta Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ünsal GÜNAY olmak üzere Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde geçen öğrencilik ve asistanlık dönemlerimde eğitimime katkıda bulunan tüm değerli öğretim üyesi hocalarıma,

Tez çalışmamın her aşamasında bana destek olan ve yol gösteren değerli hocam Doç. Dr. Betül Sevinir ve Uzm. Dr. Metin Demirkaya'ya

Verilerin toplanması sırasında yardımcı olan Çocuk Onkoloji Polikliniği'nde çalışan asistan arkadaşlarıma ve poliklinik çalışanlarına,

Tıbbiye hayatımın ilk gününden beri bana her türlü desteğini esirgemeyen çok değerli arkadaşım Dr. Kadri Kamber'e,

Asistanlık süresi boyunca üzüntülü ve sevinçli anlarımda yanımda olan uzman ve asistan arkadaşlarıma,

Hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen aileme,

Hayatıma anlam katan, her daim yanımda olan hayat arkadaşım Sevgili Eşim Dr. Zuhâl KARALI' ya

Teşekkürü borç bilirim.

ÖZGEÇMİŞ

22 Mart 1978 yılında İstanbul'da doğdum. İlkokul öğrenimini 1983 yılında İzmir İbrahim Kavur İlkokulu'nda başladıktan sonra 1988 yılında Denizli Cumhuriyet İlkokulu'nda tamamladım. Ortaokulu 1991 yılında Denizli Merkez Ortaokulunda bitirdim. 1991-1994 yılları arasında Gaziantep Fen Lisesinde lise öğrenimimi tamamladım. 1995 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesini kazanarak tıp öğrenimime başladım. 2001 yılında tıp fakültesinden mezun oldum. 2002 yılında 7 ay süresince Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı'nda asistanlık yaptım. 2002 Eylül TUS'unda Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ihtisasını kazandım. Şubat 2003 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan olarak uzmanlık eğitimime başladım. 2006 yılında evlendim.