

**T.C**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği**  
**Anabilim Dalı**

**PEDİATRİK ONKOLOJİ HASTALARINDA  
SEMPTOMLARA YÖNELİK KULLANILAN  
TAMAMLAYICI SAĞLIK YAKLAŞIMLARI**

**Duygu YILDIZ KEMER**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Antalya, 2015**

**T.C**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği**  
**Anabilim Dalı**

**PEDİATRİK ONKOLOJİ HASTALARINDA**  
**SEMPTOMLARA YÖNELİK KULLANILAN**  
**TAMAMLAYICI SAĞLIK YAKLAŞIMLARI**

**Duygu YILDIZ KEMER**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ**

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi Tarafından Desteklenmiştir (Proje no: 2014.02.0122.011)

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanabilir”

**Antalya, 2015**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;**  
Bu çalışma jürimiz tarafından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. 26 Mayıs 2015

**Tez Danışmanı** : **Doç. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ**  
Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D

**Üye** : **Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM**  
Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği A.D

**Üye** : **Prof. Dr. Emine EFE**  
Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D

**Üye** : **Prof. Dr. Elif GÜLER**  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D

**Üye** : **Doç. Dr. Hicran BEKTAŞ**  
Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
İç Hastalıkları Hemşireliği A.D

**ONAY:**

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... Tarih ve ..../..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. İsmail ÜSTÜNEL**

**Enstitü Müdürü**

## ÖZET

Bu çalışma, pediatrik onkoloji hastalarında semptomlara yönelik kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını, olumlu-olumsuz etkilerini ve kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri dikkate alınarak oluşturulan üç form ile elde edilmiştir. Bu formlar; çocuk ve aileyi tanıtan bilgilerden oluşan anket formu, ebeveynlerin çocuklarında sık görülen semptomlara yönelik kullandıkları tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını, kullanım miktarı/sıklığını, yan etkisi olup olmadığını ve bu yaklaşımları sağlık personeli ile paylaşma durumlarını içeren ebeveyn veri formu ve 7 yaş üzerindeki çocukların semptomlara yönelik kendi uyguladıkları yaklaşımları belirlemeye yönelik hazırlanan veri formudur. Araştırmanın verileri Mart- Kasım 2014 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi ve Ege Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Kliniği ve Polikliniği'nde, 156 çocuğun ebeveynleri ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veriler sayı/yüzde dağılımları ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %99.4'ü tamamlayıcı sağlık yaklaşımları yöntemlerinden en az birini çocukları için kullanmaktadır. Ebeveynlerin çocukları için tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarından; zihin-beden uygulamaları (%96.8), beslenme destekleri (%73.1) ve doğal/bitkisel ürünleri (%44.2) kullandıkları saptanmıştır. Bu çalışmada ebeveynler tarafından sık kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları arasında; dua etme (%96.8), adak/kurban kesme (%50.6), keçiyoynuzu pekmezi (%27.6), üzüm pekmezi (%22.4) ve masaj (%22.4) yer almıştır. 42 ebeveyn nötropeni ve 1 ebeveyn de çocuklarında gelişen ağız yarası semptomunu gidermek için keçiyoynuzu pekmezini kullandığını, toplam 35 ebeveyn; ağrı (n=34) ve sinirlilik (n=1) semptomunu gidermek için çocuğuna masaj uyguladığını, 32 ebeveyn nötropeni, birer ebeveyn de ağız yarası, iştahsızlık ve halsizlik semptomunu gidermek için üzüm pekmezi kullandığını ifade etmiştir. Ebeveynler çocuğun bağışıklık sistemini güçlendirme (%61.3), tedavisi için elinden gelen her şeyi yapma (%38.1) ve ilaçların/radyoterapinin yan etkilerini önleme (%25.8) gibi nedenlerle tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullandıklarını belirtmişlerdir. Ebeveynlerin tamamı tamamlayıcı sağlık yaklaşım yöntemlerini kullanımına bağlı herhangi bir yan etki yaşamamıştır. Aile yapısı, ekonomik durumu, ailede aynı hastalığa sahip olma durumu, annenin yaş grubu ve annenin eğitim durumu ile tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Pediatrik onkoloji hastalarında tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının kullanımının hızla arttığı görülmektedir. Hemşire, çocuk ve ailesi ile en yakın ve en sık iletişim kuran sağlık ekibi üyesidir. Kanser tanısı alan çocuk ve ailesine bakım veren hemşireler, kanıtı olmayan ya da zarar verme potansiyeli olan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları konusunda ebeveynleri bilgilendirip, tıbbi tedaviyi destekleyen yaklaşımlara teşvik etmelidirler.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Çocuk, Tamamlayıcı sağlık yaklaşımı, Hemşire

## ABSTRACT

This study was conducted to determine the complementary health approaches used for the symptoms in pediatric oncology patients, their positive-negative effects and the factors that influence their usage. The research data were obtained by considering three forms of literature created by researchers. These forms; the questionnaire consists of children and information that identifies the family, parents of complementary health approaches they use for common symptoms in children, the use quantity/frequency, whether the side effects and and health professionals to share their status with this approach including parental data form, 7 for children over the age is the data forms of symptom prepared in order to determine their own approach applied. The research data were collected through the method of face-to-face interview with the parents of 156 children in the Pediatric Oncology Clinic and Pediatric Oncology Polyclinic of Akdeniz University Hospital and Ege University Medical Faculty Hospital between March and November 2014. The data were evaluated with number/percentage distributions and the chi-square test.

99.4% of the parents that participated in the research were using at least one of the complementary health approaches for their children. It was discovered that the parents used mind-body practices (96.8%), nutritional supplements (73.1%) and natural/herbal products (44.2%) among the complementary health approaches for their children. In this study, praying (96.8%), vowing/sacrificing animals (50.6%), carob molasses (27.6%), grape molasses (22.4%) and massage (22.4%) were among the complementary health approaches frequently used by the parents. 42 parents neutropenia and one parent also uses the carob molasses to eliminate the symptoms seen in children with mouth sores that, a total of 35 parents; pain (n=34) and irritability (n=1) is applied the child massage to eliminate the symptoms, 32 parents neutropenia, a parent in the mouth sores, loss of appetite and grape molasses used to eliminate the symptoms of weakness that. Parents stated that they used complementary health approaches due to reasons such as strengthening the immune system of their children (61.3%), doing their best for their treatment (38.1) and preventing the side effects of the drugs/radiotherapy (25.8%). None of the parents experienced any side effects based on the usage of the complementary health approaches. No statistically significant relationships were found between the family structure, economic status, the status of having the same disease within the family, age group of the mother and educational status of the mother and the usage of complementary health approaches ( $p>0.05$ ).

It is seen that complementary health approaches on pediatric oncology patients are increasing rapidly. A nurse is a member of the healthcare team who communicate with child and his/her parents in the closest and most frequent way. Nurses serving children with diagnosis leukaemia and their parents should inform parents about complementary health approaches which have no evidence and is potentially harmful and encourage them to approaches supportive to medical treatment.

**Key Words:** Cancer, Child, Complementary health approach, Nurse

## TEŞEKKÜR

Tüm yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olan, beni destekleyen, bilgi, hoşgörü, sabır ve emeğini benden esirgemeyen, öğrencisi olmaktan onur ve mutluluk duyduğum değerli hocam Doç. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince gelişimimde önemli katkısı olan değerli hocam Prof. Dr. Emine EFE'ye,

Araştırmanın veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Elif GÜLER ve poliklinik sorumlu hemşiresi Hayriye BAŞER'e, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Savaş KANSOY ve anabilim dalı sekreteri Beyhan DEMİR'e,

Araştırmanın istatistiksel analizinin yürütülmesinde değerli katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Hakan GÜLKESEN'e,

Araştırmanın her aşamasında yardımları için Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına,

Araştırmayı kabul eden tüm çocuklar ve değerli ailelerine,

Her zaman ve her koşulda yanımda olan, emek veren, sevgi ve desteğini hiç esirgemeyen canım babam ve aileme,

Yüksek lisans eğitimim ve hayatımın her aşamasında yanımda olan, sevgi ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli eşim Emrah KEMER'e sonsuz teşekkürler...

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa
<b>ÖZET</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>v</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ</b>	<b>vii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b>	<b>xi</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	<b>xii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>xiii</b>
<b>GİRİŞ</b>	
<b>1.1</b> Problemin Tanımı ve Önemi	<b>1</b>
<b>1.2</b> Araştırmanın Amacı	<b>3</b>
<b>1.3</b> Araştırmanın Soruları	<b>3</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b>	
<b>2.1.</b> Kanser	<b>5</b>
<b>2.2.</b> Dünyada ve Türkiye’de Çocukluk Çağı Kanser Epidemiyolojisi	<b>5</b>
<b>2.3.</b> Uluslararası Çocuk Kanserleri Sınıflaması	<b>6</b>
<b>2.3.1.</b> Lösemiler	<b>7</b>
<b>2.3.2.</b> Lenfomalar	<b>7</b>
<b>2.3.3.</b> Beyin ve Spinal Kanal Tümörleri	<b>7</b>
<b>2.3.4.</b> Sempatik Sistem Tümörleri	<b>8</b>
<b>2.3.5.</b> Retinoblastoma	<b>8</b>
<b>2.3.6.</b> Böbrek Tümörleri	<b>8</b>
<b>2.3.7.</b> Karaciğer Tümörleri	<b>9</b>

2.3.8.	Kemik Tümörleri	9
2.3.9.	Yumuşak Doku Sarkomları	9
2.3.10.	Gonad ve Germ Hücreli Tümörler	9
2.3.11.	Epitelyal Tümörler	10
2.4.	Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tanı	10
2.5.	Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tedavi Yöntemleri	10
2.5.1.	Kemoterapi	11
2.5.1.1.	Kemoterapiye Bağlı Sık Görülen Semptomlar	11
2.5.2.	Radyoterapi	15
2.5.3.	Cerrahi Tedavi	16
2.5.4.	Biyoterapi	16
2.5.5.	Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu	16
2.6.	Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları	17
2.7.	Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Tarihsel Gelişimi	17
2.8.	Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Sınıflandırılması	17
2.8.1.	Doğal Ürünler	18
2.8.1.1.	Bitkisel Ürünler	18
2.8.1.2.	Beslenme Destekleri	18
2.8.2.	Zihin-Beden Uygulamaları	19
2.8.2.1.	Akupunktur	19
2.8.2.2.	Masaj	19
2.8.2.3.	Meditasyon	19
2.8.2.4.	Gevşeme teknikleri	20
2.8.2.5.	Yoga	20
2.8.2.6.	Aromaterapi	21
2.8.2.7.	Geleneksel Çin Tıbbı	21
2.8.2.8.	Müzik Terapi	21
2.8.2.9.	Reiki	22
2.8.2.10.	Terapötik Dokunma	23
2.8.2.11.	Biyoenerji	23
2.8.2.12.	Alexander Tekniği	24
2.8.2.13.	Homeopati	24



<b>2.9.</b>	Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımı	<b>25</b>
<b>2.9.1.</b>	Dünyada Çocuklarda ve Çocuk Kanser Hastalarında Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımı	<b>25</b>
<b>2.9.2.</b>	Türkiye’de Çocuklarda ve Çocuk Kanser Hastalarında Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımı	<b>26</b>
<b>2.10.</b>	Ebeveynlerin Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Kullanım Nedenleri	<b>27</b>
<b>2.11.</b>	Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Kullanım Nedenlerini Etkileyen Faktörler	<b>28</b>
<b>2.12.</b>	Çocuklarda Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Kullanımının Yan Etkileri	<b>28</b>
<b>2.13.</b>	Hemşirelik Bakımında Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Yeri ve Önemi	<b>30</b>

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

<b>3.1.</b>	Araştırmanın Şekli	<b>32</b>
<b>3.2.</b>	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	<b>32</b>
<b>3.3.</b>	Araştırmanın Evreni	<b>32</b>
<b>3.4.</b>	Araştırmanın Örnekleme	<b>32</b>
<b>3.5.</b>	Araştırmanın Değişkenleri	<b>32</b>
<b>3.6.</b>	Veri Toplama Araçları	<b>33</b>
<b>3.6.1.</b>	Anket Formu	<b>33</b>
<b>3.6.2.</b>	Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Ebeveyn Veri Formu	<b>33</b>
<b>3.6.3.</b>	Çocukların Semptomlara Yönelik Uyguladıkları Yaklaşımlar Veri Formu	<b>33</b>
<b>3.7.</b>	Araştırmanın Ön Uygulaması	<b>34</b>
<b>3.8.</b>	Araştırma Verilerinin Toplanması	<b>34</b>
<b>3.9.</b>	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	<b>34</b>
<b>3.10.</b>	Araştırmanın Sınırlılıkları	<b>34</b>
<b>3.11.</b>	Araştırmanın Etiği	<b>34</b>

<b>BULGULAR</b>	<b>35</b>
<b>TARTIŞMA</b>	<b>57</b>
<b>SONUÇLAR</b>	<b>67</b>
<b>ÖNERİLER</b>	<b>68</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>69</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>86</b>
<b>EKLER</b>	<b>87</b>
<b>EK I.</b>	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı
<b>EK II.</b>	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı
<b>EK III.</b>	Ege Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı
<b>EK IV.</b>	Aydınlatılmış Onam Formu
<b>EK V.</b>	Anket/Soru Formu
<b>EK VI.</b>	Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Ebeveyn Veri Formu
<b>EK VII.</b>	Çocukların Semptomlara Yönelik Uyguladıkları Yaklaşımlar Veri Formu

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>TAT</b>	:	Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
<b>TSY</b>	:	Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları
<b>NCCIH</b>	:	Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health)
<b>DSÖ</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>MNS</b>	:	Mutlak Nötrofil Sayısı
<b>DNA</b>	:	Deoksiribonükleik Asit
<b>ALL</b>	:	Akut Lenfoblastik Lösemi
<b>AML</b>	:	Akut Myeloblastik Lösemi
<b>BUN</b>	:	Kan Üre Nitrojen Testi

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa
4.1.	Ebeveynler tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımı oranlarının dağılımı	38
4.2.	Ebeveynler tarafından sık kullanılan doğal/bitkisel ürünlerin dağılımı	40
4.3.	Ebeveynler tarafından sık kullanılan beslenme destek ürünlerinin dağılımı	42
4.4.	Ebeveynler tarafından sık uygulanan zihin/beden uygulamalarının dağılımı	44
4.5.	Ebeveynlerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını öğrendiği bilgi kaynakları	48

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>4.1.</b> Araştırmaya katılan çocukların özelliklerinin dağılımı	<b>35</b>
<b>4.2.</b> Araştırmaya katılan çocukların sahip olduğu hastalıkların tanı sınıflaması	<b>36</b>
<b>4.3.</b> Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri	<b>37</b>
<b>4.4.</b> Ebeveynler tarafından çocuklarda görülen semptomlara yönelik uygulanan doğal/bitkisel ürünler	<b>39</b>
<b>4.5.</b> Ebeveynler tarafından çocuklarda görülen semptomlara yönelik uygulanan beslenme destekleri	<b>41</b>
<b>4.6.</b> Ebeveynler tarafından çocuklarda görülen semptomlara yönelik uygulanan zihin-beden uygulamaları	<b>43</b>
<b>4.7.</b> Ebeveynler tarafından sık uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları (Akdeniz Üniversitesi Hastanesi)	<b>45</b>
<b>4.8.</b> Ebeveynler tarafından sık uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi)	<b>46</b>
<b>4.9.</b> Ebeveynler tarafından sık uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları	<b>47</b>
<b>4.10.</b> Ebeveynlerin çocukları için tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanma nedenleri	<b>48</b>
<b>4.11.</b> Ebeveynlerin kullandıkları bitkisel ürünlerin kullanım miktarları ve sıklıkları	<b>49</b>
<b>4.12.</b> Ebeveynlerin kullandıkları beslenme desteklerinin kullanım miktarları ve sıklıkları	<b>50</b>
<b>4.13.</b> Ebeveynler tarafından uygulanan doğal/bitkisel ürünlere yönelik yan etki gelişme ve sağlık personeli ile paylaşma durumları	<b>51</b>
<b>4.14.</b> Ebeveynler tarafından uygulanan beslenme desteklerine yönelik yan etki gelişme ve sağlık personeli ile paylaşma durumları	<b>52</b>
<b>4.15.</b> Ebeveynler tarafından uygulanan zihin beden uygulamalarına yönelik yan etki ve sağlık personeli ile paylaşma durumları	<b>53</b>

<b>4.16.</b> Ebeveynlerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımını etkileyen faktörler	<b>54</b>
<b>4.17.</b> Çocuklar tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları	<b>55</b>
<b>4.18.</b> Çocuklar tarafından semptomlara yönelik uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları	<b>56</b>

## GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan çocukluk çağı kanserleri, yıllara göre artış göstermektedir. Ölüm nedenleri arasında Dünya’da ikinci ülkemizde ise dördüncü sırada yer almaktadır (1,2). Dünyada her yıl 160000 çocuk, yeni kanser tanısı almaktadır. Türkiye’de Türk Pediatrik Onkoloji ve Türk Pediatrik Hematoloji Dernekleri’nin kayıtlarına göre; 2002-2009 yılları arasında 12087, 2009-2011 yılları arasında ise 4042 yeni çocuk kanser vakası bildirilmektedir (3).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) kullanımının tüm dünya genelinde giderek artış gösterdiği (4-10), özellikle kemoterapinin yan etkilerine bağlı ortaya çıkan semptomları azaltmaya yönelik uygulamalarda artış olduğu bilinmektedir (11). Kanser hastası yetişkinlerle yapılan çalışmalarda TAT kullanım oranı %22-84 arasında değişmektedir (12-17). Kanser hastalığı olan çocuklarda TAT kullanım sıklığını araştıran sınırlı sayıda araştırmada ise bu oranın %24-90 arasında olduğu belirtilmiştir (18). Çocuk kanser hastalarında %12.4-90 oranında en az bir çeşit tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanıldığı bildirilmektedir (6, 19-35). Türkiye’de çocuk kanser hastalarında TAT kullanım oranının; %40-97.3 arasında olduğu belirtilmektedir (36-41).

Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), tamamlayıcı tedaviyi genel olarak geleneksel ilaç tedavisi ile birlikte kullanılan yaklaşım, alternatif tedaviyi ise geleneksel tıp yerine kullanılan bir yaklaşım olarak tanımlamıştır. Bu konu ile ilgili olarak çeşitli kaynaklarda “tamamlayıcı ve alternatif tıp”, “tamamlayıcı tıp”, “alternatif tıp” ve “integrative (bütünleştirici) tıp” gibi kavramlar kullanılmaktadır. NCCIH tüm bu kavramlar yerine son yıllarda “tamamlayıcı sağlık yaklaşımları” (complementary health approaches) ifadesini tercih etmektedir. Bu çalışmada da “tamamlayıcı sağlık yaklaşımları (TSY)” ifadesi kullanılmıştır. NCCIH, tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını doğal ürünler ve zihin/beden uygulamaları olarak iki alt grupta ele almıştır. Doğal ürünler; bitkiler, vitaminler, mineraller ve probiyotikler gibi beslenme desteklerini, zihin ve beden uygulamaları ise; akupunktur, masaj terapisi, meditasyon, gevşeme teknikleri gibi uygulamaları içermektedir (42).

Laengler ve arkadaşları (23) Almanya’da yaptıkları çalışmada kanser hastası çocuğu olan ebeveynlerin %35’inin TAT kullandığını, sıklıkla homeopati, diyet ve ökseotu gibi tedavi yöntemlerini tercih ettiklerini ve ailelerin %89’unun TAT kullanımını tavsiye ettiklerini belirlemişlerdir. Karadeniz ve arkadaşları (36) çalışmalarında, çocuğunun kanser tedavisi için ebeveynlerin %71.4’ünün birinci sırada bitkisel tedavi (ısırgan otu, anzer balı) yöntemlerini, %40’ının ise ikinci sırada dini tedavi yöntemlerini uyguladıklarını saptamışlardır. Ayrıca bu çalışmada

geleneksel tedaviye yüksek düzeyde güvenen ebeveynler de tamamlayıcı tedavilerin zararsız olduğuna inanmakta ve bu nedenle denemeye değer bulmaktadırlar. Genç ve arkadaşları (38), ebeveynlerin TAT'a başvurma nedenleri arasında; immün sistemin güçlendirilmesi (%60), kanın temizlenmesi (%20) ve hastalığın tedavi edilmesi (%12) gibi faktörlerin yer aldığını belirlemişlerdir. Gözüm ve arkadaşları (37) yaptıkları çalışmada kanser hastası çocuğu olan ebeveynlerin; çocuklarının geleneksel tedavisinden memnuniyetsizlik (%17), tedavinin yan etkilerden korkma (%14.8) gibi nedenlerle TAT kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada en sık kullanılan yöntem olarak (%90.7) ısırgan otunun kullanıldığı saptanmış ve ebeveynlerin çoğunluğunun (%72.1) TAT kullanımını ile ilgili hemşire ya da doktora bilgi vermediği saptanmıştır.

Çocukların tedavisinde TAT kullanımının yaygınlaşması ile birlikte bu tür tedavilere bağlı yan etkilerde artış görülmektedir (21,27,43). TAT ürünlerinin yanlış adlandırılması, kontrolünün yeterince yapılmaması ve hastalığa yönelik kullanılan ilaçlarla etkileşme gibi nedenlerle alerjik ve toksik çeşitli sistemik yan etkiler gelişebilmektedir (44). Bununla birlikte tamamlayıcı ve alternatif tedavilerde yarar-zarar değerlendirmesi, bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı ve bilginin eksik olması nedeni ile zordur (45). Bu durum çocuk sağlığı açısından önemli bir risk taşımaktadır. Çocuklar ilaç ve maddelerin emilimi, yıkımı, metabolizması ve atılımı konusunda yetişkinlerden farklıdır. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları fizyolojik olarak immatür olduğu için ilaç ya da maddelerden daha fazla etkilenirler. Bu nedenle çocuklarda yan etkiler daha şiddetli ve ölümcül olabilir (46). En çok bitkisel tedavilere bağlı yan etkiler görüldüğü, ayrıca bitkisel ürünlerin, kullanılan ilaçlar ile etkileşime girmeleri çok ciddi sorunlara neden olduğu bildirilmektedir. Literatürde iki kanser hastası çocukta kanseri tedavi etmek için köpek balığı kıkırdağı ve diyet kullanılması sonucu tümörün ilerlemesi (47), ada çayının yanlış kullanımına bağlı yenidoğanlarda konvülsiyon görüldüğü (48), papatya çayına bağlı anafilaktik reaksiyon geliştiği vakaları bildirilmiştir (49). Diğer TAT yöntemlerine bağlı yan etkiler de gelişebilmektedir. Akupunktur tedavisine bağlı doku yaralanması ve enfeksiyon (özellikle hepatit) gibi yan etkiler bildirilmiştir (44,50). TAT yöntemlerinin tıbbi tedaviyi geciktirme, tıbbi tedaviyi bırakma ya da reddetme, gereksiz harcamalar, başarısızlık ve suçluluk duygusu gibi dolaylı yan etkileri de vardır (51).

Tedavi amacıyla klinikte yatan çocukların büyük çoğunluğu kemoterapi ve radyoterapi almaktadır. Bu tedavilerin neoplazmik hücrelerin yanı sıra hızlı bölünme özelliği gösteren normal hücrelere de etki göstermeleri sonucunda istenmeyen semptomlar ortaya çıkmaktadır. En çok karşılaşılan semptomlar; saç dökülmesi, mukozit, diyare, konstipasyon, bulantı-kusma, iştahsızlık, tat değişikliği, halsizlik/yorgunluk, nötropeni, uykusuzluk, kaygı/sinirlilik, iče kapanma ve ağrıdır (3,2,41,52). Ebeveynler uygulanan konvansiyonel tedavinin karmaşıklığı ya da belirsizliği nedeni ile kendilerini engellenmiş hissetmektedirler. Bu durumda daha iyi kontrol edebildikleri ve karar vermeye aktif olarak katılabildikleri yeni tedavi yöntemlerinin arayışı içine girmektedirler (51). Literatürde ebeveynlerin TAT kullanma nedenleri arasında; TAT yöntemlerinin etkin ve güvenilir olduğunu düşünme, TAT'ın tinsel boyutunun olması, ebeveynlerde tedavi üzerinde kontrol hissini oluşturması, tedavi yöntemlerinin çoğunluğunun noninvaziv olması, tıbbi



sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik, tıbbi tedavilerin yan etkilerinden korkma ve ümitsizlik gibi nedenler yer almaktadır (7,53,54).

Kanser yönetiminde tıbbi tedavinin yanı sıra ebeveynler tarafından kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının belirlenmesi, hastalığın tedavisi ve hemşirelik bakımını yönlendirmesi açısından oldukça önemlidir. Hemşire bir bütün olarak çocuk ve ailesinin kültürel yapısı, değerleri, inançları, kültürel uygulamaları ve kullandıkları herhangi bir tamamlayıcı sağlık yaklaşımı olup olmadığını değerlendirerek bakımı planlamalıdır. TSY uygulanırken mutlaka mesleki sorumluluk göz önünde bulundurulmalı, yarar zarar ilişkisi gözden geçirilmeli ve çocuk için en uygun kararın verilmesi sağlanmalıdır. Kanser tanısı alan çocuk ve ailesine bakım veren hemşireler, kanıtı olmayan ya da zarar verme potansiyeli olan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları konusunda ebeveynleri bilgilendirip, tıbbi tedaviyi destekleyen yaklaşımlara teşvik edebilirler. Hemşire, çocuk ve ailesi ile en yakın iletişim kuran sağlık ekibi üyesi olma özelliği ile toplumda hızla gelişen tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının farkında olmalı, bu konuda bilgi birikimlerini artırmalı ve güncelleştirilmelidir.

Literatürde pediatrik onkoloji hastalarında kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları genel olarak ele alınmış, semptomlara yönelik kullanılan yaklaşımlar ayrıca belirtilmemiştir. Bu çalışmada çocuklarda gelişen her bir semptomu yönelik ebeveynler tarafından kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları belirlenmiş olacaktır. Böylece ebeveynlerin en çok hangi semptomu yönelik tamamlayıcı sağlık yaklaşımına başvurdukları ve bu yaklaşıma özgü ebeveynlerin ifade ettiği etki ve yan etkiler de belirlenmiş olacaktır. Ayrıca bu çalışmada çocukların kendini iyi hissetmek ya da semptomlarla baş etmek için uyguladıkları herhangi bir yaklaşım olup olmadığı da belirlenmiş olacaktır.

Bu çalışmanın amacı pediatrik onkoloji hastalarında semptomlara yönelik kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını, olumlu-olumsuz etkilerini ve kullanımını etkileyen faktörleri belirlemektir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, pediatrik onkoloji hastalarında semptomlara yönelik kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını, olumlu-olumsuz etkilerini ve kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

**1.** Pediatrik onkoloji hastalarında tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının kullanım oranı nedir?

**2.** Pediatrik onkoloji hastalarında, hastalığın semptomlarına yönelik kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları nelerdir?

**3.** Pediatrik onkoloji hastalarında tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının kullanımını etkileyen faktörler nelerdir?

4. Ebeveynlerin ifadelerine göre çocukları için kullandıkları tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının olumlu etkileri nelerdir?

5. Ebeveynlerin ifadelerine göre çocukları için kullandıkları tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının olumsuz etkileri nelerdir?

6. Çocukların kendilerini iyi hissetmek ya da hastalığın semptomları ile baş etmek için uyguladıkları tamamlayıcı sağlık yaklaşımları nelerdir?

## GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kanser

“Kanser” vücudun herhangi bir bölümünü etkileyen, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve çoğalması olarak tanımlanmaktadır (55). Dünyada bildirilmesi zorunlu hastalıklar arasında yer alan kanser, bilimin ilerlemesi ile kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute 2012) tarafından kanser; anormal bir yapıya sahip olan bir hücre grubunun kontrolsüz bir şekilde büyüüp, kan dolaşımı ve lenf sistemine katılıp diğer organlara yayılabilme özelliği gösterebilen doku kitlesi olarak tanımlanmıştır (56).

Çocuklarda görülen kanserler, yetişkinlerde görülen kanser türlerinden oldukça farklıdır (57). Amerikan Kanser Topluluğu (2011), çocukluk çağı kanserlerinin sıklıkla hücrelerdeki Deoksiribonükleik Asit (DNA) değişikliklerinin sonucunda oluştuğunu ve yaşamın çok erken döneminde, bazen neredeyse doğumdan önce ortaya çıktığını belirtmektedir. Yetişkinlerdeki birçok kanser türü, yaygın risk faktörlerinden kaçınıldığı zaman önlenemediği halde çocukluk çağı kanserleri belirgin şekilde yaşam biçimi ya da çevresel risk faktörleriyle ilişkili değildir (55,57).

### 2.2. Dünyada ve Türkiye’de Çocukluk Çağı Kanser Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı kanserleri günümüzün en önemli sağlık sorunlarından. Dünyada her yıl 160000 çocuk yeni kanser tanısı almaktadır (3). Çocukluk çağı kanserlerinin yıllık insidansı milyonda Kıbrıs (170.0), İsrail (Yahudi 133.3), İsrail (Arap 119.9) (Mısır 130.9), Ürdün (114.8), İtalya (158.0), İspanya (137.9), Fransa (135.6) ve Türkiye’de (115.6) olarak bildirilmiştir. İnsidans Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri’nde sırası ile milyonda 130.9 ve 153.3’dür (58). Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü Pediatrik Kanser Raporu’na göre, 2011 yılında Amerika’da yenidoğan ve 15 yaşından küçük hasta çocuklar arasında yaklaşık 11200 yeni kanser vakasına rastlanmıştır (59). Lösemiler, beyin ve diğer santral sinir sistemi tümörleri çocukluk çağı kanserlerinin majör tipleri arasında sayılmakta, yeni vakaların yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Elde edilen son verilere göre, çocukluk çağı kanser oranlarında hafif bir artış olmuştur (57,59).

1970’li yıllarda kanserli çocuklar için beklenen 5 yıllık yaşam süresi %50’den daha az iken, çocuklarda görülen kanserlerin insidansı geçtiğimiz 30 yıla göre yavaşça yükselmekle birlikte, günümüzde birçok çocukluk çağı kanseri için belirlenen mortalite hızı azalmaktadır (59). Amerikan Kanser Topluluğu tarafından, tanı ve tedavi yöntemlerindeki büyük ilerlemelere bağlı olarak son 10 yılda, kanserli çocukların %80’inde beklenen yaşam süresinin 5 yıl ve daha fazla olduğu belirtilmektedir (57).

Çocuklarda kanser erişkinlere kıyasla çok daha nadir olup, tüm kanserlerin %0.5’i 15 yaşından küçük çocuklarda görülmektedir. Çocuklarda kanser görülme

sıklığı 15 yaş altında milyonda 110-150 arasındadır. Bununla birlikte, tedavi başarısının yüksekliği ve çocukların önündeki beklenen yaşam süresinin uzunluğu erken ve etkin tedaviyi, en iyi hizmete erişimi, yaşam kalitesini, psikososyal yaklaşımı daha da önemli hale getirir. Amerika Birleşik Devletleri ve birçok gelişmiş ülkede çocuklarda en yaygın ikinci ölüm nedeni olan kanser, ülkemizde ilk dört sıra içinde yer almaktadır (1,2).

Ülkemizde önceki yıllarda büyük merkezlerden rakamlarının birleştirilmesi yoluyla ve Sağlık Bakanlığı kanser kayıtları yoluyla çocukluk kanserlerinin dağılımı hakkında fikir edinilmekte iken, 2002 yılından itibaren Türk Pediatrik Onkoloji grubunun başlatmış olduğu, Pediatrik Tümör kayıtları önemli bir aşama olmuştur. 2005 yılından itibaren Türk Pediatrik Onkoloji Grubu ve Türk Pediatrik Hematoloji Derneği, çocukluk çağı kanser kayıtlarını birlikte tutmaya başlamıştır. Önümüzdeki yıllarda bu kayıt sistemi, çocukluk kanserlerinin dağılımı ve yaşam hızları konusunda ülkemiz için önemli bir veri tabanı oluşturacaktır. Türkiye’de Türk Pediatrik Onkoloji ve Türk Pediatrik Hematoloji Dernekleri’nin kayıtlarına göre; 2002-2009 yılları arasında 12087 yeni çocuk kanser vakası, 2009-2012 yılları arasında ise 8026 yeni çocuk kanser vakası kaydı yapılmıştır (3).

Uluslar arası çocukluk çağı kanser sınıflamasına göre Türkiye’de 2009-2012 yıllarında Türk Pediatrik Onkoloji ve Türk Pediatrik Hematoloji Dernekleri’nin kayıtlarına göre; lösemiler %29.34, lenfomalar ve retikuloendotelyal neoplazmlar %18.75, santral sinir sistemi ve çeşitli intrakranial ve intraspinal neoplazmlar %12.52, sempatik sinir sistemi tümörleri %7.48, yumuşak doku sarkomları %7.33, kemik tümörleri %6.52, gonad ve germ hücreli tümörler %5.73, renal tümörleri %4.98, epitelya tümörler %2.88, retinoblastoma %2.70, karaciğer tümörleri %1.45 ve diğer belirtilmemiş malign neoplazmlar %0.32 oranında görülmektedir (60).

### **2.3. Uluslararası Çocuk Kanserleri Sınıflaması**

Çocukluk çağı kanserleri genellikle, 15 yaş öncesinde ortaya çıkan tüm kanserleri kapsamaktadır (61). Uluslararası çocuk kanserleri sınıflamasına göre çocuk kanserleri 12 ana grup altında incelenirler (62,63). Lösemi, sinir sistemi tümörleri, lenfomalar en sık görülen tipleridir. Çocuklarda embriyonik tümörler sık görülürken, erişkin tümörlerinde ise karsinomlar sık görülür. Genetik köken çocukluklarda erişkinlerden daha belirgindir. Kromozomal bozukluklar, immün yetmezlikler, nörofibromatozis yatkınlık yaratan durumlardan bazılarıdır. Diğer taraftan, atom bombasına maruz kalanlar, Çernobil gibi nükleer kazalar başta tiroid kanserleri ve lösemiler olmak üzere kanser sıklığını artırmaktadır (1).

Uluslararası çocukluk çağı kanser sınıflamasına göre 12 major tanı grubu şu şekildedir (62,63):

1. Lösemiler
2. Lenfomalar
3. Beyin ve spinal kanal tümörleri
4. Sempatik sistem tümörleri
5. Retinoblastoma
6. Böbrek tümörleri
7. Karaciğer tümörleri

8. Kemik tümörleri
9. Yumuşak doku sarkomları
10. Gonad ve germ hücreli tümörler
11. Epitelyal tümörler
12. Diğer malign neoplazmlar

### 2.3.1. Lösemiler

Uluslararası çocukluk çağı kanser sınıflaması ve Amerikan Kanser Topluluğu kayıtlarına göre, lösemiler en yaygın çocukluk çağı kanserleridir ve tüm çocukluk çağı kanserlerinin %34'ünü oluşturmaktadır (57,64). Çocukluk çağı akut lösemileri, çocukluk çağı habis hastalıkları arasında en sık rastlananları olmakla birlikte (%75-85), en yaygın görülen tipi Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) ve Akut Myeloblastik Lösemi (AML)'dir (57,64-66). ALL'lerin yıllık insidansı; Amerika Birleşik Devletleri'nde 4/100.000, Türkiye'de 1.5/100.000 olarak belirtilmektedir. En sık 1-4 yaşlarında görülür. Bir yaşından sonra erkeklerde kızlardan daha fazla görülmekte olup (66,67), kız/erkek oranı 1/1.2-1.3'tür (67). Tanıda klinik özellikler yanında morfolojik, sitokimyasal, immünofenotipik ve genetik tetkikler kullanılarak risk grupları belirlenir ve risk grubuna yönelik tedavi uygulanır. Güncel çok ilaçlı tedaviler ile sağ kalım %70'in üzerindedir (65).

Akut myeloblastik lösemi, çocukluk çağı lösemilerinin %15-20'sini oluşturmaktadır. AML beyaz ırkta ve gelişmiş ülkelerde daha sık görülmektedir. İnsidansı 5-7/1.000.000/yıl olup, her yaşta görülmekle birlikte yenidoğan ve adölesan döneminde hafif bir pik yapmaktadır (67). Her iki cinsiyet arasında AML insidansı açısından fark yoktur (66,67).

### 2.3.2. Lenfomalar

Lenfomalar, lenfo-retiküler hücrelerden köken alan malign hastalıklardır. Bu tip hücreler özellikle lenf nodlarında bulunur ve bu nedenle lenfomaların önde gelen klinik belirtisi lenf bezlerinin tümöral büyümesidir (67). Lenfomaların, Hodgkin ve Non-Hodgkin Lenfoma olmak üzere iki tipi vardır (57,67,68). Hodgkin Lenfoma lenfoid sistemin malign bir hastalığıdır. Genellikle tek bir lenf nodundan veya anatomik lenf nodu gruplarından kaynaklanır (67). Hodgkin lenfoma yaklaşık 1 milyon çocuğun 5'inde görülür (69). Hodgkin lenfoma 5 yaş altındaki çocuklarda oldukça nadir olup, genellikle erken yetişkinlik döneminde (15-35 yaş arasında) görülmektedir. Erkek çocuklarda 2-3 kat fazla görülür (57,67). Non-Hodgkin lenfoma çocukluk çağı dönemindeki lenfomaların %55-60'ını oluşturur (69). Non-Hodgkin lenfomanın 7-11 yaşlarında insidansı artar (67,69). Hastalık erkeklerde kızlardan 3 kat daha fazla görülür (57,69,70).

### 2.3.3. Beyin ve Spinal Kanal Tümörleri

İkinci en yaygın görülen kanser türü, beyin ve sinir sistemi tümörleridir ve tüm çocukluk çağı kanser türlerinin %27'sini oluşturmaktadır (57). En sık 5-10 yaşları arasında görülür. Çocuklarda beyin tümörlerinin çoğunluğu (%60) infratentorialde, tentorium serebellinin altındadır. Beynin posterior kısmında özellikle serebellum ve beyin sapında yer alır. Sıklıkla kafa içi basıncının artması belirtileri vardır. Subratentorial tümörler ise; beynin 1/3 ön yüzünde olan tümörlerdir

ve genellikle serebellumda görülen serebral Astrosistoma, Kranyofaranjiom, Ependimom, Optik Sinir Gliomalardır (67,69).

Nörogliahücreleri olan astrositlerden köken alan santral sinir sistemi tümörlerine Astrositom denilir. Astrositomlar, en yaygın glial tümörlerdir. Her yaşta ortaya çıkabilmekle beraber tanı ortalama olarak 6-11 yaşta konulur. Kalıtsal bazı hastalıklar bağlantıları vardır (67). Primitif nöroektodermal tümör ise, santral sinir sisteminin malign invazif bir embriyonik tümörüdür. Serebellum ya da 4. ventrikül yerleşimli primitif nöroektodermal tümörler medulloblastoma daha çok 15 yaşın altında, özellikler 5-8 yaşlarında sık görülen bir beyin tümörüdür. Çocukluk çağı beyin tümörlerinin yaklaşık %20'sini oluşturur (67,69). Ependimal hücre kaynaklı olan Ependimoma çocukluk çağında görülen beyin tümörleri arasında 3. Sırada yer alır. Olguların çoğunluğu %70-80'i 8 yaşın altındadır. Ana tedavi tümörün tam olarak çıkarılmasıdır. Tümörün derecesine göre radyoterapi ek tedavi olarak verilir (67,71).

#### **2.3.4. Sempatik Sistem Tümörleri**

Bu grup içerisinde yer alan nöroblastom, sempatik sinir sisteminin çocukluk çağında en sık görülen ekstrakraniyal solid tümörüdür (72). Tüm sempatik sistemin herhangi bir bölgesinde görülebilir, sıklıkla düzgün, sert ve gergin olmayan bir kitledir. Primer olarak lokalize olduğu bölge abdomendir. Diğer bölgeler baş-boyun bölgesi, göğüs ve pelvistir (69). Nöroblastom; adrenal medulla, sempatik ganglionlar ve diğer sempatik nöronları oluşturan ilkel nöral krest hücrelerinden köken alır (67,73). Çocukluk çağı kanser türlerinin %7'sini oluşturan nöroblastomlar, infantlarda ve küçük yaştaki çocuklarda görülmektedir (57). Ortanca tanı yaşı 19 ay olup, olguların %95'i 10 yaş altında, %36'sı ise süt çocuğudur (68). Nöroblastomların %50'si adrenal medullada, %30'u sempatik sistemin herhangi bir yerinde, %20'si toraksta görülür (67).

#### **2.3.5. Retinoblastoma**

Çocuklarda %3 oranında görülen retinoblastoma malign bir göz tümörüdür (57,74). Retinoblastomun ilk belirtisi, lökokori ya da kedigözü refleksi olarak isimlendirilen beyaz pupildir. Gözde kırmızı refleksi yoktur, asimetriktir etkilenen göz farklı renktedir (69). Embriyonik nöral retinadan köken alan ve sıklıkla 2 yaş altında görülen bir çocukluk çağı malign tümörü olan retinoblastoma, nadir bir tümör olmasına karşın, çocuklarda en sık görülen göz içi tümörüdür ve erken evrelerde tanınıp uygun tedavi edilirse, hem yaşamı hem de gözü ve hatta görmeyi korumak olası iken, ileri evrelerde tanı alması durumunda yaşamı tehdit eden malign bir hastalıktır (67,74). Erken evrelerde kemoterapi, ileri evrelerde enükleasyon uygulanmaktadır. Son dönemlerde oftalmik arter içine kemoterapi uygulamaları ile başarılı sonuçlar alınmaktadır (68).

#### **2.3.6. Böbrek Tümörleri**

İki yaş civarındaki çocuklarda görülen Wilm's Tümörü 6 yaşından büyük çocuklarda yaygın değildir, nadiren doğum sırasında karşılaşılır ve çocukluk çağı kanserlerinin %5'inden sorumludur (57,75). Wilms tümörü tanılarının %80'i, 5 yaşın altında konulmaktadır. Wilms tümörü, genellikle abdomenin bir tarafına lokalizedir

ve asemptomatiktir (69). Aynı zamanda “Nefroblastom” olarak adlandırılan Wilm’s Tümörü, embriyogenezin değişik aşamalarındaki olgunlaşmamış hücrelerden oluşur, cinsiyete göre dağılımı eşittir ve her iki böbrekte aynı sıklıkta rastlanır (75). Geçmişte yalnız cerrahi tedavi edilen hastalarda %8’lerde olan yaşam oranları günümüzde etkin kemoterapi kombinasyonlarının kullanılması, cerrahi ve radyoterapi tekniklerindeki ilerlemeler, semptom yönetimi ve uygun destekleyici tedaviler sayesinde %90’ın üzerine çıkmıştır (67).

### **2.3.7. Karaciğer Tümörleri**

Çocuklarda karaciğer tümörleri nadir olmakla beraber, bu tümörlerin 2/3’ü malign olup %80’ini hepatoblastoma oluşturur ve hepatoblastomalı hastaların %95’i, 4 yaşından küçüktür (76). Çoğu çocukluk çağı kanserine benzer olarak erkek çocuklarda yaklaşık 1,2-3,6 kat daha fazla görülür. Genellikle tek kitle olarak karşımıza çıkar, ancak çok odaklı da olabilir. Sağ lob, sol loba oranla 3 kat daha fazla tutulur. Cerrahi tedavi karaciğer tümörlerinde küratif tedavi olma özelliğini sürdürse de, son yıllarda neoadjuvan ve adjuvan kemoterapinin önemi daha iyi anlaşılmıştır (77,78,79).

### **2.3.8. Kemik Tümörleri**

Tüm çocukluk çağı kanserlerinin %3’ünü oluşturan osteosarkom en sık kemik tümörüdür ve osteosarkomdan sonra en sık görülen primer malign tümörü Ewing Sarkom olup çocukluk çağı kanserlerinin %1’inden sorumludur (57,64,68). Osteosarkom, osteoid üreten neoplastik hücrelerin oluşturduğu primer bir malign kemik tümörüdür. Tümör genellikle uzun kemiklerin metafizinden gelişir ve iskelet büyümesinin hızlı olduğu dönemlerde insidansı artar (67). Osteosarkom herhangi bir kemikte görülebilir ancak, en sık distal femurda görülür. Sıklıkla lokalize olduğu diğer kemikler ise proksimal tibia ya da proksimal humerusun metafizidir (67,69). En sık belirtileri ağrı ve şişliktir (68). Osteosarkomun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Radyasyona maruz kalma osteosarkom gelişme riskini artırabilmektedir. Cerrahi tedavi ve kemoterapi uygulanmaktadır (67,69).

### **2.3.9. Yumuşak Doku Sarkomları**

Yumuşak doku sarkomları, primitif mezenkimden köken alan çizgili veya düz kas, sinir, yağ, damarsal dokular ve diğer destek dokularında da farklılaşma potansiyeli gösteren heterojen bir grup malign hastalıktır (67). Çocuklardaki yumuşak doku sarkomu tiplerinden en yaygın olanı, %3 oranında görülen rabdomyosarkomdur (57). Embriyonik mezenşimden doğan malign bir tümör olan rabdomyosarkom, malignitesi yüksek olan bir tümördür ve kısa zamanda köken aldığı bölgenin çevresindeki dokulara invazyon gösterir (80). Oguların %70’i 6 yaş altında tanı alır. En sık baş- boyun bölgesinde, genitoüriner, ekstremitelerde yerleşim gösterir. Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapinin kombine kullanımı tedavide esastır (68)

### **2.3.10. Gonad ve Germ Hücreli Tümörler**

Üreme hücrelerinin kalıntılarından gelişen Malign Germ Hücreli Tümörler, çocuklukta nadir görülen tümörler olup çocukluk malignitelerinin %3’ünden azını oluşturur (81,82). Hücrelerin intrauterin gelişim sırasındaki göçleri sırasında gonadlar dışında retroperitoneal bölge, sakrokoksigeal bölge, mediasten, boyun ve santral sinir sisteminde görülebilirler (81).

Teratomlar yenidoğanda en sık görülen tümördür. İlk 5 yaşta teratomlar sıktır. Teratomlar, endoderm, mezoderm, ve ektoderm elemanlarından en az birini içerir. Genellikle kapsüllü ve kistik yapıdadırlar. Matür teratomda kemik, kıkırdak, diş, saç, beyin, hematopoetik ve intestinal yapılar bulunabilir. Mediastinal germ hücreli tümörler ön mediasten yerleşimlidir. Erkek çocuklarda daha sıktır. Tüm germ hücreli tümörlerin %4-6'sı genellikle asemptomatiktir. Nadiren inatçı öksürük olabilir. Germ hücreli diğer tümörler (immatür teratom, germinom, endodermal sinüs tümörü, embriyonal karsinom) da görülebilir (73).

### **2.3.11. Epitelyal Tümörler**

Çocukluk ve adolesan yaş grubunda ortaya çıkan jinekolojik tümörler içerisinde, over tümörleri en sıklıkla karşımıza çıkan, en büyük grubu oluşturur. Over tümörlerinin %4-10'u 20 yaşından önce ortaya çıkar. Erişkin yaş grubunda, malign over tümörlerinin %90'ı epitelyal tümör tipinde iken; çocukluk ve adolesan döneminde, germ hücre tümörleri epitelyal tümörlerden çok daha yüksek oranda görülürler (83,84,85).

### **2.4. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tanı**

Çocuğun öyküsü, fizik muayene bulguları, kan sayımı, periferik yayma ve kemik iliği aspirasyonu sonucu tanı konur (67,69). Öyküde kemik iliği yetersizliğinin belirtileri (halsizlik, solukluk, çabuk yorulma, kanama vb.) ve lösemik hücrelerin organ infiltrasyonuna ilişkin semptomlar vardır. Fizik muayenede anemiye bağlı solukluk, kalp muayenesinde üfürüm, ateş ve diğer enfeksiyon bulguları, peteşi, ekimoz, hepatosplenomegali saptanabilir (67,68).

Kan sayımında; eritrosit, lenfosit, trombosit düzeylerine, beyaz kan hücrelerinin tiplerine (bazofil, eosinofil, monosit, lenfosit ve nötrofiller), mutlak nötrofil sayısına, serum elektrolitlerine bakılır. Ayrıca, böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla kan üre nitrojen (BUN) testi, kreatin, karaciğeri değerlendirmek için total bilirubin, alanin aminotransferaz, aspartat aminotransferaz ve laktik dehidrogenaz gibi değerlere bakılır. Tümörlere özel, kanda belirli değerler artış gösterebilir. Örneğin; karaciğeri tümörlerinde alfa-fetoprotein artabilir (69).

Periferik kan yayması lösemi tanısında çok önemlidir. Hücre tipini belirlemeye yarar. Periferik yaymada sıklıkla blastlar görülür (67). Kemik iliği aspirasyonunun lösemi düşünülen her olguda yapılması gerekir. Periferik kan yaymasındaki blastlar bazen kemik iliğinde saptananlardan farklı olabilir. Kemik iliğinde %5'ten fazla blast saptanması patolojiktir. Akut lenfoblastik lösemi'de kemik iliğindeki blast sayısı %25 üzerinde saptanır. Lumbar ponksiyon santral sinir sistemi tutulumunu belirlemek için serebrospinal sıvı incelenir. Serebrospinal sıvıda malign hücrelerin bulunması, santral sinir sisteminin etkilendiğini gösterir konur (67,69). Aynı zamanda lumbar ponksiyon intratekal ilaç uygulamaları için de kullanılmaktadır (69).

### **2.5. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tedavi Yöntemleri**

Kanserde erken tanının önem kazanması, tanı ve tedavi yöntemlerindeki yeni gelişmeler sağ kalım oranlarını arttırmıştır. Kanser tanısı alan çocukların 5 yıllık sağ kalım oranı 1970'li yıllarda %30'un altında iken, 2001 yılında Amerika'da 20 yaş



altında kanserden tedavi olan çocukların sağ kalım oranı %80'lere kadar yükselmiştir (86,87,88).

Çocukluk çağı kanserlerinin yönetiminde mevcut öncelikler, çocukluk çağı kanserlerinden kurtulan, çocuğun yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (61). Amerikan Kanser Topluluğu'na göre (57), çocukluk çağı kanserlerinde seçilen tedavi yöntemleri temel olarak kanserin tipine ve yerleşim yerine göre belirlenmelidir. Çocukluk çağı tümörlerinin tedavisi, tıbbın en karmaşık tedavileri arasında yer almakla birlikte temel olarak, kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi ve diğer alternatif tedavileri içerir ve bir çok vakada birden fazla tedavi yönteminin birlikte yer aldığı geniş çaplı tedavi protokolleri kullanılır (57,89). Günümüzde kanser tedavisinde konvansiyonel tedavilere ek olarak, tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanım sıklığının giderek arttığı belirtilmektedir (4,6,8,9).

### **2.5.1. Kemoterapi**

Kemoterapi, kontrolsüz çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etki sağlayan doğal, sentetik, biyolojik ya da hormonal ilaçlarla yapılan bir tedavi yöntemidir (90). Cerrahi tedavi ve radyoterapinin spesifik vücut bölgelerinde sınırlı kalması nedeniyle özellikle çocukluk kanserlerinin tedavisinde kemoterapi önemli bir yere sahiptir. Kemoterapi ilaçları vücudun genelinde sirküle olduğu için lösemi ve lenfoma tedavisinde birincil tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır (64).

Kemoterapi çocukluk çağı tümörlerinde en sık kullanılan tedavi yöntemidir. Cerrahi tedavi ve radyoterapiye kemoterapinin eklenmesi son 40 yılda tedavide sağlanan başarının ana kaynağıdır (89). Hemen her hasta için zorunlu bir tedavi yöntemi olarak görülen kemoterapi, sistemik etkilerinden dolayı toksik yan etkilere neden olmaktadır (64). Bu nedenle kemoterapi ajanlarının genel etkinliği sınırlanmaktadır (91). Modern onkoloji bu ajanların etkinliğini en üst düzeye çıkarırken, anemi, iştah azalması, bulantı, kusma, kanama problemleri, diyare, konstipasyon, kilo kaybı, yorgunluk ve güçsüzlük, saç kaybı, enfeksiyonlar, hafıza değişiklikleri, mukozitler, ağrı, cilt ve tırnaklarda değişiklikler, üriner sistem değişiklikleri gibi yaşamı olumsuz yönde etkileyen tedaviye bağlı rahatsızlıkları da en aza indirmeyi amaçlamaktadır (59,91).

#### **2.5.1.1. Kemoterapiye Bağlı Sık Görülen Semptomlar**

Tedavi amacıyla klinikte yatan çocukların büyük çoğunluğu kemoterapi ve radyoterapi almaktadır. Kemoterapik ajanlar vücudun büyük bir kısmına yayılarak kanser hücrelerini yok etmeleri açısından yarar sağlarken aynı zamanda normal hücrelere de etki ederek zarar verebilirler. Özellikle kemik iliği, gastrointestinal sistem, epitelyum hücreleri ve saç folikül hücreleri, bölünme hızı yüksek olan ve hızlı çoğalan hücreler olduğundan, kemoterapiden daha fazla etkilenirler. Hücre bölünmesi hızlı olan dokularda kemoterapiye bağlı en sık karşılaşılan semptomlar; saç dökülmesi, mukozit, diyare, konstipasyon, bulantı-kusma, iştahsızlık, tat değişikliği, halsizlik/yorgunluk, nötropeni, uykusuzluk, kaygı/sinirlilik, içe kapanma ve ağrıdır (2,3,52,69).

### **Oral Mukozit**

Kemoterapi, kanserli hastaların tedavisinde kullanılan yöntemlerden biri olup hastalığın histopatolojik tanısı konulduktan ve evresi belirlendikten sonra kuratif ya da palyatif amaçlı olarak uygulanır (92). Kemoterapotik ilaçlar hedef tümörün bölünerek çoğalan hücrelerini ve epiteli hızla etkilediği gibi enflamasyon ve iyileşme yanıtlarını da etkilemektedir. Bu değişimler oral mukozanın ülserasyonlarına ve mukozite neden olabilmektedir (93).

Mukozit, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi alan kanser hastalarında görülen ülseratif ve inflamatuvar bir süreçtir. Ağız mukozası, hızlı hücre yenilenmesi nedeniyle kemoterapi ve radyoterapinin etkisine açıktır ve kolay zedelenir (93,94). Mukozitler, kemoterapilerin intravenöz uygulanmasından yaklaşık bir hafta sonra ortaya çıkar ve genellikle 3 hafta sonra iyileşir (95).

Oral mukoza ve normal tükürük aktivitesi mikroorganizmaların invazyonunu engelleyen iki önemli bariyerdir (96). Ancak mukoza, kanser tedavisi sırasında yüksek mitotik aktivitesi nedeniyle birçok kemoterapotik ajandan etkilenir. Oral mukozit gelişmesine yol açan kemoterapi ilaçları; metotreksat, 5-florourasil gibi antimetabolitler, daktinomisin, adriamisin, bleomisin gibi antibiyotikler ve vinblastin gibi alkaloidlerdir (96,97). Oral mukozit görülme oranı, hemopoetik kök hücre transplantasyonu olan hastalarda yüksek doz kemoterapi uygulamasında %85-95 arasındadır (98).

Mukozitler hastaların konuşma, yutma, beslenme durumu ve yaşam kalitesini önemli düzeyde etkiler (99,100). Ayrıca, ciddi septisemilerin %25-50'sinde oral odaklı olduğu gösterilmiştir (101). Mukozitler, nazogastrik sonda veya total parenteral beslenme kullanılması, damar yolunun açılmasına gereksinim duyulması ve opioid kullanılması olasılığını artırır (100). Gelişen yan etkilerin şiddeti; kemoterapinin kesilmesine veya hastanede kalma süresinin uzamasına neden olmakta, uzun dönemli tedavi sonuçları da olumsuz etkilenmektedir Bu nedenle mukozit kemoterapinin yakından takip ve tedavi gerektiren bir yan etkisidir (102).

### **İştahsızlık**

İlaçlara bağlı tat ve koku değişiklikleri bilinenden çok daha sık rastlanır. Bu durum özellikle onkoloji hastalarında daha belirgindir. İştahsızlık, yiyeceklerin sindirimi, besin alımı yetersizliği, kullanılan ilaçlar ve aktivite azlığı, bulantı, kusma, stomatit, depresyon ve bazı kemoterapötik ilaçlar nedeniyle görülmektedir. Yemek yemede isteksizlik ve sonuçta kilo kaybı söz konusudur (103,104).

Kemoterapi ilaçlarının tadı genellikle acıdır. İlaç verilmesi sırasında birkaç saat ile günler, haftalar, hatta aylar süren acı tat hissi tanımlanmıştır. Örneğin sisplatin alan hastaların %77'sinde hastada birkaç saat ile üç hafta arasında sürebilen metalik tat tanımlanmıştır (105). Yapılan bir çalışmada tat koku değişiklikleri için klinik faktörlerden çok cinsiyet (kadınlarda daha sık), genç yaş, ek ilaç kullanımı, yüksek eğitim düzeyi ve yemek pişirmeme gibi sosyodemografik faktörler daha önemli bulunmuştur (106).

Kanserin en önemli bulgusu kontrol altına alınamayan kilo kaybıdır. Tümörler iştahı baskılayan proteinleri sentezleyerek, hastaların tat duyularını ve yiyeceklere olan ilgilerini kaybetmelerine yol açarlar. Birçok kemoterapötik ajan, özellikle karın bölgesine uygulanan radyoterapi iştah kaybına neden olur (104). Tedaviye ilişkin faktörler; bulantı-kusma, mukozitler, disfaji, diyare, tat değişiklikleri, radyoterapiye bağlı enterit, narkotik ilaç kullanımı iştahsızlığa neden olur (107,108,109).

### **Bulantı-Kusma**

Bulantı ve kusma kemoterapi almakta olan kanser hastalarının en önemli sorunlarından biridir. Önlenemediği takdirde dehidratasyon, elektrolit dengesizlikleri, beslenme bozuklukları veya şiddetli ise Mallory-Weiss Sendromu gibi ciddi tıbbi sorunlara yol açabilir. Uzayan, tekrarlayan ve önlenemeyen kusmalar, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, kemoterapi verilmesinde gecikmelere, tedaviye isteksizliğe, hatta tedaviyi reddetmeye yol açabilmektedir. Bu nedenle tedavi ile ilişkili bulantı ve kusmaların önlenmesi tedavi başarısı için çok önemlidir (104,109,110).

### **Ağrı**

Ağrı, devam eden doku zedelenmesi ve inflamasyon nedeniyle oluşan biyolojik alarmdır. Nedeni ise ani doku hasarının açığa çıkardığı prostaglandin, serotonin, histamin bradikinin ve P maddesidir (111,112). Hem hastalığın başlangıcında hem de sonraki aşamalarda akut ve kronik ağrı çeken önemli bir grup, onkoloji hastalarıdır. Çocukluk çağı kanserlerinde hastaların ortalama %62'sinde onkolojik tedavi başlamadan önce ağrı yaşanmıştır. Tedavi sırasında ise; tanı, evre ve tedavi yöntemlerine göre değişiklik gösterdiği için çocuk hastaların %25-80'i ağrıdan yakınmaktadır. Terminal dönemde bu oran daha yüksek olmaktadır (113,114).

Birçok çocuk, kanserin tanısı ve izlemi için gereken işlemlerle yoğunlaşan ağrı deneyimi edinir. Tümör nedeniyle ameliyat olma, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı mukoza ve yumuşak doku zedelenmesi, vezikan ilaçların damar dışına kaçması ile oluşan nekrozlar, vinka alkaloidlerine bağlı nöropati, damardan kan alınması, cerrahi girişimler ve özellikle de lumbal ponksiyon ve kemik iliği aspirasyonları gibi sorunlar önemli ağrı nedenleridir. Gelişen ağrıların %67-80'i girişimlere ve tedaviye bağlı nedenlerle, %20-33'ü kansere bağlı olmaktadır (115,116).

### **Alopesi**

Alopesi, kemoterapötik ilaçların ve başa uygulanan radyasyon alanının genişliğine ve dozuna bağlı olarak saç, aynı zamanda kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarının kaybıdır. Antineoplastik ilaçların saç köklerindeki hızlı proliferasyon alan keratinositleri etkilemesi saç kaybının ana sebebi olarak ileri sürülmektedir (117). Saç folikülleri hızla büyüyen hücreler içerdiği için, kemoterapötik ilaçlardan 2-4 hafta sonra başlar ve tedavi bittikten 4-6 hafta sonra tekrar çıkmaya başlamaktadır. Alopesi, beden imgesi gelişmiş hastalarda ciddi psikolojik sorunlara neden olabilir bunun için gerekirse psikolojik yardım sağlanabilir (118).

### **Konstipasyon**

Konstipasyon haftada 3 dışkılamadan az boşaltımının olması, anormal sert gaita ya da ek güç gerektiren defekasyon olarak tanımlanmaktadır (117). Konstipasyonun oluşmasında; antidepresanlar, narkotikler, kas gevşeticiler, antihistaminikler, antikolinerjikler, analjezikler, alüminyum ve kalsiyum içeren antiasitler, diüretikler, fenotiazinler, opioidler, nöroleptikler, kemoterapinin nörotoksik etkisi, Fe preparatları etkilidir. Çocuğun aktivite durumu, dehidratasyon, kas zayıflığı ve yeme alışkanlığındaki değişiklikler de konstipasyona neden olmaktadır. Konstipasyon kanserli hastalarda %50 gibi yüksek bir oranda görülmekte ve bunun %78'ini terminal dönem kanserli hastalar oluşturmaktadır. Dışkı tıkaçı, ciddi ağrı, bulantı kusmaya neden olabilen konstipasyon, hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (104,108).

### **Diyare**

Diyare, barsaklardan besin emiliminin veya gastrointestinal kanaldan sıvı ve elektrolitlerinin salınımının bozulmasına neden olan gaita sayısı ve sıklığında artıştır (117). Kemoterapi, ilaç tedavisi, tiroid ilaçları, antibiyotikler, malnütrisyon, cerrahi girişimler diyareye neden olmaktadır (119). Dehidratasyon, malnütrisyon ve elektrolit dengesizliği gibi hayatı tehdit edici komplikasyonları vardır. Bu nedenle tedavide amaç; diyarenin önlenmesi, yeterli ve dengeli bir beslenme ile vücudun gereksinimlerinin karşılanması, sıvı elektrolit dengesinin normal seviyede olmasının ve normal kilonun sürdürülmesinin sağlanmasıdır (119,120).

### **Halsizlik/Yorgunluk**

Yorgunluk, bireyin fiziksel ve mental olarak çalışma kapasitesinin azalması, kendini yorgun hissetmesi ve dinlenmekle yorgunluğun geçmemesi olarak tanımlanmaktadır (121). Kanserli hastalarda sık görülen sorunlardan biri olan yorgunluk, kronik ağrı, hipermetabolizmanın eşlik ettiği tümör büyümesi, enfeksiyon, anemi, ameliyat, depresyon, kemoterapinin yan etkisi olarak ortaya çıkan bulantı, elektrolit bozuklukları uyku sorunları ya da hastalığa eşlik eden diğer sorunların giderilmesine yönelik kullanılan ilaçların yan etkisine bağlı olarak gelişir (122-125). Yorgunluk; kanserli hastaların hayatlarında çok önemli bir sorun olabilmekte, hastaların kendileri hakkındaki hislerini, günlük aktivitelerini, diğer kişilerle ilişkilerini etkileyebilmekte ve tedaviyi sürdürmelerine engel olabilmektedir. Hastada görülen yorgunluk belirtileri; enerjiye ihtiyaç olduğunun sözlü ifade edilmesi, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük, bir işe konsantre olmada güçlük, dinlenmeye daha fazla ihtiyaç duymak, dinlenme ya da uyku ile yorgunluğun azalmadığının ifade edilmesi, sosyal aktivitelere katılımın azalmasıdır (126).

### **Uykusuzluk**

Uykusuzluk bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli semptomlardan biridir. Dinlenme düzeninin nitelik ve niceliğinde, rahatsızlığı yol açan ya da yaşam şeklini etkileyen bir değişim olan ya da bu riski taşıyan bireydeki durumdur. Anksiyete, stres, korku, ağrı, bulantı ve diğer gastrointestinal bozukluklar, depresyon, solunum güçlükleri, protein ve yağdan ağır beslenme, uykuya ilişkin yıkıcı inanç ve tutumlar, gürültü, hastanede olma, bilinmeyen ortam, akut hastalık ve

etkileri, tedavi ile ilgili nedenler, tanı testleri ve işlemlerine hazırlık ve kemoterapötik ajanların yan etkileri gibi nedenlere bağlı olarak gelişebilir (117).

### **Sinirlilik**

Çocuklarda alışık oldukları ortamdaki farklı bir ortamda olmak, tanı aşamasında ağrı ve korku veren birçok işlemin yapılması, sürekli olarak tedavi alma ve kısıtlanma nedeniyle kaygı ve sinirlilik sık yaşanan bir durumdur. Kemoterapötik ilaçların ve yıkım ürünlerinin santral sinir sisteminde yarattığı irritasyon da ajitasyona neden olabilmektedir (127). Çocuklarda kaygı ve ajitasyon; yapılan işlemlere izin vermeme, ağlama, alışık olduğu ve kendini özgür hissettiği eski ortamına dönmek isteme vb. nedenlere bağlı olarak hastane ve tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilemektedir (52,127,128).

### **Nötropeni**

Nötropeni kemoterapinin en önemli yan etkisidir, ayrıca mortalite oranı yüksek ve acil müdahale gerektiren bir durumdur. Nötropeni, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre mutlak nötrofil sayısının  $2.000/\text{mm}^3$ 'ün altında olmasıdır (129). Kemoterapi veya radyoterapiye bağlı kemik iliği baskılanması, immünoşüpresyona bağlı oluşan ve enfeksiyon gelişme riskine yol açan önemli bir semptomdur (119). Nötropenin en yaygın nedeni kemoterapi, radyoterapi, ilaç zehirlenmesi ve hipersensitivitedir. Kemoterapi ve radyoterapi kemik iliğinin yeni hücre üretme yeteneğini bozar ve yeni hücrelerin yapıma hızında azalmaya neden olur. Hücrelerin hızlı ölmeleri sonucu lökositler ve buna bağlı olarak nötrofil sayısı düşer (117).

Enfeksiyon gelişme riskini artıran en önemli faktörlerden biri nötropeni şiddetidir. Nötropenik hastalarda nötropenin şiddeti hastanın enfeksiyon açısından taşıdığı riski belirlemede yol göstericidir. Nötropeni mutlak nötrofil sayısına (MNS) göre hafif, orta ve şiddetli nötropeni olmak üzere 3 sınıfa ayrılır (130) :

- Hafif Nötropeni ( $\text{MNS}= 1.000-1.500/\text{mm}^3$ ): Hafif nötropenili hastalar enfeksiyon için düşük risk taşırlar.
- Orta Nötropeni ( $\text{MNS}= 500-1.000/\text{mm}^3$ ): Bu grup hastalar enfeksiyon için orta derecede risk taşırlar.
- Şiddetli(Ağır) Nötropeni ( $\text{MNS}<500/\text{mm}^3$ ): Ağır nötropenisi olan hastalar enfeksiyon için yüksek risk taşırlar.

Nötrofil sayısının düşmesi ile enfeksiyon riski artar bunun yanı sıra nötropeni süresinin uzaması ile hastalarda ilk 4 gün sadece bakteriyel enfeksiyon riski varken, 7. güne doğru atipik bakteri enfeksiyonu, 10.günde fungal enfeksiyon gelişme riski, 10-14 günlerde viral enfeksiyon ve daha da uzaması halinde fırsatçı enfeksiyon gelişme riski olur (129).

### **2.5.2. Radyoterapi**

Radyoterapi çocukluk çağı kanserlerinin tedavisinde sık kullanılmakta olup, genellikle kemoterapi ya da cerrahi tedavi ile birlikte uygulanmaktadır. Radyoterapi; lenfomalar, solid tümörler ve beyin tümörleri gibi bazı pediyatrik malignansilerde ise genellikle primer tedavi şeklidir. Radyasyon tedavisi terminal dönemdeki çocuklarda ağrı kontrolü ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla da kullanılabilir (69).

Kanser tedavisinde kullanılan radyoterapinin ana ilkesi DNA'ya kalıcı zarar vererek ya da serbest radikaller oluşturarak DNA hasarı ile kanserli hücreleri öldürmeyi amaçlar. Son yıllarda üç boyutlu planlama sistemlerinin geliştirilmesi ile radyasyon demet yoğunluğunu değiştirerek tümoral dokuya maksimum doz verilirken, radyasyona duyarlı normal dokulara minimal doz uygulanarak normal dokuları korumak mümkün olmaktadır. Her ne kadar tedavide güvenilirlikle kullanılsa da tüm tedavi alternatiflerinde olduğu gibi radyoterapinin de kemoterapi gibi yan etkileri vardır (131).

### **2.5.3. Cerrahi Tedavi**

Kanserde cerrahi tedavinin hedefi; tüm gözle görülür ve mikroskopik malign hücrelerin alınmasıdır. Cerrahi tedavide ana amaç tümörün tam olarak çıkarılmasıdır. Beyin tümörleri dışında kısmi rezeksiyon genellikle yapılmaz. Tümörün aşırı bir ölüm riski yüklemeyen tam olarak çıkarılamayacağı durumlarda, kemoterapi veya radyoterapiye öncelik verilir. Bu tedavilere duyarlı tümörler uygulanan tedavi ile küçültülerek cerrahi tedaviye uygun hale getirilebilir (89). Cerrahi aynı zamanda kanserin tipini, evresini, kanser tedavisinin komplikasyonlarının tedavisi, metastaz tedavisi için de kullanılmaktadır (69). Ayrıca kanserle ilişkili semptomların kontrolü ve hastanın kalan ömrünü en iyi şekilde geçirebilmesi, yaşam kalitesini artırma amacıyla palyatif cerrahi girişimler de uygulanabilir (61).

### **2.5.4. Biyoterapi**

Biyoterapi, biyolojik kaynak ya da ajanlardan elde edilen, biyolojik yanıtı etkileme özelliğine sahip ajanları kullanarak yapılan tedavi şeklidir. Biyoterapi immün yanıtı onarmak, uyarmak ya da güçlendirmek için uygulanmaktadır. Bir tip biyoterapi olan immünoterapi, immün sistem etki mekanizmalarını uyaran tedavidir. Onkolojik biyoterapi sitokinleri, monoklonal antikorları, immünomodülatör ajanları ve adaptif immünomodülatörleri içerir (69).

### **2.5.5. Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu**

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu çocukluk çağında birçok malign hastalık tedavisinde başarıyla uygulanan bir tedavi seçeneğidir. Hematopoetik kök hücre transplantasyonu; lösemi, tedaviye yanıt vermeyen aplastik anemi gibi hastalıkların tedavisinde uygulanmaktadır. Kök hücre transplantasyonu yakın bir zamana kadar kemik iliği transplantasyonu olarak bilinmekteydi; çünkü kemik iliği bu tip hastalıkların tedavisinde kullanılan tek kök hücre kaynağı olarak bilinmekteydi. Şu an nakillerde kullanılan kök hücreler kemik iliği, kordon kanı ve periferik kandan elde edilmektedir (69,132). Kök hücreler, dondurularak daha sonrada kullanılabilirler. Kök hücreler, yeni vücut hücrelerinde büyüyebilirler ve immün sistem hastalıklarında ve hematolojik hastalıklarda normal hücrelerin oluşması için kullanılabilirler (69). Bununla birlikte tedavi ile ilgili yan etkiler, enfeksiyonlar, ciddi kusmalar, oral mukoza ve özefagusta oluşan ciddi mukozit, uzun süre hastanede yatış, tıbbi durumdaki hızlı dalgalanmalar, Graft Versus Host Hastalığı gibi uzun dönemde hayat kalitesini etkileyebilen durumlar gibi ciddi morbidite ve hayatın tehdit edilme riski, süreci son derece zorlu bir hale getirebilmektedir (132).

## **2.6. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları**

Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), tamamlayıcı tedaviyi genel olarak geleneksel ilaç tedavisi ile birlikte kullanılan yaklaşım, alternatif tedaviyi ise geleneksel tıp yerine kullanılan bir yaklaşım olarak tanımlamıştır. Aslında alternatif ve tamamlayıcı tıp kavramları birbirinden farklı olmakla birlikte genellikle beraber anılan kavramlardır. Bu konu ile ilgili olarak çeşitli kaynaklarda “tamamlayıcı ve alternatif tıp”, “tamamlayıcı tıp”, “alternatif tıp” ve “integratif (bütünleştirici) tıp” gibi kavramlar kullanılmaktadır. NCCIH tüm bu kavramlar yerine son yıllarda “tamamlayıcı sağlık yaklaşımları” (complementary health approaches) ifadesini tercih etmektedir (42).

## **2.7. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Tarihsel Gelişimi**

Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının kökeni Eski Çin ve Ayurvedik tıbbına dayanmaktadır. Eski çağlarda geleneksel iyileştiriciler ve şamanların görev yaptığı toplumlarda, bitkisel tedavilerin kullanımı tıbbın bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır. Homeopati, osteopati, şiropraktör gibi uygulamalar ise XIX. yüzyılda gelişmiştir. Dünyada giderek yaygınlaşan uygulamalar ve literatürdeki eksiklikler nedeniyle 1998 yılında Birleşik Devletlerde Ulusal Sağlık Enstitüsüne (National Institutes of Health) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi (NCCIH) kurulmuştur. Bu merkezin amacı; tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının güvenilirlik ve etkinliğini incelemek, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların geleneksel tedavilere katılımını sağlamaktır (133).

Geleneksel tıp, bilimin kurallarına ve bilimsel yöntemin uygulanmasına dayalıdır. Bu nedenle konvansiyonel tıba “bilimsel tıp” ya da “kanıta dayalı tıp” denir. Hastalık patofizyolojik sürecine göre açıklanır ve tedavi bu süreci etkileyecek şekilde planlanır. Konvansiyonel tedaviler ve uygulamalar bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtlardan şekil almaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ise tıbbi olmayan inançlara dayanmakta ve genellikle de klinik araştırmalarla desteklenmemektedir. Bu tedaviler kanıtlanmamış biyokimyasal hipotezleri temel alır ve genelde bu alanda yapılan çalışmaların metodolojisi de zayıftır (134,135).

## **2.8. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Sınıflandırılması**

Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health), tamamlayıcı tedaviyi genel olarak geleneksel ilaç tedavisi ile birlikte kullanılan yaklaşım, alternatif tedaviyi ise geleneksel tıp yerine kullanılan bir yaklaşım olarak tanımlamıştır. Aslında alternatif ve tamamlayıcı tıp kavramları birbirinden farklı olmakla birlikte genellikle beraber anılan kavramlardır. Bu konu ile ilgili olarak çeşitli kaynaklarda “tamamlayıcı ve alternatif tıp”, “tamamlayıcı tıp”, “alternatif tıp” ve “integratif (bütünleştirici) tıp” gibi kavramlar kullanılmaktadır. NCCIH tüm bu kavramlar yerine son yıllarda “tamamlayıcı sağlık yaklaşımları” (complementary health approaches) ifadesini tercih etmektedir. NCCIH, tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını doğal ürünler ve zihin/beden uygulamaları olarak iki alt grupta ele almıştır. Doğal ürünler; bitkiler, vitaminler, mineraller ve probiyotikler gibi beslenme desteklerini, zihin ve beden uygulamaları ise; akupunktur, masaj terapisi, meditasyon, gevşeme teknikleri, yoga gibi uygulamaları içermektedir (42).

## 2.8.1. Doğal Ürünler

### 2.8.1.1.Bitkisel Ürünler

Hastalıkların bakım ve tedavisinde, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde bitki ve bitki özlerinin kullanılmasıdır (136). Uygarlığın başından beri dünyadaki her kültür, bitkileri ilaç olarak kullanmıştır. Örneğin; Amerikan yerlilerinin şifa yöntemleri, Hint Ayurveda sistemi ve geleneksel Çin Tıbbını içine alan geleneksel ilaç sistemlerinin hepsi tedavi yaklaşımlarına bitkileri de dahil etmişlerdir. Günümüzde ise çoğu hasta birey herhangi bir profesyonel rehberle danışmadan hastalık tedavisine ek olarak bitkisel ürünleri kullanmaktadır (137).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların sıklıkla başvurduğu yöntemin bitkisel ürünler olduğu ve bu ürünleri genellikle tedaviye ek yarar sağlamak amacıyla tercih ettikleri belirtilmektedir (7,138). Karadeniz ve arkadaşları (36) çalışmalarında, çocuğunun kanser tedavisi için ebeveynlerin %71.4'ünün birinci sırada bitkisel tedavi (ısırgan otu, anzer balı) yöntemlerini uyguladıklarını saptamışlardır. Ayrıca bu çalışmada geleneksel tedaviye yüksek düzeyde güvenen ebeveynler de tamamlayıcı tedavilerin zararsız olduğuna inanmakta ve bu nedenle denemeye değer bulmaktadırlar. Gözüm ve arkadaşları (37) yaptıkları çalışmada en sık kullanılan yöntem olarak ısırgan otunun (%90.7) kullanıldığı tespit edilmiştir. Bülbül ve arkadaşları (7) yaptıkları çalışmada son bir yıl içinde çocuğu için doktor dışında önerilmiş bir doğal/bitkisel ürün kullananların oranı %27.2 olarak belirlenmiştir. Taşar ve arkadaşları (139) en sık kullanılan TAT yöntemini bitki çayları (%31) olarak bulmuşlardır.

### 2.8.1.2.Beslenme Destekleri

Çeşitli diyetler kullanarak kişinin sağlığını devam ettirmesi, hastalığın önlenmesini ve hastalık durumunda iyileşme sürecinin hızlanması için kullanılan beslenme tedavileridir. Bu tedaviler içinde mineraller, vitaminler, probiyotikler, bitkiler, antioksidanlar yoğun olarak bulunmaktadır (140). Vitaminler vücutta üretilmeyen, yaşamın devamı ve vücut fonksiyonlarının düzenli çalışması için gerekli olan, hücre içindeki tepkimeleri uyaran organik bileşiklerdir. Eksiklikleri ya da fazlalıkları durumunda metabolizma rahatsızlıkları ortaya çıkabilir. Megavitamin tedavilerinin çok ciddi yan etkileri görülmektedir. Yüksek doz C vitamini ile böbrekte taş ve skorbit, yüksek doz A vitamini ile psödötümör serebri, yüksek doz D vitamini ile de yumuşak dokularda geri dönüşü olmayan kalsifikasyonlar görülmektedir (131). Literatürde bir çocukta megavitamin/megamineral tedavi sonrası fatal hipermagnezemi (141), yine diyet tedavisine bağlı nefrotik disfonksiyon vakaları bildirilmiştir (142). Çocuk ALL olgularında C vitamini ve diğer antioksidanların kemoterapiye bağlı yan etkileri azalttığı gösterilmiştir, ancak çocuklarda kemoterapi yan etkisi için rutin kullanımını önerilecek kadar sonuç halen bulunmamaktadır (143). Bu ürünlerin beklenen etkilerini göstermek için yapılan plasebo-kontrollü çalışmalarda, büyük birçoğu başarısız olarak incelenmiştir. Doğal ürünlerin etkili ve güvenli olup olmadığını belirlemek için araştırmalar devam etmektedir. Bazı yararlı olabilecek belirtiler olsa da, bu ürünlerin insan vücudunda daha fazla etkileri hakkında ve bunların güvenlik ve ilaçlarla ve diğer doğal ürünler ile potansiyel etkileşimlerini öğrenmek gerekir (42).



## **2.8.2. Zihin-Beden Uygulamaları**

### **2.8.2.1.Akupunktur**

Tamamlayıcı sağlık yaklaşımları arasında en bilindik uygulamadır. En sık bilimsel araştırmalara konu olmuştur. Akupunktur tekniği eller tarafından ya da elektrik stimülasyonu tarafından manipüle edilir; ince, katı, metalik iğnelerle cilde nüfuz içerir. Akupunktur; Çin ve binlerce yıldır diğer Asya ülkelerinde uygulanan (144), geleneksel bir Çin tıbbi yöntemi olup, günümüzde fiziksel bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmekte, hem hastalığın hem de tedavilerin yol açtığı sorunların kontrolünde kullanılmaktadır (145,146). En eski tamamlayıcı tedavi yöntemidir. Kan ve lenf akımını uyarmak, sinir uçlarını harekete geçirmek, sakinleştirmek, toksinlerin dışarıya atılmasını kolaylaştırmak ve bütün vücudun beslenmesine yardımcı olmak amacıyla yumuşak dokulara uygulanır. Akupunktur yapılan bir çalışmada hastaların ağrı, yorgunluk, anksiyete, bulantı ve depresyonunu azalttığı, yaşam kalitesi ve uyku kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir (147). Akupunktur, 2002-2007 yılları arasında Amerika'da %8.3 oranında kullanıldığı bildirilmiştir (148). Amerikalı Ulusal Sağlık Görüşme Araştırması'na göre (2007), 3.1 milyon yetişkin; 150.000 çocuk tarafından akupunktur kullanılmıştır (144).

### **2.8.2.2.Masaj**

Arapça dokunma (mass), Yunanca yoğurma (massein) kelimelerinden köken alan masajın birçok farklı tanımı bulunmaktadır. Genel olarak; yumuşak dokunun değişik teknikler kullanılarak (friksiyon, perküsyon vb.) manüple edilmesi ile organizmada fizyolojik ve psikolojik etkiler yaratılması olarak tanımlanabilir (149). Masaj uygulaması ile ciltte bulunan çevresel reseptörler uyarılmakta ve uyarılar, spinal kord yolu ile beyne ulaşmakta, genel bir rahatlama sağlanmaktadır. Masajın etkisi kan ve lenf dolaşımının hızlanması, kaslarda gevşeme ve arteriollerde dilatasyon şeklinde kendini göstermektedir. Masajın, duygusal ve psikolojik açılardan önemli yararları vardır. Ayrıca pek çok hastalığın tedavisinde tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır. Kanser hastalarında masaj, lenf nodu diseksiyonunun ardından oluşan lenf ödemi, kas gerginliğini, uykusuzluğu, anksiyete, stres ve depresyonun tedavisinde yardımcı olmaktadır (136,137,150-152).

Hemen hemen dünyadaki kültürlerin hepsinde masaj geleneği vardır. Masaj en sık kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden birisi olup sıklıkla ebeveyn tarafından yapılmaktadır. Masaj tek başına ya da müzik tedavisi, aroma tedavisi gibi yöntemlerle birlikte uygulanabilir. Masajın anksiyete ve karamsarlığı düzelttiği gösterilmiştir. Randomize 24 pediatrik masaj çalışmasının sonucu toplandığında tek bir masaj uygulamasından sonra bile anksiyetede azalma olduğu gösterilmiştir (153). Minneapolis ve St Paul Çocuk Hastanesinde yürütülen iki pilot çalışmada da kanserli çocuk hastalarda benzer etki olduğu gösterilmiştir (154).

### **2.8.2.3.Meditasyon**

Meditasyon tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının zihin-beden uygulamaları grubunda yer almaktadır. Derin düşünme, dikkati şimdiki ana odaklama anlamına gelmektedir. İnsanlar çeşitli sağlık sorunları; kaygı, ağrı, depresyon, stres, uykusuzluk, kronik hastalıklar (örneğin, kalp hastalığı, HIV / AIDS ve kanser vb.) gibi ve bunların tedavileri ile ilişkili fiziksel veya duygusal semptomlar için

meditasyon kullanabilir. Meditasyon, sakinlik ve fiziksel rahatlamayı artırmak, psikolojik dengeyi iyileştirmek, hastalık ile başa çıkmak için ya da genel sağlık ve refahı artırmak gibi birçok nedenlerle uygulanabilir (155).

Uygulama ile parasempatik sinir sisteminin çalışması sağlanarak bireylerin kalp atışları düzenlenmekte ve yavaşlatılmakta, rahat nefes alıp vermeleri sağlanmaktadır. Meditasyonda birey belirli bir düşünce, resim veya kendi solunumuna odaklanmaktadır. Süre olarak birkaç dakikadan başlar ve istenildiği kadar uzatılabilir. Bu uygulamanın bireyleri sakinleştirdiğine, fiziksel açıdan rahatlatıldığına ve psikolojilerini dengede tuttuğuna inanılmaktadır. Gevşeme ve iç huzuru sağladığı özellikle kanser hastalarının stres düzeylerini azalttığı belirtilmektedir (156,157).

#### **2.8.2.4.Gevşeme Teknikleri**

Gevşeme teknikleri binlerce yıldır kullanılmaktadır. Gevşeme tekniklerinin amacı; bilinçli yavaş solunum, düşük kan basıncı ve sakin bir duygu ile vücudun doğal gevşeme tepkisini üretmektir. Gevşeme teknikleri gerginliği, ağrıyı azaltmak ve stresin kötü etkilerini ortadan kaldırmak için kullanılabilir. İnsanlar stres, kronik ağrı, uykusuzluk, depresyon, anksiyete, hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, kemoterapi, dahil olmak üzere çeşitli koşulların semptomlarını tedavi etmek, önlemek veya azaltmak için gevşeme tekniklerini kullanabilir (158).

#### **2.8.2.5.Yoga**

Yoga sözcüğü Sanskritçe “yug” kökünden gelmekte olup kelime olarak “birleşmek ya da bütünleşmek” anlamındadır. Yoga; bedeni, zihni ve ruhu tamamen eğiten ve kişinin kendini tanımasını sağlayan en eski kişisel gelişim yöntemlerindedir. Hindistan’da ortaya çıkmasına rağmen Yoga sistemi zamanla tüm dünya topraklarına yayılmıştır. Özellikle Yoganın manevi etkilerinden daha çok sağlık konusundaki etkileri araştırmalara konu olmuştur. Hindistan’da 1900’lü yılların başından itibaren konu ile ilgili araştırmalar çeşitli hastaneler ve kurumlarda geliştirilmeye başlanmıştır (159).

Yoga eski Hint felsefesi kökenli bir zihin beden uygulamasıdır. Genellikle meditasyon, fiziksel postür, solunum ve gevşeme tekniklerini birleştiren yoga felsefesinin çeşitli türleri bulunmaktadır (160,161). Yoga Ulusal Sağlık Araştırmasına (2007) göre; Amerika’da yetişkinlerde kullanılan ilk 10 tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarından biri olarak bulunmuştur (160). Düzenli yoga uygulaması, vücudu güçlendirir, zihni keskinleştirir ve ruhu rahatlatır. Asanas (postür), pranayama (solunum egzersizi) ve dhayana (meditasyon) başta olmak üzere sekiz basamaktan oluşan birleştirme felsefesidir. Bu basamaklar;

1. Yama; ahlaki davranış
2. Niyama; sağlık alışkanlıkları
3. Asana; fiziksel duruş
4. Pranayama; solunumu kontrol etme
5. Pratyahara; duyguları kontrol etme
6. Dharana; konsantrasyon
7. Dhayana; meditasyon
8. Samadhi; yüksek bilinç, bilincin en üst noktaya ulaşmasıdır (156,161).

### **2.8.2.6.Aromaterapi**

Güzel kokulu bitkiler eski Çin, Hindistan ve Mısır gibi birçok kültürler arasında binlerce yıl boyunca şifa uygulamalarında kullanılmaktadır. Aromaterapi; çiçeklerden, bitkilerden ve ağaçlardan elde edilen esansiyel yağların, sağlığı ve iyilik durumunu arttırmak amacıyla kullanılmasıdır. İlk olarak Ortaçağ'da keşfedildi ve 20. yüzyılın başlarında kullanılmaya başladı. Laboratuvar ve hayvan çalışmalarında bazı esansiyel yağların antiviral, antifungal, antibakteriyel ve sakinleştirici etkilere sahip olduğu gösterilmiştir. Bu yağlar deri üzerine masaj yağları olarak ya da hastanın burun deliklerinin altına yerleştirilen yağlı tülbentten solunmaları yolu ile uygulanır. Aroma yağlarının kan dolaşımı yardımı ile lenf sistemine ulaştığı ve hücreler arası sıvı yolu ile iyileşme sağladığı kanıtlanmıştır. Aromaterapinin stresi azaltmaya, soğuk algınlığı, grip, deri ve menstruasyon sorunlarına, ağrıyı önlemeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir (136,137,150,156,162).

Aromaterapi; masaj tedavisi ve akupunktur gibi tamamlayıcı tedaviler ile birlikte kombine kullanılabilir. Kanser hastaları için kanserin belirtileri ya da kanser tedavisinin yan etkilerini azaltmak amacıyla daha çok destek tedavi olarak önerilmektedir. Bu hastalarda daha çok kanserin neden olduğu stres ve anksiyeteyi azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak da etkili olduğu belirtilmiştir (163).

### **2.8.2.7. Geleneksel Çin Tıbbı**

Geleneksel Çin tedavisi esas olarak hayat gücüne dayanmaktadır. Bu gücün meridyenler olarak bilinen enerji kanallarından aktığına inanılır. Yin kişinin soğuk, yavaş, pasif; yang ise sıcak, heyecanlı ve aktif yönlerini oluşturur. Hayat gücü akışındaki bozulmanın yin ve yang güçleri arasındaki dengenin bozulması sonucunda meydana geldiğine ve hastalıklara neden olduğuna inanılmaktadır. Bu tedavilerdeki amaç bitkiler, meditasyon, masaj, akupunktur ile hayat gücünün dengede tutulmasıdır. Çeşitli Çin otları ile ilgili birçok çalışma halen yürütülmektedir (131).

### **2.8.2.8.Müzik Terapi**

Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları yüzyıllardır devam etmektedir ve ilk çağlardan bu yana müzik, bu tıp uygulamalarının devam eden bir bölümü olmuştur. Yazının kullanılmadığı kültürlerde, insanoğlu tıpta müziği kullanmıştır (164). Müzik, işleme yoluyla algıladığımız düzenli ve uyumlu seslerden oluşan, insanlara özgü ve insanın doğasında bulunan, estetik bütünü, süreci ya da ürünü ifade eden bir davranış biçimidir. Müzik, insan yaşamının her döneminde var olan bir kavramdır ve insan üzerindeki etkisinin çok yönlü olması, tedavide de kullanılmasına neden olmuştur (165).

Müzik ile tıbbi tedavi girişimleri yüzyıllardır birçok kültürde farklı şekillerde var olmasına karşın, 20. yüzyılın ortalarında büyük oranda gelişmiştir. Son yıllarda, tedavi yöntemi olarak müziğin kullanımı artmıştır ve bu durum, bir açıdan, ücretsiz tedavilere yönelik artan ilgiyi de yansıtmaktadır (166). Müzik ile tedavi (müzik terapi) mesleki tedavi ve fiziksel tedavi ile eş değerde olan bir sağlık hizmetidir ve bu tedavi müziğin terapötik kullanımıyla fiziksel, psikolojik, algısal ve sosyal fonksiyonlarını içerir. İnsanlar arasındaki iletişimde ortak bir dil ve güç olan müzik, insanların duygularına yaklaşabilme, hissedebilme ve iletişim kurabilmelerinde önemli bir araçtır (165).

Müziğin terapötik etkileri, zihinsel yetersizliği veya emosyonel sorunları olan çocukların ve erişkinlerin psikolojik rahatsızlıklarını belirlemede, bunlara bir çözüm getirmede yol gösteren bir iletişim aracı olmuştur (165). Özellikle yoğun bakım, koroner bakım, kanser bakımı, doğum salonları, geriatri klinikleri, palyatif bakım ve ayaktan bakım üniteleri gibi birçok sağlık bakım alanında kullanılmaktadır. Ayrıca, ameliyat öncesi, ameliyatta ve ameliyat sonrasında da bir girişim olarak kullanılmaktadır (166). Müzik, özellikle stresli işlemlerden sonra prematüre bebeklerde sakinleştirici bir yöntem olarak belirlenmiştir (167). Müzik dinlemenin ağrı ve anksiyete durumlarında rahatlama gibi geniş oranda terapötik etkileri (168); prematüre bebeklerde kilo alma, emmede artma, hastanede yatmanın azalması gibi uzun dönemli etkileri ve oksijenasyon, kalp atımı, davranış değişiklikleri gibi kısa dönemli fiziksel yanıtlar üzerinde pozitif etkileri olduğu bildirilmektedir (169). Araştırma sonuçları, homeostazisi oluşturmada, fiziksel ve davranışsal durumları geliştirmede, hastanede kalma süresini azaltmada, anne-bebek etkileşimini geliştirmede, uyarılara karşı toleransı artırmada, besleme becerilerini öğretmede prematüre bebekler için müziğin etkisini göstermektedir (170). Hemşireler ve doktorlar, pediatri kliniklerinde ailelere, sorunlarla baş etmelerinde ve aile-bebek arasındaki ilişkiyi sağlamada müzik terapisini kullanarak anne bebek bağlanmasının sakin bir ortamda gerçekleştirilmesinde önemli bir role sahiptirler.

#### **2.8.2.9.Reiki**

Reiki Japonca bir sözcüktür. Rei ve Ki kelimelerinden oluşmaktadır. Sözlükte Rei “her yerde var olan”; Ki “ruhsal yaşam enerjisi”, Reiki ise “evrensel yaşam enerjisi” anlamına gelmektedir. Reiki, Budist bir rahip olan Dr. Mikao Usui tarafından 19. yüzyılda Japonya’da keşfedilmiş, 20.yüzyılın başlarında da onun spiritual teknikleri kullanılmaya başlanmıştır (171,172). Yücel (173) yapmış olduğu çalışmada ülkemizin, Reikinın dünya genelindeki yayılma sürecinden etkilenen ülkeler arasında olduğunu, resmi ve özel kurumlarda uygulandığını belirtmiştir. Uygulayıcı, insan vücudunun enerji merkezlerine elle dokunarak vücutta var olan enerji yetersizliklerini ve tikanıklarını giderir, vücudun enerji dengesini, kan ve lenf dolaşımını sağlar, otonomik sinir sistemini uyarır. Reiki vücutta enerji dolaşımını ve fiziksel ve ruhsal rahatlığı ve sağlığı yükselttiği gibi bakım veren ve bakım alan arasında da pozitif etkileşimi arttırmaktadır (174,175)

Reikiyi tekniği dünyanın pek çok ülkesindeki hastanelerde kullanılmaya başlanmıştır (176,177). Modern tıpta ise Reiki dokunma terapisi, hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarından biri ve hemşirelik bakımının bir parçası haline gelmiştir (172,174,175,176,178,179). Reikinın terapötik etkisiyle ilgili yapılan kanıta dayalı randomize kontrollü çalışmalar incelendiğinde; ağrıyı hafifletme (özellikle post-operatif ve kanser), anksiyete/depresyonu azaltma, yaşam kalitesini artırma, yorgunluğu azaltma, kan basıncı ve nabızı düzenleme, gevşeme ve konforu sağlama gibi etkilere sahip olup, standart hemşirelik bakımını bütünlediği bildirilmiştir (176,180). Son on yıl içinde, hastanelerde, hospis bakım alanlarında, acil ve psikiyatri birimlerinde, huzurevlerinde, ameliyathanelerde, obstetrik ve jinekoloji birimlerinde, yenidoğan bakım ünitelerinde ve diğer birçok alanlarda, hastalık semptomlarının yönetiminde hemşireler ve diğer sağlık personelleri tarafından Reiki’nin kullanımı artmıştır (177,181).

Wardell ve Engebretson (176) reiki dokunma terapisinin etki mekanizmasını incelemeyi amaçladığı araştırmada; 23 sağlıklı bireyin reiki uygulaması öncesinde, sırasında ve sonrasında stresi azaltmada etkili olduğunu gösteren anksiyete düzeyi, IgA ve kortizol salınımı, kan basıncı, cildin tepkisi, kas gerilimi ve cilt sıcaklığı gibi biyolojik testlerine bakılmıştır. Ölçümlerin öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında anksiyetenin önemli derecede azaldığı, IgA salınım düzeyinin önemli derecede arttığı, ancak kortizol salınımının istatistiksel olarak anlamsız, sistolik kan basıncında önemli bir düşme, cilt sıcaklığında artış ve tedavi sırasında elektromiyografinin azaldığı saptanmıştır. Böylece reikin stresi azaltmada etkili bir uygulama olduğu düşünülmektedir.

Vitale (177) incelediği birçok araştırma sonucu doğrultusunda hemşirelik teorisyenlerine (Florence Nightingale, Marta Rogers ve Jean Watson) dayandırdığı çalışmada; şimdilerde hemşirelik uygulaması olarak geçen reiki dokunma terapisinin, iyileşmeyi hızlandırmada, stresi azaltmada, gevşemeyi artırmada kullanıldığını ileri sürmüştür. Bossi ve arkadaşlarının (175) çalışmada Reikin Kanser Enstitüsü'nde çalışan hemşirelerin klinik uygulamalarının bir parçası haline geldiğini ve bu doğrultuda hemşirelikte bütüncül yaklaşım açısından, Reikin hemşirelik bakımına entegre edilmesinin uygun olduğu ileri sürülmüştür.

#### **2.8.2.10.Terapötik Dokunma**

Terapötik dokunma 19. yüzyılın başlarında hemşire Doleres Krieger tarafından geliştirilmiştir. Vücuttaki enerji noktalarına dokunarak uygulanan bir ağrı giderme yöntemidir. Terapötik dokunma bireyde rahatlama oluşturarak ağrıyı azaltır. Terapötik dokunma, kronik ağrısı olan hastalarda kullanılabilir. Empati oluşturmada ve sözlü empati kurulamadığı durumlarda alternatif bir yöntem olup, pozitif ya da negatif nörofizyolojik yanıtlara neden olmaktadır. Tarih boyunca ellere en gelişmiş duyu organı olarak psikolojik ve mekanik etkilerinden faydalanmak üzere başvurulmuştur. Terapötik dokunmada uygulayan kişinin parmakları aracılığı ile var olan enerji ortaya çıkarılır. Uygulayıcı bireyin enerjisini geri getirmeye çalışır. Terapötik dokunmayı uygulayabilmek için hemşirelerin özel eğitim alması gereklidir (179,182,183).

Jackson ve arkadaşlarının (184) çalışmada, kanser hastalarında terapötik dokunmanın ağrıyı ve anksiyeteyi azaltıp azaltmadığını ve terapötik dokunmanın etkisini mevcut araştırmalarla incelemiştir. Bu çalışmada Hemşirelikte ve Sağlık Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamalardan 7 kanıt düzeyinden (I-VII kanıt düzeyleri) söz edilmiştir. Terapötik dokunma, iyileştirici dokunma ve reikiyi kapsayan dokunma terapilerine ilişkin toplam 12 makale incelenerek kanıt düzeylerine bakılmıştır. Bu incelemeler sonucunda; dokunma terapisinin kanser hastalarında ağrı ve anksiyeteyi azalttığını, hastaların fiziksel ve psikolojik bakımında hemşirelerin holistik rolünün önemli olduğunu ve hasta bakımında bir yöntem olabileceğini ileri sürmüşlerdir.

#### **2.8.2.11.Biyoenerji**

Biyoenerji insan vücudunda ve herhangi bir canlı türünde var olan doğal enerjidir. Biyoenerji, vücudu bir bütün olarak ele alıp hastalığın tedavisinde kullanılır. Bu enerji farklı kültürlerde farklı isimlerde bilinmektedir. Çin tıbbında

“Çi” (yaşam enerjisi) olarak tanımlanır. Hint terminolojisindeki adı prana, teoloji ve antropolojide ise “sema” veya “semavi cisim” dir. Yaşam enerjisi “Çi” organizmada engelsiz dolaşır. Bu hareket çok düzenli ve dengelidir. Çi’nin hareketindeki düzensizlikler ise hastalık belirtisidir (185).

Her insan doğasında bu doğal enerjiye sahiptir. İnsanda mevcut olan olumlu enerjiye “pozitif enerji” ve vücutta hastalıklı olan bölgelerin ürettiği olumsuz enerjiye de “negatif enerji” denmektedir. Sağlıklı bir vücutta negatif enerji bulunmadığı ifade edilir. Kişinin düşünce ve hislerinin, bu enerjiyi önemli ölçüde etkilediği söylenmektedir. Stresli kişiler veya fiziksel bir rahatsızlığı olanlar sürekli olarak negatif enerji üretirler. Bu da kişide ağrılara ve psikolojik rahatsızlıklara sebep olur. Biyoenerji ile sağlıklı bir insanda bulunan pozitif enerjinin başka kişilere de geçebildiği ve bu sayede sağlıklı insanların enerjilerinin hasta kişilere verilerek tedavi olmaları sağlanabildiği düşünülmektedir. Biyoenerji yapan kişiler ellerini kullanarak; biyoenerji yapılan kişinin vücuduna ellerini yakın tutarak hastalıkları veya belirtileri, bu problemlere katkıda bulunan fiziksel ve duygusal travmaları tespit edebilir. İnsan vücudundaki bu dengesizlikleri biyoenerji ile düzeltebileceklerini düşünmektedirler (185,186).

#### **2.8.2.12.Alexander Tekniği**

Duruş eğitimi olarak tarif edilse de bu basit kavramın ötesinde vücudun ve zihnin uyum içinde olmasının sağlandığı bir teknik olarak görülür. Alexander tekniği hastaya, vücudunu öğrenilmiş, sonradan eklenmiş hareketlerden kurtarıp, kendi temel, doğal duruşu ve hareket biçimlerini kazanmayı öğretir (187).

Alexander tekniğinin yaratıcısı F.Matthias Alexander (1869-1955) dır. Bu tekniğin amacı vücudumuzun doğal koordinasyonunu geri getirerek yaşamın her alanında işlevlerimizi geliştirmektir. Alexander tekniği günlük yaşam içerisinde gerçekleştirdiğimiz faaliyetlerimiz sırasında bedenimizi nasıl daha verimli kullanacağımızı bize bilinçli olarak yeniden öğretir. Bedeni iyi kullanarak ona hakim olunmasını sağlayan bu prensipler günümüzde doktor, fizyoterapist, spor antrönerleri, sahne sanatları öğretmenleri gibi alanında uzman olan kişiler tarafından kullanılmaktadır (188).

Alexander tekniğine göre beden ancak herhangi bir kısmı veya parçası üzerinde hiçbir zorlama olmaksızın kullanıldığı zaman bir kimsenin sağlığı en iyi durumdadır. Fonksiyonlarını normal olarak yerine getirebilmeleri için iç organların tümüne yer bulunmalıdır. Alexander tekniği sadece sırt ağrıları, boyun ve omuz gerginlikleri gibi fiziksel rahatsızlıklar için değil, depresyon gibi psikolojik sorunların çözümünde de kullanılır (189)

#### **2.8.2.13.Homeopati**

Homeopati çeşitli maddelerin ufak dozlarını otoregulasyon yoluyla kendi kendine iyileştirmeyi başlatmak için kullanılan 200 yıllık bir tedavi sistemidir. Alman fizikçi Christian Hahnemann tarafından geliştirilmiştir (190). Sağlıklı/hasta bireye belirli bir bitkisel madde çok az miktarlarda verilerek immun sistemin uyarılması sağlanmakta, böylece iyileşme hızlandırılmaktadır. Homeopati, benzerler

kuralı ile çalışır, benzer tedavilerin sonuçları benzerdir. Cassileth ve arkadaşlarının (137) aktardığına göre, Hahnemann ve arkadaşlarının çalışmasında bazı maddelerin sağlıklı insanlarda hastalık semptomlarına yol açtığını, ama aynı maddenin dilüe formunun hasta bireylere uygulandığında, hastalık semptomlarının hafiflediği bildirilmiştir. Homeopatik karışımların, vücudun temel iyileşme yanıtını uyarma etkileri vardır ve yüksek oranda dilüe edilen karışımlardır. Bu terapötik yönetime göre hastalık, sağlıklı bireydeki hastalık semptomlarını üreten maddeler ile ortadan kaldırılacaktır. Homeopati, artrit, astım, soğuk algınlığı, grip, alerji, gibi kronik ya da geçici hastalıkların büyük bir kısmında kullanılabilir (137,150).

## **2.9. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımı**

### **2.9.1. Dünyada Çocuklarda ve Çocuk Kanser Hastalarında Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımı**

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları tüm dünyada, tüm yaş gruplarında, özellikle kronik hastalığı olan çocuklarda, artan oranlarda ve yaygın olarak kullanılmaktadır (4,5,7,10,11). Günümüzde TAT kullanımı gelişmiş ülkelerde; Kanada'da %70.4, Fransa'da %49.3, Avustralya'da %48.2, ABD'de %42.1 iken gelişmekte olan ülkelerde ise Afrika'da %80, Şili'de %71, Çin'de %70 ve Kolombiya'da %40 oranında kullanılmaktadır. McCaffery ve arkadaşlarının çalışmasında, Amerikalıların 1/3 standart konvansiyonel tedavilere ek olarak sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için TAT kullandığı saptanmıştır (191).

Çocuklarda TAT kullanımı ile yapılan çalışma sayısı erişkinlere oranla daha azdır. Yapılan çalışmaların çoğu belirli bir hastalığa yöneliktir. Bir literatür taraması sonucuna göre çocuk kanser hastalarında %35-65.2 oranında en az bir çeşit tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanıldığını saptamışlardır (19-21,23,27,31). Pitetti ve arkadaşları (192) Pittsburg'da Çocuk Acil Servis birimine başvuran 525 anne-babanın %12'sinin çocuğu için en az bir çeşit TAT kullandığını ve anne-babaların en sık olarak solunum sistemi sorunlarını tedavi etmek için bu uygulamalara başvurduklarını saptamışlardır. Danimarka'da Madsen ve arkadaşları (193) pediatri kliniğinde yaptıkları çalışmada hastaların %53'ünün TAT kullandığını ve bu tedavilerin immun sistemi güçlendirmek amacı ile kullanıldığını anlaşılmıştır. Lim ve arkadaşları (194) Royal Çocuk Hastanesi'nin farklı kliniklerine başvuran 503 anne-baba ile yaptıkları çalışmada, anne-babaların %19'unun multivitamin ve minerale başvurduğu, %13'ünün C vitamini kullandığını ve %12'sinin ise diğer bitkisel ilaçları kullandığını belirlemişlerdir.

Molassiotis ve Cubbin (6) yaptıkları çalışmada kanser hastası çocuğu olan ebeveynlerin %32.7'sinin TAT kullandığını, sıklıkla multivitamin, aromaterapi, masaj, diyet ve müzik terapi yöntemlerini tercih ettiklerini belirlemişlerdir. Laengler ve arkadaşları (23) Almanya'da yaptıkları çalışmada, kanser hastası çocuğu olan ebeveynlerin %35'inin TAT kullandığını, sıklıkla homeopati, diyet ve ökseotu gibi tedavi yöntemlerini tercih ettiklerini ve ailelerin %89'unun TAT kullanımını tavsiye ettiklerini saptamışlardır. Aynı çalışmada en sık TAT kullanım nedenleri; fiziksel iyileşme, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ve tedavi şansını artırma olarak tespit edilmiştir. Al-Qudimat ve arkadaşları (27) yaptıkları çalışmada ebeveynlerin çocukları için %70.5'i biyolojik ve beslenme tedavi yöntemlerini, %22.2'si,

zihin/beden uygulamalarını, %20'si ise vücut hareketleri yöntemlerini kullandığını saptamışlardır. Aynı çalışmada ailelerin %45.5'i TAT kullanımını faydalı bulmuş; ancak çeşitli sebeplerden dolayı TAT kullanmayı bırakmışlardır. Paisley ve arkadaşları (28) yaptıkları çalışmada pediatrik onkoloji hastalarında TAT kullanım prevalansının %82 olduğu, kullananların %78'i TAT yöntemlerini günlük kullandığı ve %72'si hastanede tedavi edilirken veya kemoterapi alırken TAT kullanmaya devam ettiği bildirilmiştir. Heath ve arkadaşları (31) yaptıkları çalışmada kanser hastası çocuğu terminal dönemde olan ebeveynlerin %44'ünün birden fazla TAT yöntemini kullandığını, sıklıkla organik besinler, dini uygulamalar ve homeopati gibi tedavi yöntemlerini tercih ettiklerini ve %78'inin tedavi yöntemlerini faydalı bulduklarını belirtmişlerdir. Singendonk ve arkadaşları (33) yaptıkları çalışmada kanser hastası çocuğu olan ebeveynlerin %18.8'inin homeopati kullandıklarını, %48.9'unun TAT kullanımını çocukları için çok etkili olduğunu belirlemişlerdir. Aynı çalışmada çocuğun cinsiyeti (kadın), ebeveynlerin TAT kullanma durumu ve çocukları için TAT kullanma durumu arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (33). Ladas ve arkadaşları (35) yaptıkları çalışmada kanser hastası çocuğu olan ebeveynlerin %67'sinin destekleyici bakım, %34'ünün tedavi edici amaçla TAT kullandığını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada diyet değişiklikleri en sık kullanılan (%55) TAT yöntemi olup, kadınlarda kullanımı erkeklere göre 2.77 kez daha fazla bulunmuştur. Lösemili çocukların çoğunluğu lenfoma, solid tümörler gibi diğer hastalıklara göre bitkisel destekleri daha fazla kullanmıştır (35).

### **2.9.2. Türkiye'de Çocuklarda ve Çocuk Kanser Hastalarında Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımı**

Türkiye'de çocuklarda TAT kullanımını Öztürk ve Karayağız (138) İzmir'de %57, Araz ve Bülbül (195) Gaziantep'te %58.6, Taşar ve ark. (139) Ankara'da %87 olarak tespit etmişlerdir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocuklarda TAT kullanımı kronik hastalıklar üzerine odaklanılmıştır. Kronik hastalık durumunda ebeveynler hastalığın kronikliği, tedavisinin olmayışı, uygulanan tedavinin karmaşıklığı ya da belirsizliği nedeni ile kendilerini engellenmiş hissetmektedirler. Bu durumda daha iyi kontrol edebildikleri ve karar vermeye aktif olarak katılabildikleri yeni tedavi seçeneklerinin arayışı içine girmektedirler (196). Orhan ve arkadaşları (197) astımlı çocukları değerlendirdikleri çalışmada olguların %49'unun TAT kullandıkları ve en çok tercih edilen besinin bildircın yumurtası olduğu saptanmıştır. Öztürk ve Karayağız (138) çalışmalarında solunum sistemi sorunları olan çocuklar için TAT kullanımını %49, sindirim sistemi sorunları olan çocuklar için %25 olarak belirlemişlerdir. Kanser tanısı alan çocuklarda %77, tip 1 diabetes mellitusü olan çocuklarda ise bu oran %52 bulunmuş ve en sık bitkisel ürünler kullanıldığı belirtilmiştir (38,198). Efe ve arkadaşları (199) çalışmalarında ebeveynlerin TAT yöntemlerinden en az birini tercih ettiklerini (%82.5) ve dini uygulama (%61.8), beslenme destekleri (%47.4), hayvansal besinler (%35.1) kullandıklarını belirlemişlerdir. İşler ve arkadaşları (200) çalışmalarında ebeveynlerin tamamının epilepsi hastalığı olan çocuğu için en az bir tamamlayıcı alternatif yaklaşımda bulunduğu ve ebeveynlerin en sık uyguladıkları yaklaşımların; dua etme (%99.3), çocuğunu sigaradan uzak tutma (%79.8), ceviz (%79.6), tereyağı (%59.2), kemik iliği yedirme (%58.6), kaliteli uyku sağlama (%58.6) ve oyun oynatma (%51.0) olduğu saptanmıştır. Çocukların kendileri tarafından kullanılan tamamlayıcı alternatif yaklaşımlar ise; hayvanlar ile ilgilenme (%72.7), müzik



dinleme (%70.1), televizyon izleme (%64.5), oyun oynama (%55.3), dua etme (%51) ve arkadaşları ile vakit geçirme (%48.7) olarak belirlenmiştir (200).

Türkiye’de çocuk kanser hastalarında TAT kullanım oranının; %40-97.3 arasında olduğu bildirmiştir (16,36-39,41). Karadeniz ve arkadaşları (36) çalışmalarında, çocuğunun kanser tedavisi için ebeveynlerin %71.4’ünün birinci sırada bitkisel tedavi (ısırgan otu, anzer balı) yöntemlerini, %40’ının ise ikinci sırada dini tedavi yöntemlerini uyguladıklarını saptamışlardır. Ayrıca bu çalışmada geleneksel tedaviye yüksek düzeyde güvenen ebeveynler de tamamlayıcı tedavilerin zararsız olduğuna inanmakta ve bu nedenle denemeye değer bulmaktadırlar. Ebeveynlerin tamamlayıcı tedavileri öğrendiği bilgi kaynakları ise birinci sırada %40.8 ile akrabalar, ikinci sırada %22.4 ile arkadaşlar ve üçüncü sırada ise %12.3 ile diğer hastalar gelmektedir. Gözüm ve arkadaşları (37) yaptıkları çalışmada kanser hastası çocuğu olan ebeveynlerin %17’sinin çocuklarının geleneksel tedavisinden memnuniyetsizlik, %14.8’inin tedavinin yan etkilerden korkma gibi nedenlerle TAT kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada en sık kullanılan yöntem olarak (%90.7) ısırgan otunun kullanıldığı bulunmuş ve ebeveynlerin %72.1’inin TAT kullanımı ile ilgili hemşire ya da doktora bilgi vermediği saptanmıştır. Genç ve arkadaşları (38) yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin TAT’a başvurma nedenleri arasında; immün sistemin güçlendirilmesi (%60), kanın temizlenmesi (%20) ve hastalığın tedavi edilmesi (%12) gibi faktörlerin yer aldığını belirtmişlerdir.

## **2.10. Ebeveynlerin Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarını Kullanım Nedenleri**

Alternatif tedavi genellikle geleneksel tedaviler ile iyileşmeyen, uzun süreli bir hastalığı olan çocuklarda tercih edilmektedir (20,197). Jean ve Claude’un (201) çalışmasında çocukları için TAT yöntemlerini kullanan ebeveynlerin kullanmayanlara göre tıbbi tedavilerden memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın çocuğun kronik bir hastalığa sahip olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ebeveynler geleneksel tıbbi tedavilerin yan etkisinden korktukları için de bu tür TAT yöntemlerine yönelme eğilimindedirler. TAT yöntemlerinin doğal ve bu yüzden de zararsız olduğunu düşünmektedirler. Pek çok TAT formlarına kolayca ulaşılması da onların bu düşüncelerini pekiştirmektedir. Anne-babaları çocukları için TAT kullanımına yönelten etmenler şunlardır (53,202):

- Ebeveynlerin TAT yöntemlerini etkin ve güvenilir olduğunu düşünmesi
- TAT yöntemlerinin tinsel boyutunun olması
- Ebeveynlerin tedavi üstünde kontrol kurma hissini oluşturması
- TAT yöntemlerinin çoğunun invaziv olmaması
- TAT yöntemlerinin kolay kabul görmesi
- Tıbbi sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik
- Sağlık profesyoneli-hasta ilişkisinin yetersiz olması
- Tıbbi tedavilerin yan etkilerinden korkma
- Tıp ve teknolojiyi reddetme
- Kuruluşa güvensizlik
- Ümitsizlik

Kanserli çocukların ebeveynlerinin TAT kullanma nedenlerine bakıldığında tedavi olma, tedaviye destek olma, geleneksel tedavi yöntemlerinin yan etkileri ile baş etmek, çocuk için yapılabilecek her şeyi yapmak, çocuğu güçlendirmek ve kanserin ilerlemesini önlemek düşüncelerinin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir (6,19,36). Karadeniz ve arkadaşları (36) çalışmalarında, geleneksel tedaviye yüksek düzeyde güvenen ebeveynlerde tamamlayıcı tedavilerin zararsız olduğuna inanmakta ve bu nedenle denemeye değer bulmaktadırlar. Aynı çalışmada ebeveynlere TAT kullanım nedenleri sorulduğunda %34.7'si kanseri tedavi etmek, %28.6'sı ise çocukları için yapılabilecek herşeyi yapmak olduğunu ifade etmişlerdir. Gözüm ve arkadaşları (37) yaptıkları çalışmada kanser hastası çocuğu olan ebeveynlerin %17'sinin çocuklarının geleneksel tedavisinden memnuniyetsizlik, %14.8'inin tedavinin yan etkilerden korkma gibi nedenlerle TAT kullandıklarını belirtmişlerdir. Laengler ve arkadaşlarının (23) Almanya'da yaptıkları çalışmada ebeveynler tarafından en sık TAT kullanım nedenleri; fiziksel iyileşme, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ve tedavi şansını artırma olduğu tespit edilmiştir. Al-Qudimat ve arkadaşları (27) yaptıkları çalışmada ebeveynlerin kanseri tedavi etmek (%71.1), kanserin nüksünü önlemek (%33.3), konvansiyonel tedavinin yan etkilerini azaltmak (%26.7), ağrıyı azalmak (%20), bağışıklık sistemi güçlendirmek (%44.4), stresi azaltmak (%35.6) ve konvansiyonel tedaviden memnuniyetsizlik (%6.7) gibi nedenlerle TAT kullandıklarını ifade etmişlerdir.

### **2.11. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Kullanım Nedenlerini Etkileyen Faktörler**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) ile ilgili raporunda, çoğu bireyin "doğal olan şeyler, güvenilirdir" düşüncesiyle TAT'ı kullandığı belirtilmektedir (202). Kanser hastaları standart tedavilerine destek olmak, immün sistemlerini güçlendirmek, hastalığa bağlı semptomları gidermek, nüksleri önlemek ve hatta kür sağlamak amacıyla TAT kullanmaktadır (203) Alternatif tıbbın çok yaygın olarak kullanılmasını etkileyen pek çok etmen bulunmaktadır. Dünyada pek çok yerde alternatif tıp ürünlerine ulaşmak çok daha kolay olabilmektedir. Ayrıca toplumun inançları da alternatif tıbbın etkili olduğu yönündedir. Bunun nedenleri arasında halkın genellikle bilimsel bilgileri anlama düzeyinin düşüklüğü, bilime karşıt olmaları, karşılanamayan sağlık gereksinimi, alternatif tıba inanma isteği, sosyokültürel özellikler, davranışlar, tutumlar ve önyargılar yer almaktadır (204, 205)

Kanser hastalarının TAT kullanma nedenlerini etkileyen faktörler arasında (206);

- Hastaların TAT ile ilgili algıları
- Hastaların konvansiyonel tedavilerle ilgili inançları
- Konvansiyonel tedavilerin yan etkileri ile ilgili endişe ve kaygı
- Hasta ile sağlık bakım ekibi arasındaki iletişim
- Kontrol algısı ihtiyacı
- Etkili olduğu inancı

### **2.12. Çocuklarda Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Kullanımının Yan Etkileri**

Çocukların tedavisinde TAT kullanımının yaygınlaşması ile birlikte bu tür tedavilere bağlı yan etkilerde artış görülmektedir (21,27,43). TAT ürünlerinin yanlış

adlandırılması, kontrolünün yeterince yapılmaması ve hastalığa yönelik kullanılan ilaçlarla etkileşme gibi nedenlerle alerjik ve toksik çeşitli sistemik yan etkiler gelişebilmektedir (44). Amerika’da bu tedavilerin kontrol altına alınıp etkililiklerinin araştırılması için NCCIH kurulmuş ve etkili olduğu ispatlanmış tedaviler konvansiyonel tedavilere katılmıştır. Ancak buna karşın etkililiği ile ilgili yeterli çalışma yapılmamış olan ve kullanılmaya devam edilen birçok TAT çeşidi bulunmaktadır. Özellikle çocuklarla yapılan çalışma sayıları erişkinlere oranla çok daha azdır. Bununla birlikte TAT’larda yarar-zarar değerlendirmesi bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı, bilginin eksik olması nedeni ile zordur (45). Bu durum insan sağlığı açısından önemli bir risk taşımaktadır. En büyük risk grubunu da çocuklar oluşturmaktadır. Çocuklar ve özellikle yenidoğan bebekler ilaç ve maddelerin emilimi, yıkımı, metabolizması ve atılımı konusunda yetişkinlerden farklıdır. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları fizyolojik olarak immatür olduğu için ilaç ya da maddelerden daha fazla etkilenirler. Bu nedenle çocuklarda yan etkiler daha şiddetli ve ölümcül olabilir (46).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavilere bağlı görülen yan etkiler doğrudan ve dolaylı olmak üzere ikiye ayrılır. Doğrudan etkileri kullanılan tedavi şekline göre değişmektedir. Özellikle, bitkiler, besinler, vitaminler gibi biyolojik temelli tedavilerin içindeki aktif maddelerin konsantrasyonlarında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle, çocuklarda kemoterapiyle birlikte kullanılan biyolojik temelli tedavilerin yan etkileri olabilmektedir (11,207,208). En çok bitkisel yöntemlere bağlı yan etkiler görülmektedir. Bitkisel ürünlerin güvenliği; içerdiği kimyasal maddelerin karışımı, içeriğin diğer bitki ve ilaçlar ile etkileşim düzeyi, bitkinin hazırlanması esnasındaki kontaminasyonu, içine yabancı cisim karışımı ve toksisite düzeyi ile ilişkilidir. Bitkisel ürünlerde, bitkinin aktif bileşenleri ve metabolitleri, farmakokinetik özellikleri, toksikolojisi ve antidotu, yan etkilerinin görülüş sıklığı, diğer bitki veya ilaçlar ile etkileşimi, özel hasta gruplarında kullanımı konusunda bilgi eksiklikleri vardır. Bu nedenle de yan etkilere sık rastlanır (46). Yapılan çalışmalarda bildirilen yan etkiler; iki süt çocuğunda bitkisel çay sonrası çoklu organ yetmezliği (209), iki hastada kanser tedavisinin köpek balığı kıkırdağı ve diyetle tedavi edilebileceğine inanılması neticesinde tümörün ilerleme göstermesi (47), bir yenidoğanda topikal sirke kullanılması ile oluşan kimyasal yanık (210), bir çocukta megavitamin/megamineral tedavi sonrası fatal hipermagnezemi (141), papatya çayı sonrası infantil botulizm gelişmesi vakaları bildirilmiştir (46).

Diyet desteklerinin kullanımı ve buna bağlı yan etkilerin görülmesi de pediatrie sık rastlanılan bir sorundur. Pek çok vaka çalışması alternatif diyetler nedeni ile yenidoğanlarda ciddi beslenme bozukluklarının, D vitamini yetersizliğinin geliştiğini göstermektedir (211). Diğer TAT yöntemlerine bağlı yan etkiler de gelişmektedir. Akupunktur tedavisine bağlı doku yaralanması (kardiyak tamponat, pnömotoraks) ve enfeksiyon (özellikle hepatit) gibi yan etkilerde bildirilmiştir (44,50). Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin tıbbi tedaviyi geciktirme, tıbbi tedaviyi bırakma ya da reddetme, gereksiz harcamalar ve başarısızlık ve suçluluk duygusu gibi dolaylı yan etkileri de vardır (134).

### **2.13. Hemşirelik Bakımında Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Yeri ve Önemi**

Toplum oluşturulan bireylerin tamamlayıcı tedavilere yönelik ilgilerinin artması sonucu, sağlık profesyoneli olmayan kişi ve kuruluşlar, toplumun bu gereksinimini karşılamaya çalışmışlardır. Bu durumun sonucunda, hizmet amacı birey, aile ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak olan sağlık bakım profesyonellerinin ve sağlık ekibi üyesi olarak hemşirelerin, tamamlayıcı tedavilerde rol alması bir zorunluluk haline gelmiştir (136).

Sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin ve bilimsel bilginin artması ile birlikte hemşirelerin rol ve sorumluluklarında değişimler meydana gelmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerden tamamlayıcı tedavilerin kullanımına ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, etkin stratejiler belirlemeleri ve sağlıklı/hasta bireyleri tamamlayıcı tedavileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirmeleri beklenmektedir (212). Aslında, literatür incelendiğinde de tamamlayıcı tedavilerin, hemşirelik girişimi olarak uygulanabileceği görülmektedir. Bu bağlamda tamamlayıcı tedavilerin, kuramsal bilgiye ve bilimsel sorun çözme becerisine sahip, profesyonel hemşirelerin bağımsız hemşirelik rolleri kapsamında olduğu düşünülebilir (182).

Toplumun her kesiminden kişiler çocukları veya kendileri için tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını kullanmaktadır. Bununla birlikte tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin etkinliği, yarar-zarar değerlendirmesi bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı, bilginin eksik olması nedeni ile zordur (45). Bu nedenle, sağlık personeli hasta sorgulamalarında bu durumu göz ardı etmemeleri gereklidir. Özellikle hemşireler hasta/sağlıklı çocuklar ve onların anne-babaları ile yüz yüze iletişime girdikleri için sağlık bakım gereksinimlerini ve sağlık bakım uygulamalarını daha kolay saptayabilme olanağına sahiptirler. Bu nedenle hastaların eğitim durumu, gelenek ve görenekleri, inançları, sosyal ve ekonomik ve sağlık durumları dikkate alınarak tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımı konusunda sorular sorulmalıdır (7). Hemşirelerin çocuk ve ailesinden veri toplarken tıbbi tedavi ve TAT yöntemlerine ilişkin bakış açılarını, değer yargılarını ve bilgi gereksinimlerini değerlendirmeleri önemli olmaktadır. Hemşire bu veriler doğrultusunda çocuk ve ailesinin TAT kullanma davranışını ve kullanma eğilimini belirleyebilir. Bu süreçte hemşirenin yargılayıcı bir tutum sergilemeden danışmanlık yapması, çocuk ve ailenin kullandıkları ve/veya kullanmayı düşündükleri TAT yöntemleri konusunda bilgi arama davranışı olarak sağlık personeline başvurmalarını ve bu konudaki düşüncelerini ve eylemlerini daha rahat ifade etmelerini kolaylaştırabilecektir (208,213,214).

Kanser yönetiminde tıbbi tedavinin yanı sıra ebeveynler tarafından kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının belirlenmesi, hastalığın tedavisi ve hemşirelik bakımını yönlendirmesi açısından oldukça önemlidir. Eğer ebeveyn tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanmak istiyorsa ya da kullanıyorsa ve bunu ekip üyeleri ile paylaşıyorsa, ebeveyn ile olan iletişimde kabullenici, açık ve net olunmalıdır. Aileyle konuşurken yargılayıcı, karar verici tavırdan uzak olmalı ve hastalara psikososyal destek sağlanmalıdır. Ebeveynin kullandığı TSY yöntemi ile ilgili ayrıntılı bilgi alınmalıdır. Ebeveynin bu yöntemi ne sıklıkta kullandığı, güvenli olup olmadığı,

bilimsel olarak yararının var olması ve yöntemin ebeveyn tarafından ne şekilde algılandığını ekip üyelerinin bilmesi oldukça önemlidir. Aksi takdirde hasta konvansiyonel tedavilerle birlikte TSY kullandığını sağlık ekip üyelerine söylememekte ve bu durumda istenmeyen olumsuz etkilere neden olmaktadır. Hemşire bir bütün olarak çocuk ve ailesinin kültürel yapısı, değerleri, inançları, kültürel uygulamaları ve kullandıkları herhangi bir tamamlayıcı sağlık yaklaşımı olup olmadığını değerlendirerek bakımı planlamalıdır. TSY uygulanırken mutlaka mesleki sorumluluk göz önünde bulundurulmalı, yarar zarar ilişkisi gözden geçirilmeli ve çocuk için en uygun kararın verilmesi sağlanmalıdır. Kanser tanısı alan çocuk ve ailesine bakım veren hemşireler, kanıtı olmayan ya da zarar verme potansiyeli olan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları konusunda ebeveynleri bilgilendirip, tıbbi tedaviyi destekleyen yaklaşımlara teşvik edebilirler. Hemşire, çocuk ve ailesi ile en yakın iletişim kuran sağlık ekibi üyesi olma özelliği ile toplumda hızla gelişen tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının farkında olmalı, çocuklarda kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının etkinliğini saptamaya yönelik çalışmalar yapmalı, bu konuda bilgi birikimlerini artırmalı ve güncelleştirilmelidir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Şekli

Tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Polikliniği, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Kliniği, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Polikliniği ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Kliniği'nde yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Kliniği 32 yataklı, ayaktan hasta izlemi için 8 yataklı polikliniğe ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Kliniği'nde ise servis 18 yataklı bir kliniğe ve ayaktan hasta izlemi için 3 yataklı polikliniğe sahiptir.

Araştırmanın verileri Mart-Kasım 2014 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Polikliniği ve Onkoloji Kliniği'nde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Polikliniği ve Çocuk Onkoloji Kliniği'nde toplanmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; araştırmanın yapıldığı kliniklerde tedavi ve izlemi yapılan kanser tanısı alan çocuklar ve ebeveynleri oluşturmuştur. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Kliniği'nde son bir yıl içerisinde yaklaşık 100-120 kanser hastalığı olan çocuk takip edilmiştir. Antalya İli'nde çocuk onkoloji hastalarının takip ve tedavi edildiği tek hastane Akdeniz Üniversitesi Hastanesi olduğu için araştırmada sadece bu hastane alınmıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Kliniği'nde son bir yıl içerisinde yaklaşık 100 kanser tanısı alan çocuk takip edilmiştir.

### 3.4. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem seçimine gidilmeyip, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra katılmayı kabul eden tüm çocuk ve ebeveynler, araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmanın yapıldığı süre içerisinde hastalardan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Polikliniği ve Kliniği'nde 108 çocuğun aile üyesine (anne ya da baba), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Polikliniği ve Kliniği'nde 48 çocuğun aile üyesine ulaşılabilmektedir. Araştırmanın örneklemini toplam 156 çocuk ve ebeveyn oluşturmuştur.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

#### Bağımlı Değişken

Ebeveynlerin semptomlara yönelik kullandıkları tamamlayıcı sağlık yaklaşımları, kullanım miktarı/sıklığı, olumlu-olumsuz etkileri, kullanımını etkileyen

faktörler ve çocukların hastalığın semptomlarına yönelik uyguladıkları yaklaşımlar araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

### **Bağımsız Değişken**

Ebeveynlerin; cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, aile tipi, çocuk sayısı, çocuğun cinsiyeti, çocuğun yaşı, ekonomik ve eğitim durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri (21,23,27, 36,37,38,41) dikkate alınarak oluşturulan üç form ile elde edilmiştir:

1. Anket Formu (EK-V)
2. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Ebeveyn Veri Formu (EK-VI)
3. Çocukların Semptomlara Yönelik Uyguladıkları Yaklaşımlar Veri Formu (EK-VII)

#### **3.6.1. Anket Formu**

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Form; çocuğun hastalığına ilişkin dosyadan alınacak bilgileri (*birinci bölüm*), çocuk ve ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerini (*ikinci bölüm*), ebeveynlerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını kullanma durumunu, bu yaklaşımları öğrendiği bilgi kaynaklarını ve kullanma sebeplerini (*üçüncü bölüm*) içeren, açık uçlu ve çoktan seçmeli toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Formda yer alan son soru (22. soru) 4 yaşın üzerindeki çocukların hastalığını iyileştirmek ya da kendini iyi hissetmek için neler yaptığını belirlemeye yönelik açık uçlu olarak hazırlanmıştır.

#### **3.6.2. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Ebeveyn Veri Formu**

Tamamlayıcı sağlık yaklaşımları ebeveyn veri formu; ebeveynlerin çocuklarında sık görülen semptomlara yönelik kullandıkları tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını, kullanım miktarı/sıklığını ve kendi ifadelerine göre bu yaklaşımların yan etkisi olup olmadığı ve bu yaklaşımları sağlık personeli ile paylaşma durumlarını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Form; tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını doğal ürünler ve zihin/beden uygulamaları olarak iki alt grupta ele alması nedeniyle NCCIH'e göre düzenlenmiştir. Formda literatür doğrultusunda (41,52,117) kemoterapi tedavisi yan etkilerine bağlı en çok ortaya çıkan semptomlar sıralanmıştır. Bu semptomlara yönelik literatürde en sık kullanıldığı belirtilen (21,23,27,36,37,38,41) tamamlayıcı sağlık yaklaşımları seçenekler halinde sıralanmıştır. Olası farklı yanıtlar için açıklama gerektiren "diğer" seçeneği yazılmıştır.

#### **3.6.3. Çocukların Semptomlara Yönelik Uyguladıkları Yaklaşımlar Veri Formu**

Yedi yaşın üzerindeki çocukların hastalığın semptomlarına yönelik kendi uyguladıkları yaklaşımları belirlemeye yönelik hazırlanan bir veri formudur.

### **3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırma öncesi, anket sorularının kapsamını ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 5 ebeveyn ve çocuğa ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda veri toplama araçlarından; alınan geri bildirimler doğrultusunda revize edilmiştir. Bu ebeveyn ve çocuklar örnekleme dahil edilmemişlerdir.

### **3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Araştırmanın verileri Mart-Kasım 2014 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Polikliniği ve Onkoloji Kliniği'nde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Onkoloji Polikliniği ve Çocuk Onkoloji Kliniği'nde toplanmıştır. Araştırmanın verileri, Anket Formu (EK-V), Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Ebeveyn Veri Formu (EK-VI) ve Çocukların Semptomlara Yönelik Uyguladıkları Yaklaşımlar Veri Formu (EK-VII) kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmayı kabul eden ebeveynlere aydınlatılmış onam formu okutulup imzalatılmıştır. Çocuk ve ebeveynlerle yapılan görüşmeler, çocuk onkoloji polikliniği ve servisinde sessiz bir ortam sağlanarak yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

### **3.9. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın verileri, Akdeniz Üniversitesi'nin lisanslı SPSS (20.0) istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çocukların ve ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, çocukların tanı sınıflaması, ebeveynlerin çocukları için TSY kullanma oranı ve nedenleri, ebeveynler tarafından semptomlara yönelik uygulanan TSY yöntemleri, öğrendiği bilgi kaynakları, kullanım miktarları, sıklıkları, yan etkileri ve sağlık personelinin bilgi durumları, çocuklar tarafından uygulanan TSY'leri değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Aile yapısı, ekonomik durumu, ailede aynı hastalığa sahip olma durumu, annenin yaş grubu ve eğitim durumu ile tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığına ki-kare testi ile bakılmıştır. İstatistiksel anlamlılık derecesi ( $p \leq 0.05$ ) olarak alınmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Yeni kanser tanısı konulan çocukların örnekleme dahil edilememesi, kanser tanısı konulduktan sonra literatür doğrultusunda en az 2 ay süre geçmiş olması (21,27,28,37,39), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde toplanan veri süresinin kısa olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

### **3.11. Araştırma Etiği**

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (EK-I). Etik onay alındıktan sonra, araştırmanın uygulanabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden kurum izinleri alınmıştır (EK-II, EK-III). Araştırmaya katılmayı kabul eden çocuk ve ebeveynlerden de aydınlatılmış onam alınmıştır (EK-IV). Anket uygulamasından sonra ebeveynler tarafından uygulanan hatalı/yanlış tamamlayıcı sağlık yaklaşım/yaklaşımları olduğunda araştırmacı tarafından bu konuda bilgilendirilmişlerdir.



## BULGULAR

**Tablo 4.1.** Araştırmaya katılan çocukların özelliklerinin dağılımı (N=156)

Özellikler		Sayı	%
Çocuğun cinsiyeti	Kız	57	36.5
	Erkek	99	63.5
Yaş ortalaması	8.5±5.3 yıl		
Yaş grubu	2-11 ay	2	1.3
	1-3 yaş	29	18.6
	4-6 yaş	36	23.1
	7-12 yaş	44	28.2
	13-18 yaş	45	28.8
Okula gitme durumu	Evet	26	16.7
	Hayır	130	83.3
Tanı süresi	2-11 ay	77	49.4
	1-3 yıl	55	35.3
	4-6 yıl	19	12.2
	7-9 yıl	5	3.1
Hastalık evresi	Evre 1	31	19.9
	Evre 2	44	28.2
	Evre 3	42	26.9
	Evre 4	16	10.3
Metastaz durumu	Var	21	13.5
	Yok	135	86.5
Şu anki tedavisi	Kemoterapi	129	82.7
	Radyoterapi	3	1.9
	Cerrahi tedavi	1	0.7
	Kontrol tedavi	23	14.7
Başka kronik hastalığın varlığı	Var	3	1.9
	Yok	153	98.1
Kronik hastalığın adı	Astım	1	0.6
	Kalp yetmezliği	1	0.6
	Ritm bozukluğu	1	0.6
Ailede aynı hastalığa sahip başka bireyin varlığı	Evet	2	1.3
	Hayır	154	98.7

Araştırmaya katılan çocukların özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de görülmektedir. Çocukların %63.5’inin erkek, yaş ortalamasının  $8.5\pm 5.3$  yıl, %28.8’sinin 13-18 yaş grubunda olduğu ve %83.3’ünün okula gitmediği belirlenmiştir. Çocukların %28.2’sinin hastalığın 2. evresinde olduğu, %86.5’inin metastaz durumu olmadığı, %82.7’sinin kemoterapi tedavisi aldığı ve %98.1’inde başka kronik bir hastalık bulunmadığı saptanmıştır. Çocukların %98.7’sinin ailesinde aynı hastalığa sahip başka bir bireyin bulunmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.** Araştırmaya katılan çocukların sahip olduğu hastalıkların tanı sınıflaması

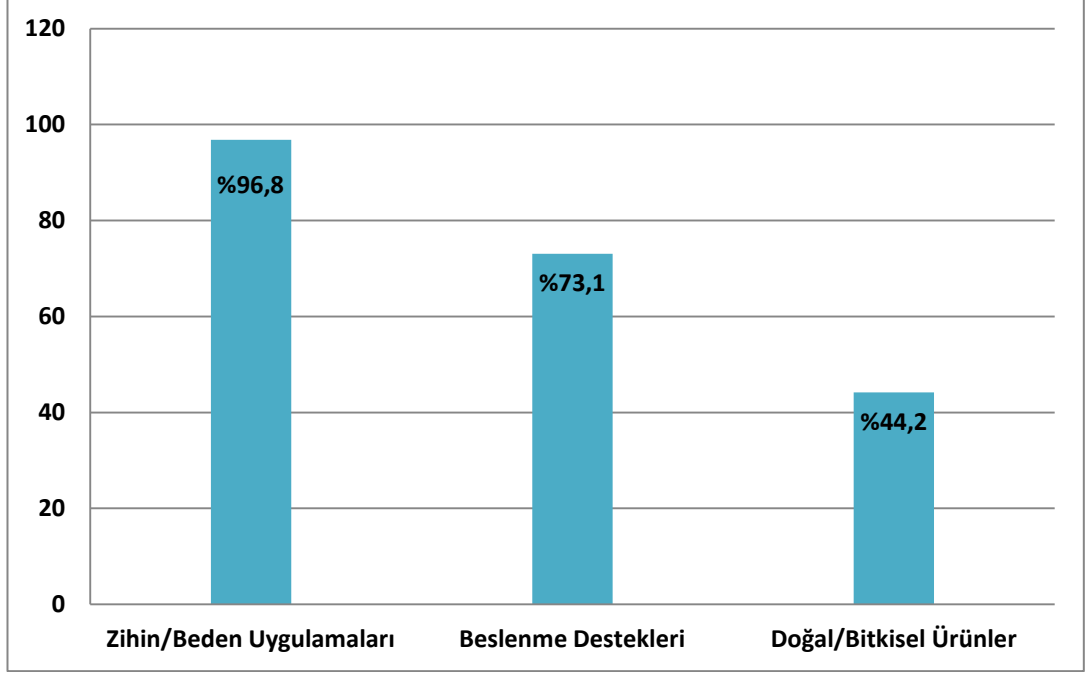
Tanı	n	%
Akut lenfoblastik lösemi	<b>62</b>	<b>39.7</b>
Non-hodgkin lenfoma	19	12.2
Nöroblastom	15	9.6
Medulloblastom	12	7.7
Akut myeloblastik lösemi	8	5.1
Rabdomyosarkom	7	4.5
Osteosarkom	7	4.5
Wilms tümörü	5	3.2
Ewing sarkom	5	3.2
Retinoblastom	4	2.6
Plomiksoid astrositom	2	1.3
Epiteloid sarkom	2	1.3
Kronik myelositik lösemi	1	0.6
Hepatoblastom	1	0.6
Nazofarenks karsinomu	1	0.6
Germinom	1	0.6
Over tümörü	1	0.6
Myosarkoma	1	0.6
Langerhans hücreli histiostoz	1	0.6
Epandimom	1	0.6
Toplam	156	100

Araştırmaya katılan çocukların sahip olduğu hastalıkların tanı sınıflaması Tablo 4.2’te belirtilmiştir. Tanı sınıflamasında akut lenfoblastik lösemi tanısı %39.7 ile ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırada %12.2 non-hodgkin lenfoma ve üçüncü sırada ise %9.6 ile nöroblastom gelmektedir.

**Tablo 4.3.** Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri (N=156)

Özellikleri		Anne		Baba	
		n	%	n	%
<b>Ebeveyn</b>		<b>126</b>	<b>80.8</b>	30	19.2
<b>Yaş ortalaması</b>		37.3±7.8 yıl		39.5±7.9 yıl	
<b>Medeni durum</b>	Evli	<b>121</b>	<b>96.04</b>	30	100
	Bekar	5	3.96	0	0
<b>Eğitim durumu</b>	Okur-yazar değil	10	7.93	1	3.3
	Okur-yazar	2	1.58	0	0
	İlköğretim	<b>68</b>	<b>53.96</b>	<b>18</b>	<b>60.0</b>
	Lise	29	23.04	10	33.4
	Üniversite	17	13.49	1	3.3
<b>Mesleği</b>	Çalışıyor	16	12.7	<b>18</b>	<b>60.0</b>
	Çalışmıyor	<b>110</b>	<b>87.3</b>	12	40.0
		<b>Aile</b>			
		<b>n</b>		<b>%</b>	
<b>Ekonomik durumu</b>	Gelir < Gider	<b>87</b>		<b>55.8</b>	
	Gelir = Gider	68		43.6	
	Gelir > Gider	1		0.6	
<b>Aile yapısı</b>	Çekirdek aile	<b>104</b>		<b>66.7</b>	
	Geniş aile	45		28.8	
	Parçalanmış aile	7		4.5	

Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3’de görülmektedir. Çalışmaya katılan ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun anne (%80.8) olduğu ve çalışmadığı (%87.3), annelerin yaş ortalamasının 37.3±7.8 yıl ve ilköğretim mezunu (%53.96) olduğu belirlenmiştir. Babaların ise yaş ortalaması 39.5±7.9 yıl, büyük bir çoğunluğunun (%60) meslek sahibi ve ilköğretim mezunu olduğu (%60) saptanmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çekirdek aile yapısında (%66.7) ve gelirin giderden az olduğu (%55.8) olduğu belirlenmiştir.



Şekil 4.1. Ebeveynler tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımı oranlarının dağılımı

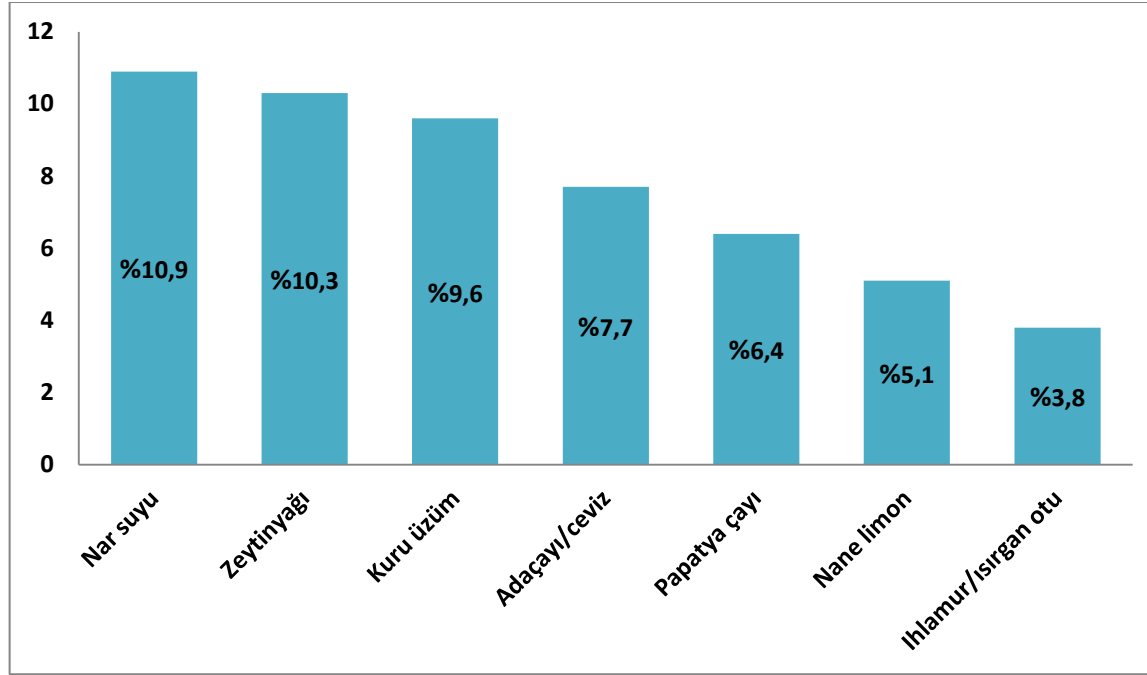
Ebeveynler tarafından uygulanan TSY oranlarının dağılımı Şekil 4.1’de görülmektedir. Ebeveynlerin %99.4’ünün çocuğunun iyileşmesi için herhangi bir TSY yöntemini kullandığı saptanmıştır. Ebeveynlerin çocukları için kullandıkları tamamlayıcı sağlık yaklaşım oranları; zihin-beden uygulamaları (%96.8), beslenme destekleri (%73.1) ve doğal/bitkisel ürünleri (%44.2) olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.4.** Ebeveynler tarafından çocuklarda görülen semptomlara yönelik uygulanan doğal/bitkisel ürünler\* (N=155)

Doğal/Bitkisel Ürünler	SEMPTOMLAR																								
	Ağız yarası		İştahsızlık		Bulantı Kusma		Ağrı		Saç dökülmesi		Kabızlık		İshal		Halsizlik		Uykusuzluk		Sinirlilik		Nötropeni		Kullanan toplam kişi sayısı (n)	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Nar suyu ve tanesi	3	1.9	1	0.6																	13	8.3	17	10.9	
Zeytinyağı										16	10.3												16	10.3	
Kuru üzüm, üzüm çekirdeği										1	0.6			1	0.6							13	8.3	15	9.6
Adaçayı	8	5.1	1	0.6														1	0.6		2	1.3	12	7.7	
Ceviz			1	0.6										5	3.2							6	3.8	12	7.7
Papatya çayı	8	5.1								1	0.6							1	0.6				10	6.4	
Nane limon	1	0.6			7	4.5																	8	5.1	
İhlamur			1	0.6	3	1.9	1	0.6										1	0.6				6	3.8	
Isırgan otu, tohumu														1	0.6							5	3.2	6	3.8
Çörek otu					1	0.6								2	1.3							2	1.3	5	3.2
Yeşil çay					1	0.6												1	0.6			1	0.6	3	1.9
Zencefil					1	0.6																2	1.3	3	1.9
Kuşburnu			1	0.6	1	0.6																		2	1.3
Kekik					1	0.6																1	0.6	2	1.3
Kabak çekirdeği										1	0.6													1	0.6
Böğürtlen																						1	0.6	1	0.6
İncir suyu										1	0.6													1	0.6
Kayısı çayı										1	0.6													1	0.6

\* Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Ebeveynler tarafından çocuklarda görülen semptomlara yönelik uygulanan doğal/bitkisel ürünlerin dağılımı Tablo 4.4 ve Şekil 4.2’de belirtilmiştir. Doğal/bitkisel ürünlerden sıklıkla nar suyu (%10.9, n=17), zeytinyağı (%10.3, n=16) ve kuru üzüm (%9.6, n=15) kullanıldığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin çocukları için kullandıkları doğal/bitkisel ürünlerden nar suyu ve tanesi ilk sırada (%10.9, n=17) yer almıştır. Ebeveynlerin çocuklarda gelişen semptomlardan; nötropeni (13), ağız yarası (3) ve iştahsızlık (1) semptomunu gidermek için nar suyu ve tanesini kullandığını ifade etmiştir. Ebeveynlerin %10.3’ü çocuklarda görülen kabızlık semptomunu gidermek için zeytinyağı kullandıklarını belirtmişlerdir.



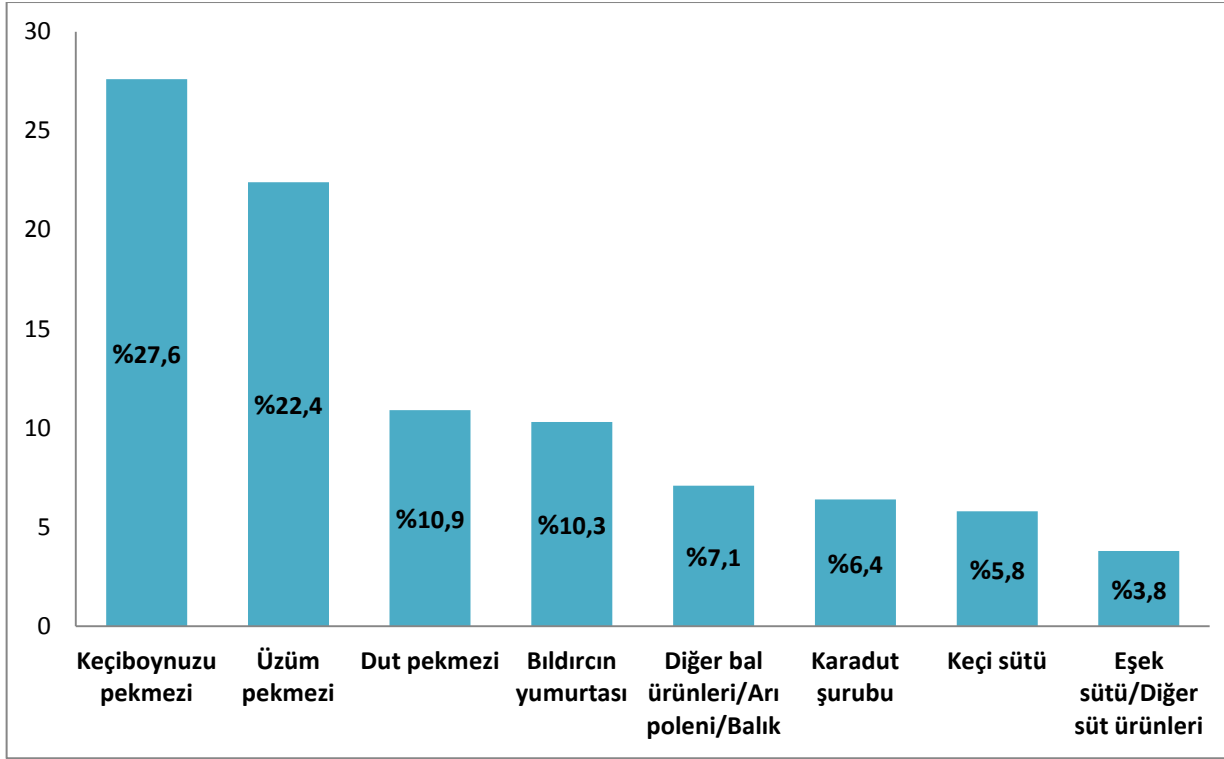
Şekil 4.2. Ebeveynler tarafından sık kullanılan doğal/bitkisel ürünlerin dağılımı

**Tablo 4.5.** Ebeveynler tarafından çocuklarda görülen semptomlara yönelik uygulanan beslenme destekleri\* (N=155)

Beslenme Destekleri	SEMPTOMLAR														Kullanan toplam kişi sayısı (n)	%										
	Ağız yarası		İştahsızlık		Bulantı Kusma		Ağrı		Saç dökülmesi		Kabızlık		İshal				Halsizlik		Uykusuzluk		Sinirlilik		Nötropeni			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	n	%		
Keçiboynuzu/Harnup pekmezi	1	0.6																			42	26.9	43	27.6		
Üzüm pekmezi	1	0.6	1	0.6										1	0.6							32	20.5	35	22.4	
Dut pekmezi	6	3.8																				11	7.1	17	10.9	
Bıldırcın yumurtası			1	0.6										2	1.3							13	8.3	16	10.3	
Diğer bal ürünleri	2	1.3												2	1.3							7	4.5	11	7.1	
Arı poleni																						11	7.1	11	7.1	
Balık/balık yağı														1	0.6							10	6.4	11	7.1	
Karadut şurubu	10	6.4																					10	6.4		6.4
Keçi sütü														1	0.6							8	5.1	9	5.8	
Eşek sütü	1	0.6																				5	3.2	6	3.8	
Diğer süt ve süt ürünleri			2	1.3										1	0.6							3	1.9	6	3.8	
Andız pekmezi																						4	2.6	4	2.6	
Köpek balığı kıkırdağı																						3	1.9	3	1.9	
Reish mantarı																						3	1.9	3	1.9	
Arı sütü																						3	1.9	3	1.9	
Anzer balı																						2	1.3	2	1.3	

\* Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Ebeveynler tarafından çocuklarda görülen semptomlara yönelik uygulanan beslenme desteklerinin dağılımı Tablo 4.5 ve Şekil 4.3'te belirtilmiştir. Ebeveynlerin kullandıkları beslenme desteklerinden %27.6 (n=43) ile keçiboynuzu pekmezi (harnup pekmezi) ilk sırada yer almıştır. 42 ebeveyn nötropeni ve 1 ebeveyn de çocuklarında gelişen ağız yarası semptomunu gidermek için keçiboynuzu pekmezini kullandığını ifade etmiştir. İkinci sırada %22.4 (n=35) ile üzüm pekmezi yer almıştır. 32 ebeveyn nötropeni, birer ebeveyn de ağız yarası, iştahsızlık ve halsizlik semptomunu gidermek için üzüm pekmezi kullandığını belirtmiştir. Üçüncü sırada ise %10.9 (n=17) ile dut pekmezi yer almıştır. Dut pekmezi kullanan toplam 17 ebeveyn; nötropeni (n=11) ve ağız yarası (n=6) semptomunu gidermek için kullandığını ifade etmiştir.



Şekil 4.3. Ebeveynler tarafından sık kullanılan beslenme destek ürünlerinin dağılımı

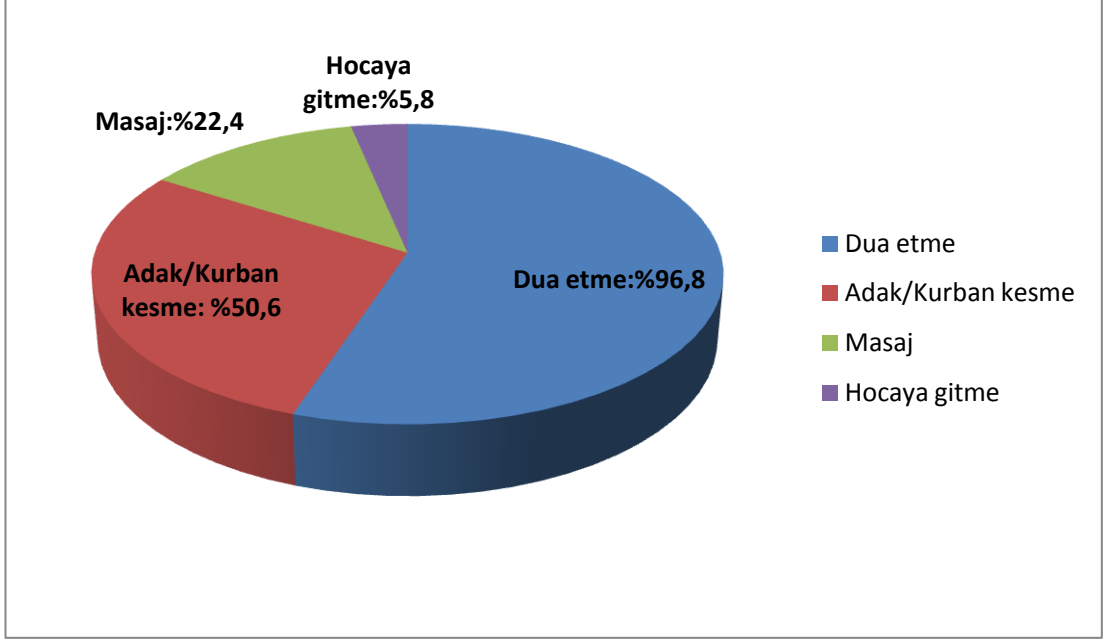


**Tablo 4.6.** Ebeveynler tarafından çocuklarda görülen semptomlara yönelik uygulanan zihin-beden uygulamaları\* (N=155)

Zihin/Beden Uygulamaları	SEMPTOMLAR														Kullanan toplam kişi sayı (n)	%								
	Ağız yarası		İştahsızlık		Bulantı Kusma		Ağrı		Saç dökülmesi		Kabızlık		İshal				Halsizlik		Uykusuzluk		Sinirlilik		Nötropeni	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Dua etme</b>																							<b>151</b>	<b>96.8</b>
<b>Adak/kurban kesme</b>																							<b>79</b>	<b>50.6</b>
<b>Masaj</b>							34	21.8											1	0.6			<b>35</b>	<b>22.4</b>
<b>Hocaya gitme</b>																							9	5.8
<b>Biyoenerji</b>																					4	2.6	4	2.6
<b>Müzik terapi</b>																			2	1.3			2	1.3
<b>Reiki</b>																					1	0.6	1	0.6

\* Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Ebeveynler tarafından çocuklarda görülen semptomlara yönelik uyguladıkları zihin-beden uygulamalarının dağılımı Tablo 4.6 ve Şekil 4.4'te belirtilmiştir. Zihin/beden uygulamaları arasında ilk sırada dua etme (%96.8), ikinci sırada adak/kurban kesme (%50.6) ve üçüncü sırada ise masaj uygulaması (%22.4) yer almaktadır. Masaj uygulayan toplam 35 ebeveyn; ağrı (n=34) ve sinirlilik (n=1) semptomunu gidermek için bu yöntemi kullandığını ifade etmiştir. Ayrıca ebeveynler tarafından biyoenerji (n=4), müzik terapi (n=2) ve reiki (n=1) yöntemlerinin de kullanıldığı belirlenmiştir.



Şekil 4.4. Ebeveynler tarafından sık uygulanan zihin/beden uygulamalarının dağılımı

**Tablo 4.7.** Ebeveynler tarafından sık uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları (Akdeniz Üniversitesi Hastanesi) (N=108)

Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları	SEMPTOMLAR														Kullanan toplam kişi sayısı (n)	%								
	Ağız yarası		İştahsızlık		Bulantı Kusma		Ağrı		Saç dökülmesi		Kabızlık		İshal				Halsizlik		Uykusuzluk		Sinirlilik		Nötropeni	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	n	%
Dua etme																						104	96.2	
Adak/kurban kesme																						55	50.9	
Keçiboynuzu pekmezi	1	0.9																		31	28.7	32	29.6	
Masaj							22	20.3									1	0.9				23	21.2	
Üzüm pekmezi	1	0.9	1	0.9									1	0.9						17	15.8	20	18.5	
Nar suyu ve tanesi	3	2.7	1	0.9																12	11.1	16	14.8	
Zeytin yağı										16	14.8											16	14.8	
Bıldırcın yumurtası			1	0.9									1	0.9						12	11.1	14	12.9	
Kuru üzüm, üzüm çekirdeği										1	0.9		1	0.9						10	9.3	12	11.1	
Adaçayı	8	7.4	1	0.9													1	0.9	2	1.9	12	11.1		
Dut pekmezi	5	4.6																		6	5.6	11	10.2	
Balık/balık yağı													1	0.9						10	9.3	11	10.2	
Karadut şurubu	10	9.3																				10	9.3	
Papatya çayı	8	7.4							1	0.9							1	0.9				10	9.3	
Ceviz			1	0.9									4	3.7						5	4.6	10	9.3	
Keçi sütü													1	0.9						7	6.5	8	7.4	
Hocaya gitme																						8	7.4	
Diğer bal ürünleri	2	1.9											2	1.9						4	3.7	8	7.4	
Arı poleni																				7	6.5	7	6.5	
Eşek sütü	1	0.9																		5	4.6	6	5.6	
İhlamur			1	0.9	3	2.7	1	0.9														5	4.6	
Nane limon	1	0.9			4	3.7																5	4.6	
Isırgan otu, tohumu													1	0.9						4	3.7	5	4.6	
Biyoenerji																				3	2.7	3	2.7	

\* Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Ebeveynler tarafından sık uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının (Akdeniz Üniversitesi Hastanesi) dağılımı Tablo 4.7’de belirtilmiştir. Ebeveynler tarafından sık uygulanan TSY (Akdeniz Üniversitesi Hastanesi) arasında; dua etme (%96.2), adak/kurban kesme (%50.9), keçiboynuzu pekmezi (%29.6) masaj (%21.2) ve üzüm pekmezi (%18.5) yer almıştır. 31 ebeveyn nötropeni ve 1 ebeveyn de çocuklarında gelişen ağız yarası semptomunu gidermek için keçiboynuzu pekmezi kullandığını ifade etmiştir. Masaj uygulayan toplam 23 ebeveyn; ağrı (n=22) ve sinirlilik (n=1) semptomunu gidermek için bu

yöntemi kullandığını belirtmiştir. 17 ebeveyn nötropeni, birer ebeveyn de ağız yarası, iştahsızlık ve halsizlik semptomunu gidermek için üzüm pekmezi kullandığını belirtmiştir.

**Tablo 4.8.** Ebeveynler tarafından sık uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi) (N=48)

Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları	SEMPTOMLAR																						Kullanan toplam kişi sayısı (n)	%			
	Ağız yarası		İştahsızlık		Bulantı Kusma		Ağrı		Saç dökülmesi		Kabızlık		İshal		Halsizlik		Uykusuzluk		Sinirlilik		Nötropeni						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Dua etme																							47	97.9			
Adak/kurban kesme																							24	50.0			
Üzüm pekmezi																					15	31.2	15	31.2			
Masaj							12	25.0															12	25.0			
Keçiboynuzu pekmezi																						11	22.9	11	22.9		
Dut pekmezi	1	2.1																				5	10.4	6	12.5		
Arı poleni																						4	8.3	4	8.3		
Nane limon					3	6.2																	3	6.2	3	6.2	
Diğer bal ürünleri																							3	6.2	3	6.2	
Kuru üzüm, üzüm çekirdeği																							3	6.2	3	6.2	
Ceviz														1	2.1								1	2.1	2	4.2	
Bıldırcın yumurtası														1	2.1								1	2.1	2	4.2	
Biyoenerji																							1	2.1	1	2.1	
Reiki																							1	2.1	1	2.1	
Arı sütü																							1	2.1	1	2.1	
Keçi sütü																							1	2.1	1	2.1	
Anzer balı																							1	2.1	1	2.1	
Isırgan otu, tohumu																							1	2.1	1	2.1	
Nar suyu ve tanesi																							1	2.1	1	2.1	
Yeşil çay																					1	2.1		1	2.1	1	2.1
Ihlamur																					1	2.1		1	2.1	1	2.1
Hocaya gitme																								1	2.1	1	2.1

\* Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Ebeveynler tarafından sık uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi) dağılımı Tablo 4.8’de belirtilmiştir. Ebeveynler tarafından sık kullanılan TSY arasında (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi); dua etme (%97.9), adak/kurban kesme (%50.0), üzüm pekmezi (%31.2), masaj (%25) ve keçiyoynuzu pekmezi (%22.9) yer almıştır. Üzüm ve keçiyoynuzu pekmezi kullanan ebeveynlerin tamamı (sırasıyla %31.2, %22.9) nötropeni semptomunu gidermek için kullandığını ifade etmiştir. Masaj uygulayan toplam 12 ebeveyn; ağrı semptomunu gidermek için, dut pekmezi kullanan toplam 6 ebeveyn ise; nötropeni (n=5) ve ağız yarası (n=1) semptomunu gidermek bu yöntemi kullandığını belirtmiştir.

**Tablo 4.9.** Ebeveynler tarafından sık uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları (N=155)

Kullanılan TSY	n	%
Dua etme	151	96.8
Adak/kurban kesme	79	50.6
Keçiyoynuzu pekmezi	43	27.6
Üzüm pekmezi	35	22.4
Masaj	35	22.4
Dut pekmezi	17	10.9
Nar suyu ve tanesi	17	10.9
Zeytinyağı	16	10.3
Bıldırcın yumurtası	16	10.3
Kuru üzüm	15	9.6
Adaçayı	12	7.7
Ceviz	12	7.7
Diğer bal ürünleri	11	7.1
Arı poleni	11	7.1
Balık /balık yağı	11	7.1
Papatya çayı	10	6.4

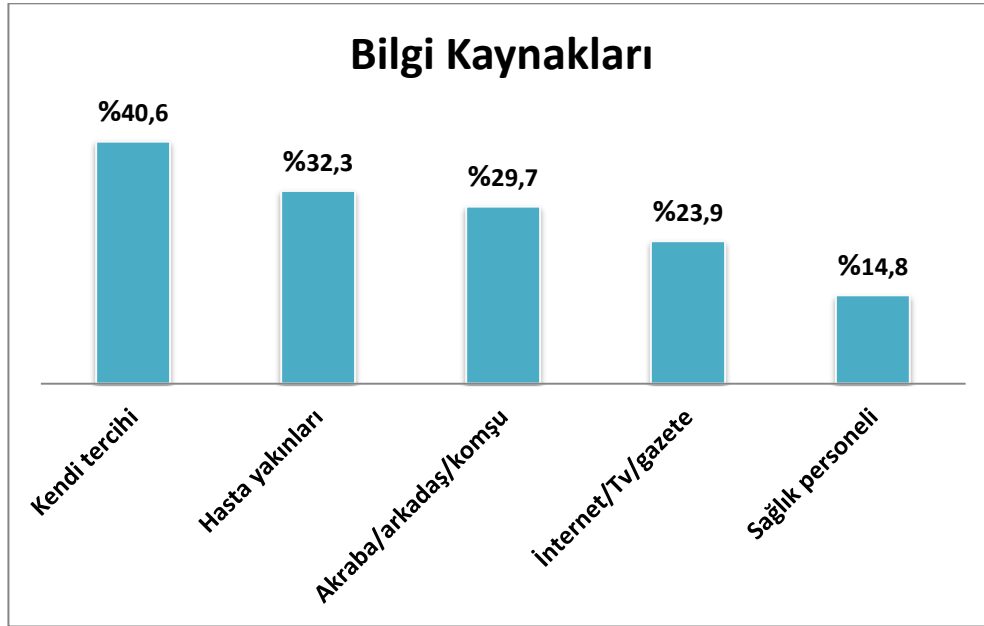
Ebeveynler tarafından sık uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının dağılımı Tablo 4.9’da belirtilmiştir. Çalışma genelinde ebeveynler tarafından sık kullanılan TSY arasında birinci sırada dua etme (%96.8), ikinci sırada adak/kurban kesme (%50.6) ve üçüncü sırada ise keçiyoynuzu pekmezi (%27.6) yer almıştır. Çalışmada ebeveynlere tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını çocuğu için kullanmaya devam etme durumu sorulduğunda %84.6’sı evet cevabını vermiştir. Ebeveynlerin %74.4’ü ise kullandığı tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını diğer hasta/ hasta yakınlarına önerdiğini ifade etmiştir.

**Tablo 4.10.** Ebeveynlerin çocukları için tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanma nedenleri\*

<b>Ebeveynlerin çocukları için TSY kullanma nedenleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Çocuğumun bağışıklık sistemini güçlendirmek için	95	61.3
Tedavisi için elimizden gelen herşeyi yapmak için	59	38.1
İlaçların/radyoterapinin yan etkilerini önlemek için	40	25.8
Hastalığın ilerlemesini ya da yeniden oluşmasını önlemek için	29	18.7
Bu uygulamaların yan etkisi olmadığı/az olduğu için	8	5.2
Tıbbi tedavi ile birlikte kullanırsak daha çok yarar sağlayacağına inandığım için	7	4.5
Aslında çok inanmıyorum ama elimizden gelen herşeyi yapmak istiyorum	6	3.9
Başka umudumuz kalmadığı için	6	3.9

\* Bu soruya ebeveynler tarafından birden fazla yanıt verilmiştir.

Ebeveynlerin çocukları için TSY kullanma nedenleri Tablo 4.10'da görülmektedir. Ebeveynlerin çocukları için TSY kullanma nedenleri arasında; çocuğun bağışıklık sistemini güçlendirme (%61.3), tedavisi için elinden gelen herşeyi yapma (%38.1) ve ilaçların/radyoterapinin yan etkilerini önleme (%25.8) yer almaktadır.



**Şekil 4.5.** Ebeveynlerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını öğrendiği bilgi kaynakları

Ebeveynlerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını öğrendiği bilgi kaynaklarının dağılımı Şekil 4.5'te belirtilmiştir. Ebeveynler tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını öğrendiği bilgi kaynakları; kendi tercihi (%40.6), hasta ya da hasta yakınları (%32.3), akraba, arkadaş ya da komşular (%29.7) olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.11.** Ebeveynlerin kullandıkları bitkisel ürünlerin kullanım miktarları ve sıklıkları

Kullanılan Doğal/Bitkisel Ürünler	Kullanım Miktarı										Kullanım Sıklığı									
	Çay kaşığı		Tatlı kaşığı		Yemek kaşığı		Çay bardağı		Su bardağı		Her gün		Haftada bir		Haftada iki		Ayda bir		Lüzum halinde	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nar suyu ve tanesi			1	0.6	1	0.6	10	6.4	5	3.2	8	5.1	4	2.6	4	2.6			1	0.6
Zeytinyağı	3	1.9	6	3.8	6	3.8			1	0.6	1	0.6	1	0.6	1	0.6	1	0.6	12	7.7
Kuru üzüm, üzüm çekirdeği			9	5.8	1	0.6	4	2.6	1	0.6	10	6.4	4	2.6	1	0.6				
Adaçayı							9	5.8	3	1.9	5	3.2	2	1.3	1	0.6	1	0.6	3	1.9
Papatya çayı			2	1.3			7	4.5	1	0.6	6	3.8			1	0.6	1	0.6	2	1.3
Nane limon			1	0.6			5	3.2	2	1.3	3	1.9	2	1.3			1	0.6	2	1.3
Ihlamur							4	2.6	2	1.3	1	0.6			3	1.9	2	1.3		
Isırgan otu, tohumu			1	0.6			4	2.6	1	0.6	1	0.6	2	1.3	1	0.6	2	1.3		
Çörek otu	2	1.3	2	1.3					1	0.6	2	1.3	2	1.3					1	0.6
Yeşil çay							3	1.9			2	1.3			1	0.6				
Zencefil	1	0.6	1	0.6			1	0.6			1	0.6							2	1.3
Kuşburnu					1	0.6			1	0.6	1	0.6							1	0.6
Kekik			1	0.6			1	0.6					1	0.6			1	0.6		
Kabak çekirdeği					1	0.6													1	0.6
Böğürtlen					1	0.6									1	0.6				
İncir suyu							1	0.6											1	0.6
Kayısı çayı							1	0.6			1	0.6								

Ebeveynlerin kullandıkları bitkisel ürünlerin kullanım miktarları ve sıklıklarının dağılımı Tablo 4.11’de belirtilmiştir. Bitkisel ürünlerden birinci sırada yer alan nar suyu ve tanesini kullanan ebeveynlerin (n=17); yaklaşık yarısı (n=8) her gün bir çay bardağı nar suyu ve tanesi çocuğuna verdiğini belirtmiştir. Kuru üzüm kullanan toplam 15 ebeveynin ise büyük bir çoğunluğu (n=9) her gün bir tatlı kaşığı çocuğuna verdiğini ifade etmiştir. Zeytinyağı kullanan ebeveynlerin (n=16); büyük bir çoğunluğu (n=12) ihtiyaç olduğu durumda/lüzum halinde verdiğini belirlenmiştir.

**Tablo 4.12.** Ebeveynlerin kullandıkları beslenme desteklerinin kullanım miktarları ve sıklıkları

Kullanılan Beslenme Destekleri	Kullanım miktarı										Kullanım sıklığı											
	Çay kaşığı		Tatlı kaşığı		Yemek kaşığı		Çay bardağı		Su bardağı		Her gün		Haftada bir		Haftada iki		Ayda bir		Lüzum halinde		Sadece 1kez	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Keçiboynuzu/Harnup pekmezi	5	3.2	23	14.7	14	9.0	1	0.6			25	16.0	12	7.7	3	1.9	1	0.6	2	1.3		
Üzüm pekmezi	5	3.2	17	10.9	12	7.7	1	0.6			16	10.3	13	8.3	4	2.6	2	1.3				
Dut pekmezi	1	0.6	9	5.8	7	4.5					11	7.1	2	1.3	2	1.3			2	1.3		
Anzer balı	2	1.3									2	1.3										
Diğer bal ürünleri	1	0.6	8	5.1	2	1.3					7	4.5	2	1.3	1	0.6			1	0.6		
Arı poleni	7	4.5	3	1.9	1	0.6					8	5.1	3	1.9								
Karadut şurubu	5	3.2	5	3.2															10	6.4		
Keçi sütü	1	0.6					2	1.3	6	3.8	4	2.6	2	1.3	1	0.6	2	1.3				
Eşek sütü	1	0.6					3	1.9	2	1.3	2	1.3					2	1.3	1	0.6	1	0.6
Diğer süt ve süt ürünleri									6	3.8	5	3.2			1	0.6						
Andız pekmezi	1	0.6			2	1.3	1	0.6			2	1.3	1	0.6	1	0.6						
Reish mantarı	1	0.6					2	1.3			3	1.9										
Arı sütü	1	0.6	2	1.3							1	0.6							1	0.6	1	0.6

Ebeveynlerin kullandıkları beslenme desteklerinin kullanım miktarları ve sıklıklarının dağılımı Tablo 4.12’de görülmektedir. Beslenme desteklerinden birinci sırada yer alan keçiboynuzu pekmezi kullanan ebeveynlerin (n=43); yarısından fazlası (n=23) her gün bir tatlı kaşığı uyguladıklarını belirtmiştir. Beslenme desteklerinden ikinci sırada yer alan üzüm pekmezi kullanan ebeveynlerin (n=35); yaklaşık yarısı hergün bir tatlı kaşığı uyguladıklarını ifade etmiştir. Beslenme desteklerinden üçüncü sırada yer alan dut pekmezi kullanan ebeveynlerin ise (n=17); her gün bir tatlı kaşığı (n= 9) ve bir yemek kaşığı (n=7) uyguladıklarını bildirmiştir.



**Tablo 4.13.** Ebeveynler tarafından uygulanan doğal/bitkisel ürünlere yönelik yan etki gelişme ve sağlık personeli ile paylaşma durumları

Doğal/Bitkisel Ürünler	Yan etki				Sağlık personeli ile paylaşım			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nar suyu ve tanesi			17	10.9	5	3.2	12	7.7
Zeytin yağı			16	10.3	3	1.9	13	8.3
Kuru üzüm, üzüm çekirdeği			15	9.6	4	2.6	11	7.1
Adaçayı			12	7.7	2	1.3	10	6.4
Ceviz			12	7.7	3	1.9	9	5.8
Papatya çayı			10	6.4	1	0.6	9	5.8
Nane limon			8	5.1	5	3.2	3	1.9
Ihlamur			6	3.8	3	1.9	3	1.9
Isırgan otu, tohumu			6	3.8	1	0.6	5	3.2
Çörek otu			5	3.2	2	1.3	3	1.9
Yeşil çay			3	1.9	1	0.6	2	1.3
Zencefil			3	1.9			3	1.9
Kuşburnu			2	1.3	1	0.6	1	0.6
Kekik			2	1.3			2	1.3
Kabak çekirdeği			1	0.6			1	0.6
Böğürtlen			1	0.6	1	0.6		
İncir suyu			1	0.6			1	0.6
Kayısı çayı			1	0.6			1	0.6

Ebeveynler tarafından uygulanan doğal/bitkisel ürünlere yönelik yan etki gelişme ve sağlık personeli ile paylaşma durumlarının dağılımı Tablo 4.13’de belirtilmiştir. Doğal/bitkisel ürünler kullanan ebeveynlerin tamamı herhangi bir yan etki gözlemediklerini ifade etmiştir. Ebeveynler doğal/bitkisel ürünlerden; nar suyu (%7.7), zeytinyağı (%8.3) ve kuru üzüm (%7.1) kullandıklarını sağlık personeli ile paylaşmadıklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.14.** Ebeveynler tarafından uygulanan beslenme desteklerine yönelik yan etki gelişme ve sağlık personeli ile paylaşma durumları

Beslenme Destekleri	Yan etki				Sağlık personeli ile paylaşım			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Keçiboynuzu/ Harnup pekmezi			43	27.6	18	11.5	25	16.0
Üzüm pekmezi			35	22.4	14	9.0	21	13.5
Dut pekmezi			17	10.9	4	2.6	13	8.3
Bıldırcın yumurtası			16	10.3	7	4.5	9	5.8
Diğer bal ürünleri			11	7.1	3	1.9	8	5.1
Arı poleni			11	7.1	3	1.9	8	5.1
Balık/balık yağı			11	7.1	3	1.9	8	5.1
Karadut şurubu			10	6.4	3	1.9	7	4.5
Keçi sütü			9	5.8	3	1.9	6	3.8
Eşek sütü			6	3.8	1	0.6	5	3.2
Diğer süt ve süt ürünleri			6	3.8	1	0.6	5	3.2
Andız pekmezi			4	2.6			4	2.6
Köpek balığı kıkırdağı			3	1.9			3	1.9
Reish mantarı			3	1.9			3	1.9
Arı sütü			3	1.9			3	1.9
Anzer balı			2	1.3	1	0.6	1	0.6

Ebeveynler tarafından uygulanan beslenme desteklerine yönelik yan etki gelişme ve sağlık personeli ile paylaşma durumlarının dağılımı Tablo 4.14'de belirtilmiştir. Beslenme destekleri kullanan ebeveynlerin tamamı herhangi bir yan etki gözlemediklerini ifade etmişlerdir. Ebeveynler beslenme desteklerinden; keçi boynuzu pekmezi (%16.0), üzüm pekmezi (%13.5) ve dut pekmezi (%8.3) kullandıklarını sağlık personeli ile paylaşmadıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.15.** Ebeveynler tarafından uygulanan zihin beden uygulamalarına yönelik yan etki gelişme ve sağlık personeli ile paylaşma durumlar

Zihin/Beden Uygulamaları	Yan etki				Sağlık personeli ile paylaşım			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dua etme			151	96.8			<b>151</b>	<b>96.8</b>
Adak/kurban kesme			79	50.6			<b>79</b>	<b>50.6</b>
Masaj			35	22.4	7	4.5	<b>28</b>	<b>17.9</b>
Hocaya gitme			9	5.8			9	5.8
Biyoenerji			4	2.6			4	2.6
Müzik terapi			2	1.3			2	1.3
Reiki			1	0.6			1	0.6

Ebeveynler tarafından uygulanan zihin beden uygulamalarına yönelik yan etki gelişme ve sağlık personeli ile paylaşma durumlarının dağılımı Tablo 4.15’de belirtilmiştir. Zihin beden uygulamaları kullanan ebeveynlerin tamamı herhangi bir yan etki gözlemlemediklerini ifade etmişlerdir. Araştırma genelinde ebeveynler, dua etme (%96.8) ve adak/kurban kesme (%50.6) gibi uygulamaları sağlık personeli ile paylaşmadıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.16.** Ebeveynlerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımını etkileyen faktörler

	Doğal/Bitkisel Ürünler					Belenme Destekleri					Zihin-Beden Uygulamaları				
	Kullanan		Kullanmayan		x <sup>2</sup> /p	Kullanan		Kullanmayan		x <sup>2</sup> /p	Kullanan		Kullanmayan		x <sup>2</sup> /p
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Anne yaş grubu</b>															
20-30 yaş	12	17.4	16	18.4	p:0.537	19	16.7	9	21.4	p:0.631	27	17.9	1	20.0	0.817
31-40 yaş	34	49.3	49	56.3		60	52.6	23	54.8		81	53.6	2	40.0	
41 yaş ve üzeri	23	33.3	22	25.3		35	30.7	10	23.8		43	28.5	2	40.0	
<b>Anne eğitim durumu</b>															
İlköğretim	46	67.6	42	54.5	x <sup>2</sup> : 1.72 p :0.285	66	61.7	22	57.9	x <sup>2</sup> : 0.244 p :0.808	85	60.7	3	60.0	x <sup>2</sup> : 0.162 p :0.871
Lise üniversite	22	32.4	35	45.5		41	38.3	16	42.1		55	39.3	2	40.0	
<b>Aile yapısı</b>															
Çekirdek aile	50	72.5	54	62.1	p:0.113	79	69.3	25	59.5	p:0.308	100	66.2	4	80.0	p:0.781
Geniş aile	15	21.7	31	35.6		32	28.1	14	33.3		45	29.8	1	20.0	
Parçalanmış aile	4	5.8	2	2.3		3	2.6	3	7.1		6	4.0	0	0	
<b>Ekonomik durum</b>															
Gelir giderden az	39	56.5	47	54.0	p:0.443	63	55.3	23	54.8	p:0.679	84	55.6	2	40.0	p:0.741
Gelir gidere eşit	30	43.5	38	43.7		49	43.0	19	45.2		65	43.0	3	60.0	
Gelir giderden fazla	0	0	2	2.3		2	1.8	0	0		2	1.3	0	0	
<b>Ailede aynı hastalığa sahip olma durumu</b>															
Evet	1	1.4	1	1.1	x <sup>2</sup> :0.164 p :0.870	2	1.8	0	0	x <sup>2</sup> : 0.860 p :0.391	2	1.3	0	0	x <sup>2</sup> : 0.257 p :0.797
Hayır	68	98.6	86	98.9		112	98.2	42	100		149	98.7	5	100.0	
<b>Çocuğun cinsiyeti</b>															
Kız	25	36.2	32	36.8	x <sup>2</sup> :0.070 p :0.944	43	37.7	14	33.3	x <sup>2</sup> : 0.502 p :0.617	56	37.1	1	20.0	x <sup>2</sup> : 0.777 p :0.438
Erkek	44	63.8	55	63.2		71	62.3	28	66.7		95	62.9	4	80.0	

\*Ki-kare testi yapılmıştır.

Ebeveynlerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımını etkileyen faktörler Tablo 4.16'da görülmektedir. Aile yapısı, ekonomik durumu, ailede aynı hastalığa sahip olma durumu, annenin yaş grubu ve annenin eğitim durumu ile tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.17.** Çocuklar tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları\* (N=57)

Yaklaşımlar	n	%
Bilgisayar oyunu	14	24.6
Oyun oynama	8	14.0
Resim yapma	8	14.0
Müzik dinleme	8	14.0
İnternet	6	10.5
Film/Tv izleme	6	10.5
Puzzle yapma	3	5.3
Bulmaca çözme	1	1.8
Maç izleme	1	1.8
Saz çalma	1	1.8
Beslenmeye dikkat etme	1	1.8

\* Bu soru 4 yaş üzerindeki çocuklara sorulmuş ve birden fazla yanıt verilmiştir.

Çocuklar tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının dağılımı Tablo 4.17'de görülmektedir. Çocuklar tarafından sıklıkla uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları; bilgisayar oyunu (%24.6), oyun oynama (%14.0), resim yapma (%14.0) ve müzik dinleme (%14.0) olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.18.** Çocuklar tarafından semptomlara yönelik uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları\*

KULLANILAN TSY	SEMPTOMLAR GÖRE KULLANAN KİŞİ SAYISI																						
	Ağız yarası		İştahsızlık		Bulantı Kusma		Ağrı		Saç dökülmesi		Kabızlık		İshal		Halsizlik		Uykusuzluk		Sinirlilik		Nötropeni		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Karadut şurubu	2	1.3																					
Karbonatlı su	1	0.6																					
Nar suyu	1	0.6																					
Soda	1	0.6																					
Limon			1	0.6																			
Mercan kökü					1	0.6																	
Zencefil					1	0.6																	
Kuşburnu çayı					1	0.6																	
Limon suyu					1	0.6																	
Masaj							1	0.6															
Kayısı										1	0.6												
Muz ve kayısı										1	0.6												
Patates												2	1.3										
Muz												2	1.3										
Melisa çayı																		1	0.6				
Müzik dinleme																		1	0.6				
Patates																					1	0.6	
Patates ve bulgur																					1	0.6	
	<b>5</b>	<b>3.2</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>	<b>4</b>	<b>2.6</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>			<b>2</b>	<b>1.3</b>	<b>4</b>	<b>2.6</b>				<b>2</b>	<b>1.3</b>	<b>2</b>	<b>1.3</b>	<b>2</b>	<b>1.3</b>

\* Bu soru 7 yaş üzeri çocuklara sorulmuş ve birden fazla yanıt verilmiştir.

Çocuklar tarafından semptomlara yönelik uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının dağılımı Tablo 4.18’de görülmektedir. Çocuklar ağız yarası semptomunu gidermek için karadut şurubu (n=2), karbonatlı su (n=1), nar suyu (n=1) ve soda (n=1) içtiklerini ifade etmişlerdir. Bulantı kusma semptomunu gidermek için mercan kökü (n=1), zencefil (n=1), kuşburnu çayı (n=1) ve limon suyu (n=1) içtiklerini, ishal semptomunu gidermek için muz (n=2) ve patates (n=2) yediklerini belirtmişlerdir.

## TARTIŞMA

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının tüm dünyada, tüm yaş gruplarından özellikle kronik hastalığı olan çocuklarda kullanımı giderek artmaktadır (4,5,10,11,31). Ebeveynler tarafından özellikle kanser hastası çocuklarına yönelik kullanılan TAT oranı oldukça yaygındır (6,19-35). Pediatrik onkoloji hastalarında semptomlara yönelik kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını, olumlu-olumsuz etkilerini ve kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın tartışma bölümü araştırma bulguları doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir:

- Araştırmaya katılan çocukların özelliklerinin değerlendirilmesi
- Çocukların sahip olduğu hastalıkların tanı sınıflamasının incelenmesi
- Araştırmaya katılan ailelerin sosyo-demografik özelliklerinin değerlendirilmesi
- Ebeveynler tarafından kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımı oranların dağılımının incelenmesi
- Ebeveynler tarafından çocuklarda görülen semptomlara yönelik sık uygulanan doğal ürünler dağılımının incelenmesi
- Ebeveynler tarafından çocuklarda görülen semptomlara yönelik sık uygulanan zihin-beden uygulamaları dağılımının incelenmesi
- Ebeveynlerin çocukları için tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanma nedenleri
- Ebeveynlerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını öğrendiği bilgi kaynaklarının incelenmesi
- Ebeveynlerin tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları yöntemlerinin kullanım miktarları ve sıklıklarının incelenmesi
- Ebeveynler tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarına yönelik yan etki gelişme ve sağlık personeli ile paylaşım durumlarının incelenmesi
- Ebeveynlerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımını etkileyen faktörler
- Çocuklar tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının dağılımının incelenmesi

### 5.1. Araştırmaya Katılan Çocukların Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Literatürde erkeklerde lösemi insidansının daha fazla olduğu belirtilmektedir (66,67,69). Araştırma grubumuzdaki çocukların büyük bir çoğunluğunun (%39.7) lösemi tanısı ile izlendiği ve erkeklerin daha fazla olduğu (%48.5) görülmektedir. Araştırmanın bu sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Benzer şekilde pediatrik onkoloji hastalarında yapılan bazı çalışmalarda da erkeklerin insidansı daha fazla bulunmuştur (6,21,24,25,28,29,31-37,40,215). Naja ve arkadaşları (29) lösemi

tanısı alan 125 çocuk ile yaptıkları çalışmada, çocukların %61.6'sının erkek ve 6 ay-17 yaş aralığında, çocukların yaş ortalamasının ise  $9.56 \pm 4.1$  yıl olduğunu bildirmiştir. Singendonk ve arkadaşlarının (33) 0-21 yaş aralığında kanser tanısı alan 288 çocuk ile yaptıkları çalışmada, çocukların %57.8'inin erkek ve çocukların yaş ortalamasının ise 9.0 yıl olarak belirlemişlerdir. Ladas ve arkadaşları (35) kanser tanısı alan çocukların ebeveynleri ile yaptıkları çalışmada, çocukların 7 ay-19 yaşları arasında, yaş ortalamasının 9.2 yıl ve %63'ünün erkek olduğunu saptamışlardır. Kanser tanısı alan 2 ay-18 yaşları arasında 156 çocuk ile yapılan bu çalışmada, çocukların %63.5'inin erkek, yaş ortalamasının  $8.5 \pm 5.3$  yıl ve %28.8'inin 13-18 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan çocukların %83.3'ünün okula gitmediği, %66.7'sinin çekirdek aile yapısına sahip, %55.8'inin gelir durumunun düşük olduğu görülmüştür.

Al-Qudimat ve arkadaşlarının (27) kanser tanısı alan 69 çocukla yaptığı çalışmada; çocukların %30.4'ünün 6-18 yaşları arasında, %44.9'unun kemoterapi aldığı, %40.6'sının tanı süresinin 2-6 ay olduğunu saptamışlardır. Koç ve arkadaşları (39) kanser tanısı alan 110 çocukla yaptığı çalışmada; çocukların %93.6'sının kemoterapi aldığını, %29.1'inin tanı süresinin 13 ay ve üzerinde olduğunu belirlemişlerdir. Kanser tanısı alan çocukların ebeveynleri ile yaptıkları çalışmalarda; O'Connor ve arkadaşları (34) çocukların %92'sinin, Tomlinson ve arkadaşları (30) %44.2'sinin, Koç ve arkadaşları (39) %93.6'sının kemoterapi aldığını, Karadeniz ve arkadaşları (36) çalışmalarında ise çocukların %29.5'in kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi aldığını saptamışlardır. Bu çalışmada da çocukların %28.2'sinin hastalığın 2. evresinde olduğu, %86.5'inin metastaz durumu olmadığı, %82.7'sinin kemoterapi tedavisi aldığı ve %98.1'inde başka kronik bir hastalık bulunmadığı saptanmıştır. Çocukların %98.7'sinin ailesinde aynı hastalığa sahip başka bir bireyin bulunmadığı ve %49.4'ünün tanı süresinin 2-11 ay arasında olduğu belirlenmiştir. Kemoterapi çocukluk çağı kanserlerinde en sık kullanılan tedavi yöntemidir. Cerrahi tedavi ve radyoterapinin spesifik vücut bölgelerinde sınırlı kalması nedeniyle özellikle çocukluk kanserlerinin tedavisinde kemoterapi önemli bir yere sahiptir (89). Bu nedenle hemen hemen her hasta için zorunlu bir tedavi yöntemi olarak görülen kemoterapinin çalışmalarda yüksek oranlarda bulunması da beklenen bir sonuçtur.

## **5.2. Çocukların Sahip Olduğu Hastalıklarının Tanı Sınıflamasının İncelenmesi**

Pediyatrik onkoloji hastalarında lösemiler ilk sırada görülürken, lenfomalar ikinci sırada yer almaktadır (4,37,38,213,216). Lösemi tanısının birinci sırada görüldüğü çalışmalar sırasıyla; Ladas ve arkadaşları (35) (%57), Singendonk ve arkadaşları (33) (%46.5) ve Heath ve arkadaşlarının (31) (%36) yaptıkları araştırmalardır. Bu çalışmada çocukların hastalıklarına yönelik tanı sınıflamasında akut lenfoblastik lösemi tanısı %39.7 ile ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırada non-hodgkin lenfoma (%12.2) ve üçüncü sırada ise nöroblastom (%9.6) gelmektedir. Bu çalışmada da literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiş ve akut lösemi tanısı izlenen çocuk sayısının daha fazla (%39.7) olduğu belirlenmiştir.



### 5.3. Araştırmaya Katılan Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Gözüm ve arkadaşları (37) kanser tanısı alan çocukların ebeveynleri ile yaptıkları çalışmada; annelerin yaş ortalamasının  $35.1 \pm 7.5$  yıl, %61.4'ünün okur-yazar olmadığı; babaların yaş ortalamasının ise  $40.0 \pm 8.2$  yıl, %44.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu ve ailelerin %67'sinin gelirin giderinden fazla olduğunu bildirmişlerdir. Koç ve arkadaşlarının (39) çalışmasında annelerinin %69.1'inin ilköğretim mezunu olduğu, yaş ortalamasının  $33.82 \pm 6.54$  yıl, babaların ise %61.9'unun ilköğretim mezunu olduğu ve yaş ortalamasının  $37.58 \pm 7.26$  yıl olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin çekirdek aile yapısında (%65.5) ve gelirin giderden az olduğunu (%72.7) belirtmişlerdir (39). Literatürde kanser tanısı alan çocuklarda araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun anneler (%50.7-94.0) olduğu görülmektedir (6,21,24,27,32, 36-39). Post-White ve arkadaşları (24) %80.3, Valji ve arkadaşları (32) %76, Genç ve arkadaşları (38) %94 oranında çalışmaya katılan ebeveynlerin anneler olduğunu belirtmişlerdir.

Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun anneler (%80.8) olduğu ve çalışmadığı (%87.3), yaş ortalamasının  $37.3 \pm 7.8$  yıl ve ilköğretim mezunu (%53.96) oldukları belirlenmiştir. Babaların ise yaş ortalaması  $39.5 \pm 7.9$  yıl, büyük bir çoğunluğunun (%60) meslek sahibi ve ilköğretim mezunu oldukları (%60) saptanmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çekirdek aile yapısında (%66.7) ve gelirin giderden az olduğu (%55.8) belirlenmiştir. Türk aile yapısında, anne primer bakım verici rolündedir. Çalışmada, annelerin büyük bir çoğunluğunun çalışmadığı göz önünde bulundurulduğunda, özellikle kronik hastalığa sahip olan çocuğun bakımını annelerin üstlenmesi beklenen bir sonuçtur.

### 5.4. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Oranların Dağılımının İncelenmesi

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları tüm dünyada, tüm yaş gruplarında özellikle kronik hastalığı olan çocuklarda artan oranlarda ve yaygın olarak kullanılmaktadır (11). Literatürde pediatrik onkoloji hastalarında da TAT kullanım oranının gittikçe artış gösterdiği vurgulanmaktadır. Pediatrik onkoloji hastalarında TAT kullanımı ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda; İngiltere'de %32.7 (6), Kanada'da %29-60.5 (21,30,32), Meksika'da %70 (22), Almanya'da %29-35 (23,217), Amerika Birleşik Devletleri'nde %59-90 (24,35), Malezya'da %84.5 (25), İtalya'da %12.4 (26), Ürdün'de %65.2 (27), Pensilvanya'da %82 (28), Lübnan'da %15.2 (29), Avustralya'da %30 (31), Hollanda'da %42.4 (33), İrlanda'da %57 (34), İskoçya'da %55 (215) oranında olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de pediatrik onkoloji hastalarında TAT kullanımını; Karadeniz ve arkadaşları (36) Ankara'da %51.6, Gözüm ve arkadaşları (37) Erzurum'da %48.9, Genç ve arkadaşları (38) İzmir'de %77, Koç ve arkadaşları (39) Samsun'da %97.3, Karalı ve arkadaşları (40) Bursa'da %73.3, Esenay ve Yeter (41) Mersin'de %40 oranında olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada TSY kullanım sıklığı (%99.4) oldukça yüksek oranda olduğu belirlenmiştir.

Pediatrik onkoloji alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde; genel olarak en sık kullanılan TAT yönteminin biyolojik bazlı tedaviler (bitkisel ürünler ve beslenme destekleri) olduğu, bunu düşünsel-bedensel uygulamaların (zihin-beden uygulamaları) izlediği görülmektedir (4,22,23,27,29,31,35-38,40,216). Bununla

birlikte bazı pediatrik onkoloji çalışmalarında ise ilk sırada düşünsel-bedensel uygulamalar ikinci sırada biyolojik bazlı tedavilerin yer aldığı belirtilmektedir (21,24,28,39,219). Literatür genelinde en sık kullanılan TAT yönteminin bitkisel ürünler ve beslenme destekleri olduğu görülmektedir. Karadeniz ve arkadaşları (36) %71.4, Genç ve arkadaşları (38) %92, Al-Qudimat ve arkadaşları (27) %70.5 oranında bitkisel ve beslenme desteklerini en sık kullanılan TAT yöntemi olarak belirlemişlerdir. Nathanson ve arkadaşlarının (219) çalışmasında kullanılan TAT yöntemleri arasında bedensel-bilişsel yöntemler (%55.2) ilk sırada yer almıştır. Paisley ve arkadaşlarının (28) çalışmasında dua etme veya diğer dini tedaviler %83.0 oranında en sık tercih edilen TAT yöntemi olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ebeveynlerin çocukları için tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarından; ilk sırada zihin-beden uygulamalarını (%96.8), ikinci sırada beslenme desteklerini (%73.1) ve üçüncü sırada doğal/bitkisel ürünleri (%44.2) tercih ettikleri belirlenmiştir (Şekil 4.1).

### **5.5. Ebeveynler Tarafından Semptomlara Yönelik Sık Uygulanan Doğal Ürünlerin Dağılımının İncelenmesi**

Literatür genelinde pediatrik onkoloji çalışmalarında TAT yöntemlerinden en fazla bitkisel ürünler ve beslenme destekleri kullanıldığı görülmektedir (4,22, 23,27,29,31,35-38,40,216). Literatürde yapılan iki pediatrik onkoloji çalışmasında; bitkisel tedavi ve beslenme destek ürünlerinden en sık uygulanan yöntem olarak multivitaminler (sırasıyla %56.3 ve %86.5) tespit edilmiştir (6,32). Naja ve arkadaşları (29) çalışmalarında, çocuğunun kanser tedavisi için ebeveynlerin bitkisel tedavi ve biyolojik alım ürünlerinden en sık çörek otu (%28) ve kemik suyu (%19) kullandıklarını saptamışlardır. Türkiye’de yapılan bazı pediatrik onkoloji çalışmalarında ebeveynlerin bitkisel tedavi ve biyolojik alım ürünlerinden en sık ısırgan otunun kullanıldığı tespit edilmiştir (36,37,38). O’Connor ve arkadaşları (34) çalışmalarında %18, Revuelta-Iniesta ve arkadaşlarının (215) çalışmasında ise %53 oranında vitamin ve mineraller çocukların kanser tedavisi sırasında ebeveynler tarafından en sık uygulanan ürünler olarak bulunmuştur. Al-Qudimat ve arkadaşlarının (27) çalışmasında, pediatrik onkoloji hastalarında biyolojik alım ve beslenme desteklerinden en sık kullanılan TAT ürününün %47.7 ile bitkiler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca başka bir çalışmada da bitkiler ve bitki özleri pediatrik onkolojide %69 oranı ile en sık kullanılan ürün olarak tespit edilmiştir (22). Karalı ve arkadaşlarının (40) çalışmasında, çocuğunun kanser tedavisi için ebeveynlerin biyolojik bazlı tedavilerden; bal (%43.2), ısırgan otu (%43.2), üzüm pekmezi (%28.4) ve bitki çayları (%28.4) tercih ettikleri saptanmıştır. Bu çalışmada ebeveynlerin semptomlara yönelik kullandığı doğal ürünlerden en sık birinci sırada keçi boynuzu pekmezi (harnup pekmezi) (%27.6) ve ikinci sırada üzüm pekmezi (%22.4) yer almıştır. Keçi boynuzu ve üzüm pekmezi kullanan ebeveynlerin büyük bir çoğunluğu (sırasıyla %26.9, %20.5) nötropeyi semptomunu gidermek için kullandıklarını belirtmişlerdir (Şekil 4.3). Pediatrik onkoloji hastaları sık sık nötropeyi sorunuyla karşılaşmaktadır. Keçi boynuzu pekmezi ve üzüm pekmezi gibi ürünlerin çocukların kan değerlerini yükselteceği gerekçesi ile ebeveynlerin çocuklara bu ürünleri verdikleri düşünülmektedir. Nötropenik hastalarda diyet kısıtlamaları çok yaygın bir uygulama olmasına rağmen bu uygulamayı destekleyecek araştırma ve kanıt yoktur. Nötropenik hastalarda tüketilecek olan yiyecekler hijyen açısından kontrol edilmeli, günlük pişirilmeli, uygun ısılarda

muhafaza edilmeli, tüketilmeyen yiyecekler ise saklama koşulları uygun değilse imha edilmelidir (224). Bu nedenle bu bitkisel ürünlerin saklama koşulları, son kullanım tarihi, miktarı, yarar/zararları ve kemoterapi tedavi sırasında alınmasının uygun olup olmadığının saptanabilmesi için daha ayrıntılı çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

#### **5.6. Ebeveynler Tarafından Çocuklarda Görülen Semptomlarına Yönelik Sık Uygulanan Zihin-Beden Uygulamaları Dağılımının İncelenmesi**

Literatürde pediatrik onkoloji çalışmalarında düşünsel-bedensel uygulamalar içinde spiritüel aktiviteler yer almaktadır (21,39,219). Pediatrik onkoloji çalışmalarında kronik hastalığa sahip olan çocukların ebeveynlerinde dua etme, en sık uygulanan yaklaşım olmakla birlikte (24,28), bu oran bu çalışmada daha yüksek (%96.8) bulunmuştur (Tablo 4.6 ve Şekil 4.4). Koç ve arkadaşlarının (39) çalışmasında dua etme %95.5 oranında en sık kullanılan yöntem olarak tespit edilmiştir. Dua etmenin kişinin ağrılarını azalttığı, depresyon ve anksiyete durumlarında kişiyi rahatlattığı bildirilmiştir (220). Bu çalışmadaki oran (%96.8), Türkiye’de yapılan Koç ve arkadaşları (39) çalışmalarındaki oranla benzerdir. Ayrıca bu çalışma genelinde ebeveynler tarafından en sık kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları arasında ikinci sırada adak/kurban kesme (%50.6) yer almaktadır. Bu sonuçların yüksek olmasının sebebi Türkiye’nin Müslüman bir ülke olmasıyla ilgili olabilir. Dua etme, kurban kesme İslamiyet’te yer alan dini uygulamalardır. Dua etme gibi spiritüel uygulamalar için uygun ortam sağlanmalı ve sağlık personeli ebeveynleri bu konuda desteklemelidir.

Literatürde zihin-beden uygulamaları içinde yer alan masaj uygulaması kanser tedavisi gören çocuklarda %22.7-67 oranları arasında kullanıldığı belirtilmiştir (19,21,24,32,39,215). Beider ve Moyer (153) çalışmalarında, pediatrik onkolojide masaj uygulamasının ağrıyı hafiflettiğini bildirmiştir. Martel ve arkadaşlarının (21) çalışmasında, masajın %67 oranında en sık kullanılan yöntem olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada da masaj uygulaması (%22.4) zihin/beden uygulamaları arasında üçüncü sırada yer almıştır ve masaj uygulayan toplam 35 ebeveyn; ağrı (n=34) ve sınırlılık (n=1) semptomunu gidermek için bu yöntemi kullandığını ifade etmiştir. Pediatrik onkolojide ağrı, dayanılması zor yaşam kalitesini bozan bir durumdur. Çocukluk çağı kanserlerinde hastaların ortalama %62’si onkolojik tedavi başlamadan önce ağrı yaşamıştır. Tedavi sırasında ise tanı, evre ve tedavi yöntemlerine göre değişmek üzere çocuk hastaların %25-80’i ağrıdan yakınmaktadır (113,114). Masaj, kanser hastalarının semptom kontrolünde artan bir oranda kullanılmaktadır. Masajın olası terapotik yararları zihin ve bedeni rahatlatma, sresi azaltma, yorgunluğu geçirme, uykuyu kolaylaştırma, kalp hızını azaltma ve endorfinlerin uyarılması yoluyla ağrıyı azaltma olarak bildirilmektedir (225). Bu nedenle hastanın birinci derece bakımından sorumlu olan hemşireler, çocukların ağrı yaşadığı durumlarda ebeveynlere masaj uygulayabileceği konusunda bilgilendirilmeli ve desteklemelidir.

Literatürde pediatrik onkoloji çalışmalarında reiki, müzik ve biyonerji gibi TAT yöntemlerinin daha az sıklıkta kullanıldığı görülmektedir. Pediatrik onkolojide TAT yöntemlerinden reiki kullanımını Langler ve arkadaşları (221) %7.4, O’Connor ve arkadaşları (34) %9 olarak bulmuştur. Molassiotis ve Cubbin (6) çalışmasında

%25 oranında müzik terapisi yönteminin 4. sırada kullanıldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada da literatür ile uyumlu olarak ebeveynlerin biyoenerji (n=4), müzik terapi (n=2) ve reiki (n=1) yöntemlerinin daha az sıklıkta kullanıldığı belirlenmiştir.

### **5.7. Ebeveynlerin Çocukları İçin Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanma Nedenleri**

Pediyatrik onkoloji alanında yapılan çalışmalarda ebeveynlerin TAT kullanım nedenlerine bakıldığında; tedavi olma, tedaviye destek olma, tıbbi tedavi yöntemlerinin yan etkileri ile baş etme, çocuk için yapılabilecek her şeyi yapma, çocuğu güçlendirme, fiziksel iyileşme, ağrıyı ve stresi azaltma, bağışıklık sistemini güçlendirme, kanserin ilerlemesini önleme gibi düşüncelerinin yer aldığı görülmektedir (4,6,19,21,22,23,27,36,37,38,216,218). Karadeniz ve arkadaşlarının (36) çalışmasında, ebeveynlerin TAT kullanım nedenleri arasında; kanseri tedavi etme (%34.7) ve çocukları için yapılabilecek her şeyi yapma (%28.6) olduğu belirlenmiştir. Clerici ve arkadaşları (26) çalışmalarında ebeveynlerin TAT'a başvurma nedenleri arasında; tedavinin yan etkilerini azaltma ve bağışıklık sistemini güçlendirme gibi faktörlerin yer aldığını belirlemişlerdir. Al-Qudimat ve arkadaşları (27) çalışmalarında kanseri tedavi etme (%71.1), bağışıklık sistemi güçlendirme (%44.4), stresi azaltma (%35.6) gibi nedenlerle TAT kullandıklarını ifade etmişlerdir. Singendonk ve arkadaşları (33) çalışmalarında genel sağlık durumunu destekleme (%72.2) ve konvansiyonel tedavinin yan etkilerini azaltma (%36.1) gibi nedenlerle TAT'lara başvurduklarını belirtmişlerdir. Literatürde TAT kullanım nedenleri arasında bağışıklık sistemini güçlendirme faktörü Genç ve arkadaşlarının (38) çalışmasında %60, Naja ve arkadaşlarının (29) çalışmasında ise %42.1 oranında ilk sırada yer almaktadır. Bu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş ebeveynlerin çocukları için TSY kullanma nedenleri arasında; ilk sırada çocuğun bağışıklık sistemini güçlendirme (%61.3) yer almıştır (Tablo 4.10). Bu oranın yüksek olmasının sebebi ebeveynler çocuklarının bağışıklık sistemini güçlendirerek hastalığı yenebileceği düşüncesinde olmalarıdır.

### **5.8. Ebeveynlerin Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarını Öğrendiği Bilgi Kaynaklarının İncelenmesi**

Literatürde pediyatrik onkoloji alanında yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ebeveynlerin TAT uygulamalarını öğrendiği bilgi kaynağının bir çalışmada medyanın (%69.4) ilk sırada olduğu bildirilirken (6), diğer çalışmalarda genellikle aile, akraba ve arkadaşlardan öğrendikleri görülmektedir (23,26,28,32,34,35). Türkiye'de ise yurt dışına benzer sonuçlar elde edilmiş, ebeveynlerin TAT uygulamalarını komşu, akraba ve arkadaşlardan öğrendiği bulunmuştur (36,37,38,39). Karadeniz ve arkadaşlarının (36) çalışmasında ebeveynler TAT uygulamalarını aile üyeleri (%40.8), arkadaşları (%22.4) ve televizyon/radyodan (%10.2) bilgi edinmişlerdir. Bazı pediyatrik onkoloji çalışmalarında ebeveynlerin TAT uygulamalarını ilk sırada (%34-86) aile ve arkadaşlarından öğrendiğini bildirmişlerdir (23,28,34,35). Koç ve arkadaşlarının (39) çalışmasında ebeveynlerin (%44) TAT uygulamalarını akraba ve komşulardan öğrendiğini bulmuşlardır. Bu çalışmada, ebeveynler tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını öğrendiği bilgi kaynakları; kendi tercihi (%40.6), hasta ya da hasta yakınları (%32.3), akraba/arkadaş ya da komşular (%29.7) olduğunu ifade etmiştir (Şekil 4.5). Ayrıca bu çalışmada, dikkat çekici diğer bir sonuç ise ebeveynler tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını öğrendiği bilgi

kaynakları arasında sağlık personelinin (%14.8) son sırada yer almasıdır. Bu konuda sağlık personelinin geri planda olmasının sebebi, sağlık personelinin TSY yöntemlerine karşı ön yargılarından kaynaklı olduğu ve TSY hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı düşünülmektedir. Sağlık personelinin bu konuda daha aktif hale getirebilmek için kanıt temelli bilimsel araştırmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

### **5.9. Ebeveynlerin Tarafından Uygulanan Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Yöntemlerinin Kullanım Miktarları ve Sıklıklarının İncelenmesi**

Literatürde pediatrik onkoloji alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde ebeveynlerin TSY yöntemlerinin kullanım sıklıklarına yönelik çok az çalışmaya rastlanmıştır. Malossiotis ve Cubbin (6) çalışmalarında ebeveynlerin %62.5'i günlük, %25'i haftalık olarak TAT kullandıklarını belirlemişlerdir. Clerici ve arkadaşlarının (26) çalışmasında ebeveynlerin TAT'ları günlük (n=8) kullandığını saptamışlardır. Al-Qudimat ve arkadaşlarının (27) çalışmasında ise ebeveynlere TAT kullanım sıklığı sorulduğunda; ebeveynlerin %28.9'u ihtiyaç olduğunda, %6.7'si haftalık ve %2.2'si aylık kullandığını ifade etmiştir. Paisley ve arkadaşları (28) çalışmalarında ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun (%78) TAT'ları günlük kullandığını belirtmişlerdir. O'Connor ve arkadaşları (34) ebeveynlerin %32'sinin ayda bir kez, %30'unun günlük TAT kullandığını tespit etmiştir. Literatürde pediatrik onkolojide yapılan çalışmalar incelendiğinde TAT yöntemleri kullanım miktarlarına göre değerlendirildiğinde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, bitkisel ürünlerden birinci sırada yer alan nar suyu ve tanesi kullanan ebeveynlerin (n=17); yaklaşık yarısı her gün bir çay bardağı (n=9) nar suyu ve tanesi uyguladığını belirtmiştir. Kuru üzüm kullanan ebeveynlerin (n=15) ise büyük bir çoğunluğu her gün bir tatlı kaşığı (n=9) uyguladığını ifade etmiştir. (Tablo 4.11). Beslenme desteklerinden birinci sırada yer alan keçiboynuzu pekmezi kullanan ebeveynlerin (n=43); yarısından fazlası her gün bir tatlı kaşığı (n=23) uyguladıklarını belirtmiştir. Beslenme desteklerinden ikinci sırada yer alan üzüm pekmezi kullanan ebeveynlerin (n=35); yaklaşık yarısı her gün bir tatlı kaşığı (n=17) uyguladıklarını ifade etmiştir. Üçüncü sırada yer alan dut pekmezi kullanan toplam 17 ebeveyn; 9'u bir tatlı kaşığı ve 7'si bir yemek kaşığı ile uyguladıklarını bildirmiştir (Tablo 4.12). Ebeveynler keçiboynuzu pekmezi, dut pekmezi, üzüm gibi ürünleri çocuklarının kan değerlerini yükselteceği ve çocuklarına zarar vermeyeceği düşüncesi ile az miktarda verdiği düşünülmektedir.

### **5.10. Ebeveynler Tarafından Uygulanan Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarına Yönelik Yan Etki Gelişme ve Sağlık Personeli İle Paylaşma Durumlarının İncelenmesi**

Literatürde ebeveynlerin TAT uygulamalarını etkili buldukları bununla birlikte çocukların tedavisinde TAT kullanımına bağlı yan etkilerde artış görüldüğü bildirilmektedir (21,27,43). Özellikle, bitkiler, besinler, vitaminler gibi biyolojik temelli tedavilerin içindeki aktif maddelerin konsantrasyonlarında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle, çocuklarda kemoterapi ile birlikte kullanılan biyolojik temelli tedavilerin yan etkileri olabilmektedir (11,207,208). Yapılan pediatrik çalışmalarda bildirilen yan etkiler; bir çocukta megavitamin/megamineral tedavisi sonrası fatal hipermağnezemi (141), papatya çayı sonrası infantil botulizm gelişmesi (46), akupunktur tedavisine bağlı doku yaralanması ve enfeksiyon (44,50) gibi

vakalar bildirilmiştir. Literatürde yapılan pediatrik onkoloji çalışmalarında, iki hastada kanser tedavisinin köpek balığı kıkırdağı ve diyetle tedavi edilebileceğine inanılması neticesinde tümörün ilerleme göstermesi (47), iki hastada kullandığı TAT yöntemiyle ilgili alerji, döküntü gibi olumsuzluklar yaşaması (24) gibi vakalar belirtilmiştir. Yapılan iki pediatrik onkoloji çalışmasında ebeveynlerin çocukları için kullandıkları TAT yöntemleriyle ilgili herhangi bir yan etki yaşamadıkları belirtilmiştir (29,40). Bu çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş, çocukları için TSY kullanan ebeveynlerin tamamı herhangi bir yan etki gözlemlediklerini ifade etmiştir (Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15). Bununla birlikte TAT'larda yarar-zarar değerlendirmesi bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı, bilginin eksik olması nedeni ile zordur (45). Bu nedenle, sağlık personeli hasta sorgulamalarında bu durumu göz ardı etmemelidir. Sağlık personeli öykü alırken mutlaka TSY kullanımını sorgulamalı, çocuk ve ailesi ile iletişim sağlamalıdır.

Pediatrik onkoloji çalışmalarında aileler TAT kullanımını %41-86 arasında yararlı/etkili olduğunu (22,27,28,31,33-35,216), sadece Yeh ve arkadaşlarının (213) çalışmasında %26, Karadeniz ve arkadaşlarının (36) çalışmasında %36.7 oranında TAT'ların yararlı olmadığını belirtmişlerdir. Bu oranlar ailelerin TAT yöntemlerini kullanmaya ve çevresine önermeye devam edeceğinin göstergesi olabilir. Laengler ve arkadaşları (23) çalışmalarında ebeveynlerin %89'unun TAT kullanımını diğer ebeveynlere tavsiye ettiklerini belirlemişlerdir. Bu çalışmada, ebeveynlerin %84.6'sı tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını çocuğu için kullanmaya devam edeceğini bildirmiştir. Ebeveynlerin %74.4'ü ise kullandığı tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını diğer hasta/hasta yakınlarına önerdiğini ifade etmiştir.

Literatürde pediatrik onkoloji alanında ebeveynlerin TAT kullanımına ilişkin %41-92 arasında sağlık personeline bilgi vermediği belirlenmiştir (19,21, 29,36,37,39,216). Bazı pediatrik onkoloji çalışmalarında TAT kullanan ebeveynlerden Yeh ve arkadaşları (213) %23'ünün, Gomez-Martinez ve arkadaşları (22) %9'unun, Laengler ve arkadaşları (23) %71'inin, Genç ve arkadaşları (38) %26'sının TAT kullanımını sağlık personeli ile tartışabildiğini belirlemişlerdir. Bu çalışmada literatüre benzer sonuçlar görüldüğü, ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullandıklarını sağlık personeli ile paylaşmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15). Bu sonuç Türkiye'de yapılan pediatrik onkoloji çalışmalarının sonucu ile benzerdir (36,37,39). Bunun sebebi; sağlık personeli ile ebeveynler arasındaki tutum ve davranışlardan, sağlık personelinin TSY yöntemlerine karşı ön yargılarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık personelinin güvenilir bilgi edinebilmesi için, TSY ile ilgili bilimsel araştırma enstitüleri kurulmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

### **5.11. Ebeveynlerin Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Kullanımını Etkileyen Faktörler**

Literatürde pediatrik onkoloji hastalarında sosyo-demografik özelliklere göre TAT kullanımının farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Pediatrik onkoloji hastalarında yapılan çalışmalarda ebeveynlerin yaş durumu ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (21,25,30,31,37,40). Koç ve arkadaşları (39) çalışmalarında ise pediatrik onkoloji hastalarında aile yapısının TAT kullanımını etkilemediğini belirtmiştir. Bu çalışmada ebeveynlerin yaş durumu

ve aile yapısının TSY kullanımını etkilemediği görülmektedir (Tablo 4.16). Bu sonuç, her yaş grubunda ve aile yapısındaki ebeveynlerin çocukları için tamamlayıcı sağlık yaklaşımları yöntemleri kullanımına açık olduğunu göstermektedir.

Literatürde, sosyo-demografik özelliklere göre değerlendirildiğinde TAT kullanım sıklığı ailelerin eğitim durumu ve ekonomik durumu ile ilgili olduğu görülmektedir. Bazı pediatrik onkoloji çalışmalarında eğitim durumu yüksek olanların daha yüksek oranda TAT kullandıkları bildirilirken (5,21,23,34, 216,222,223), diğer çalışma sonuçlarında ise (22,25,26,29-31,36-38,40) eğitim durumunun TAT kullanımını etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmada literatüre benzer sonuçlar görülmekte olup ebeveynlerin eğitim durumunun TSY kullanımını etkilemediği görülmektedir (Tablo 4.16). Bu sonuç, her eğitim düzeyindeki ebeveynlerin çocuklarını iyileştirmek için her türlü alternatif yöntemlere başvurduklarını göstermektedir. Laengler ve arkadaşları (23) çalışmalarında pediatrik onkoloji hastalarında yüksek gelirli ebeveynlerin TAT kullanımının düşük gelirlere oranla daha yüksek olduğu; ancak literatürdeki diğer çalışma sonuçlarında ise ekonomik durumun TAT kullanımını etkilemediği bulunmuştur (21,22,25,31,36-40). Bu çalışmada ekonomik durumun TSY kullanımını etkilemediği görülmekte olup ebeveynler ekonomik durumu gözetmeksizin ellerindeki tüm imkânları kullanarak çocuklarını iyileştirmek için alternatif tedavi yöntemlerini uygulamışlardır (Tablo 4.16).

Naja ve arkadaşları (29) çalışmalarında aile öyküsünde lösemi hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin, çocukları için TAT kullanımına daha açık olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada aile öyküsünde aynı hastalığa sahip olan çocukların ebeveynlerinin, çocukları için TSY kullanımını etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.16). Literatürde pediatrik onkoloji hastalarında çocuğun cinsiyetine göre TAT kullanım durumu değerlendirildiğinde yapılan iki çalışmada (29,33) çocuğun cinsiyeti ile TAT kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Diğer çalışma sonuçlarında ise çocuğun cinsiyetinin TAT kullanımını etkilemediği görülmektedir (25,30,31,37,40). Bu çalışmada çocuğun cinsiyeti ile tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.16).

#### **5.12. Çocuklar Tarafından Uygulanan Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Dağılımının İncelenmesi**

Literatürde kanser hastalığı olan çocuklar tarafından uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarına yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. İşler ve arkadaşları (200) çalışmalarında ebeveynlerin tamamının epilepsi hastalığı olan çocuğu için en az bir tamamlayıcı alternatif yaklaşımda bulunduğu ve çocukların kendileri tarafından kullanılan tamamlayıcı alternatif yaklaşımların ise; hayvanlar ile ilgilenme (%72.7), müzik dinleme (%70.1), televizyon izleme (%64.5), oyun oynama (%55.3), dua etme (%51) ve arkadaşları ile vakit geçirme (%48.7) olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmada çocuklar tarafından sıklıkla uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları; bilgisayar oyunu (%24.6), oyun oynama (%14), resim yapma (%14) ve müzik dinleme (%14) olarak saptanmıştır (Tablo 4.17). Kanser tedavisi uzun ve zorlu bir süreç olduğu için çocuklar uzun süreler sosyal ortamlardan, arkadaşlarından, okullarından uzak kalmaktadırlar. Bu süreçte çocukların sosyal

yönden desteklenmeleri, çocuk onkoloji kliniklerinde müzik dinleme, oyun oynama gibi sanat terapi yöntemlerinin artırılması ve bu yöntemler için uygun ortamlar oluşturulmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çocukların semptomları gidermek için de uyguladığı tamamlayıcı sağlık yaklaşımları bulunmaktadır. Tedaviye bağlı oluşan semptomları gidermek için kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları genellikle 13-18 yaş grubundaki çocuklar tarafından uygulanmaktadır. Çocuklar ağız yarası semptomunu gidermek için karadut şurubu (n=2), karbonatlı su (n=1), nar suyu (n=1) ve soda (n=1) içtiklerini ifade etmişlerdir. Bulantı kusma semptomunu gidermek için mercan kökü (n=1), zencefil (n=1), kuşburnu çayı (n=1) ve limon suyu (n=1) içtiklerini, ishal semptomunu gidermek için muz (n=2) ve patates (n=2) yediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.18).

Pediyatrik onkoloji hastalarında tamamlayıcı sağlık yaklaşımları yöntemlerinin kullanımının hızlı bir artış gösterdiği görülmektedir. Bununla birlikte çocuklarda tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımı sonucu ortaya çıkabilecek fiziksel ya da psikolojik potansiyel riskler konusunda yapılan araştırmalar sınırlı sayıdadır. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının pediyatrik onkoloji hastalarında etkinliğini, yararlarını, olası yan etkilerini ve güvenliğini değerlendirmeye yönelik kanıt temelli bilimsel çalışmaların yapılması, medyada çıkan bilinçsiz haberlerin engellenmesi ve ebeveynlere yönelik hekim ve hemşire tarafından danışmanlık hizmetlerinin öncelikli olarak verilmesi son derece önemlidir. Bu nedenle tüm sağlık personeli toplumda kullanımı hızla yaygınlaşan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının farkında olmalı, bu konuda bilgi birikimlerini arttırmalı ve güncelleştirmelidir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda çocuk, aile ve toplumu bilgilendirerek bakım ve tedavilerine yön vermelerine yardımcı olmalıdırlar.



## SONUÇLAR

Araştırma sonuçları;

1. Araştırmaya katılan ebeveynlerin hemen hemen tamamı TSY yöntemlerinden birini kullanmaktadır.
2. Ebeveynlerin TSY yöntemleri kullanım sıklıkları sırasıyla zihin/beden uygulamaları, beslenme destekleri ve bitkisel ürünlerdir.
3. Araştırma genelinde en sık kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları arasında birinci sırada **dua etme**, ikinci sırada **adak/kurban kesme** ve üçüncü sırada ise **keçiboynuzu pekmezi** yer almıştır.
4. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımları hakkında en çok kullanılan bilgi kaynağı öncelikle kendi tercihleri, daha sonra hasta ya da hasta yakınlarıdır.
5. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanma sebepleri arasında; ilk sırada çocuğun bağışıklık sistemini güçlendirme, ikinci sırada tedavisi için elinden gelen her şeyi yapma ve üçüncü sırada ilaçların/radyoterapinin yan etkilerini önleme gelmektedir.
6. Ebeveynler tarafından uygulanan en sık doğal/bitkisel ürünler; nar suyu ve tanesi, zeytinyağı ve kuru üzumdür.
7. Ebeveynler tarafından uygulanan en sık beslenme destek ürünleri; keçiboynuzu pekmezi (harnup pekmezi), üzüm pekmezi ve dut pekmezidir.
8. Ebeveynler tarafından uygulanan en sık zihin/beden uygulamaları; dua etme, adak/kurban kesme ve masajdır.
9. Çocuklar tarafından sıklıkla uygulanan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları; bilgisayar oyunu, oyun oynama, resim yapma ve müzik dinlemedir.
10. Ebeveynler TSY kullanımına bağlı herhangi bir yan etki yaşamamıştır.
11. Araştırmada ebeveynlerin çok büyük bir kısmı çocuğu için tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanmaya devam etmek istemektedir.
12. Araştırmada ebeveynlerin dörtte üçü kullandığı tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını diğer hasta/hasta yakınlarına önermektedir.

## ÖNERİLER

1. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımları konusunda kanıt eksikliği nedeniyle tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının etkileri ve güvenilirliği ile ilgili çalışmaların yapılması
2. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımları yöntemleri alanında multidisipliner çalışmaların yapılması
3. TSY ile ilgili veri toplama formlarının klinikte kullanılabilir hale getirilmesi
4. Özel bir eğitim hazırlanarak TSY yöntemleri hakkında ebeveynlerin bilgilendirilmesi ve sorularının yanıtlanması
5. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kullanımına ilişkin bilgilerin lisans ve lisansüstü hemşirelik müfredatında yer alması
6. Hemşirelerin TSY ile ilgili kanıtları araştırmaları ve kendilerini bu konuda geliştirerek bilgi birikimlerini güncellemeleri
7. Hemşirelerin öykü alırken mutlaka TSY kullanımını sorgulamaları
8. Hemşirelerin TSY ile ilgili bilimsel toplantılara katılması
9. Hemşirelerin bağımsız fonksiyonları olarak uygulayabilecekleri TSY yöntemlerinin belirlenerek hizmet içi eğitim programında yer alması
10. Hemşirelerin, toplumda TSY kullanımının yaygınlığına ilişkin farkındalıklarını artırmaları ve yapılan bu uygulamalar konusunda çocuk, aile ve sağlık çalışanları arasında iletişimi sağlamaları
11. Hemşirelerin TSY konusunda bilimsel çalışmalar yapması, bu yöntemlerin yararları ve olası yan etkilerinin araştırması, çocuk, aile ve toplumu bu konularda bilgilendirmeleri

## KAYNAKLAR

1. Kutluk T. (2006). Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi. *Herkes İçin Çocuk Kanserlerinde Tanı Sempozyum Dizisi*, 49: 11-15.
2. Atay S, Conk Z, Bahar Z. (2012). Identifying symptom clusters in paediatric cancer patients using the Memorial Symptom Assessment Scale. *European Journal of Cancer Care*, 21: 460-468.
3. Kutluk T, Yeşilipek A. (2010). Kemik ve germ hücreli tümörler. Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi. Samsun, 3-10.
4. Neuhouser ML, Patterson RE, Schwartz SM, Hedderson MM, Bowen DJ, Standish LJ. (2001). Use of alternative medicine by children with cancer in Washington State. *Preventive Medicine*, 33(5): 347-354.
5. Kelly KM. (2004). Complementary and alternative medical therapies for children with cancer. *European Journal of Cancer*, 40: 2041-2046
6. Molassiotis A, Cubbin D. (2004). Thinking outside the box: Complementary and alternative therapies use in paediatric oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8:50-60.
7. Bülbül SH, Turgut M, Köylüoğlu S. (2009). Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 52:195-202
8. Törüner EK, Uysal G, Hanoğlu Z, Algier L. (2009). Pediatrik onkoloji hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı literatür taraması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(3):102-109
9. Bishop FL, Prescott P, Chan YK, Saville J, Elm EV, Lewith GT. (2010). Prevalence of complementary medicine use in pediatric cancer: A systematic review. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 125:768-776
10. Landier W. (2010). Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 25:566-579
11. Bauer-Wu S. (2005). Critique 1: Complementary and alternative medicine in pediatric oncology. *Seminars in Oncology Nursing*, 21:115-118

12. Gözüm S, Tezel A, Koç M. (2003). Complementary alternative treatments used by patients with cancer in Eastern Turkey. *Cancer Nursing*, 26: 230-236
13. Algier AL, Hanoğlu Z, Özden G, Kara F. (2005). The use of complementary and alternative medicine in cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 9:138-46
14. Aslan O, Vural H, Kömürcü S, Ozet A. (2006). Use of complementary and alternative medicine by cancer patients in Turkey: A survey. *Journal of Complementary and Alternative Medicine*, 12:355-366
15. Er O, Mistik S, Ozkan M, et al. (2008). Factors related to complementary and alternative medicine use among cancer patients in Central Anatolia. *Tumori*, 94: 833-7
16. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. (2008). Türkiye’de kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 18(1):32-37
17. Araz A, Harlak H, Meşe G. (2009). Factors related to regular use of complementary and alternative medicine in Turkey. *Complementary Therapies in Medicine*, 17:309-15
18. <http://nccam.nih.gov> (Access date: 25.11.2013)
19. McCurdy EA, Spangler JG, Wofford MM, Chauvenet AR, McLean TW. (2003). Religiosity is associated with the use of complementary medical therapies by pediatric oncology patients. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 25:125–129
20. Friedman T, Slayton W, Allen S, et al. (2005). Use of alternative therapies for children with cancer. *Pediatrics*, 100:1-6
21. Martel D, Bussieres J, Theoret Y, Lebel D, Kish S, Moghrabi A, Laurier C. (2005). Use of alternative and complementary therapies in children with cancer. *Pediatric Blood Cancer*, 44:660-668
22. Gomez-Martinez, R, Tlacuilo-Parra, A, Garibaldi-FCovarrubias R. (2007). Use of complementary and alternative medicine in children with cancer in Occidental, Mexico. *Pediatric Blood and Cancer*, 49:820-823
23. Laengler A, Spix C, Seifert G, Gootschling S, Graf N, Kaathsch P. (2008). Complementary and alternative treatment methods in children with cancer: A population-based retrospective survey on the prevalence of use in Germany. *European Journal Of Cancer*, 44: 2233-2240

24. Post-White J, Fitzgerald M, Hageness S, Sencer SF. (2009). Complementary and alternative medicine use in children with cancer and general and specialty pediatrics. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 26(1):7-15
25. Hamidah A, Rustam ZA, Tamil AM, Zarina LA, Zulkifli ZS, Jamal R. (2009). Complementary and alternative medicine use by children with cancer in a multi-ethnic southeast asian population. *Pediatric Blood Cancer*, 52:70-74
26. Clerici CA, Veneron L, Giacon B, Mariani L, Bellani FF. (2009). Complementary and alternative medical therapies used by children with cancer treated at an Italian pediatric oncology unit. *Pediatr Blood Cancer*, 53:599–604
27. Al-Qudimat MR, Rozmus CL, Farhan N. (2010). Family strategies for managing childhood cancer: Using complementary and alternative medicine in Jordan. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3):591-597
28. Paisley MA, Kang TI, Insogna IG, Rheingold SR. (2011). Complementary and alternative therapy use in pediatric oncology patients with failure of frontline chemotherapy. *Pediatric Blood Cancer*, 56:1088-1091
29. Naja F, Alameddine M, Abboud M, Bustami D, Halaby RA. (2011). Complementary and alternative medicine use among pediatric patients with leukemia: The case of Lebanon. *Integrative Cancer Therapies*, 10(1):38-46
30. Tomlinson D, Hesser T, Ethier MC, Sung L. (2011). Complementary and alternative medicine use in pediatric cancer reported during palliative phase of disease. *Support Care Cancer*, 19:1857-1863
31. Heath JA, Luke J, Clarke NE, Wolfe J. (2012). Complementary and alternative medicine use in children with cancer at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 15(11):1218-1221
32. Valji R, Adams D, Dagenais S, Clifford T, Baydala L, King WJ, Vohra S. (2013). Complementary and alternative medicine: A survey of its use in pediatric oncology. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/527163>
33. Singendonk M, Kaspers GJ, Naafs-Wilstra M, Meeteren AS, Loeffen J, Vlioger A. (2013). High prevalence of complementary and alternative medicine use in the Dutch pediatric oncology population: A multicenter survey. *Eur J Pediatr*, 172:31-37
34. O'Connor N, Graham D, O'Meara A, Devins M, Jennings V, O'Leary D, O'Reilly M. (2013). The use of complementary and alternative medicine by Irish pediatric cancer patients. *J Pediatr Hematol Oncol*, 35(7):537-542

35. Ladas EJ, Rivas S, Ndao D, Damoulakis D, Bao YY, Cheng B, Kelly KM, Antillon F. (2014). Use of traditional and complementary/alternative medicine in children with cancer in Guatemala. *Pediatr Blood Cancer*, 61:687-692
36. Karadeniz C, Güçlü Pınarlı F, Oğuz A, Gürsel T, Canter B. (2007). Complementary/alternative medicine use in a pediatric oncology unit in Turkey. *Pediatric Blood Cancer*, 48: 540-543
37. Gözüm S, Arıkan D, Büyükavci M. (2007). Complementary and alternative medicine use in pediatric oncology patients in Eastern Turkey. *Cancer Nursing*, 30 (1): 38-44
38. Genç RE, Senol S, Turgay AS, Kantar M. (2009). Complementary and alternative medicine used by pediatric patients with cancer in Western Turkey. *Oncology Nursing Forum*, 36(3):159-164
39. Koç Z, Tural E, Gudek E. (2011). Determining complementary and alternative medicine methods used by paediatric haematology–oncology patients. *Journal of Nursing and Health Care of Chronic Illness*, 3:361–371
40. Karalı Y, Demirkaya M, Sevinir B. (2012). Use of complementary and alternative medicine in children with cancer: Effect on survival. *Pediatric Hematology and Oncology*, 29:335-344
41. Yeter G, Esenay FG. (2012). Çocuk kanser hastalarında semptomlara yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. Mersin Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Yayınlanmamış yüksek lisan tezi
42. Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? <http://nccam.nih.gov/health/whatisncam#term> (Access date:15.07.2014)
43. Özkan A. (2007). Çocukluk çağı kanserlerinde tamamlayıcı ve alternatif tıp. *Klinik Gelişim Dergisi*, 178-180
44. Niggemann B, Grüber C. (2003). Side-effects of complementary and alternative medicine. *Allergy*, 58(8):707-16
45. Barnes, J. (2003). Quality, efficacy and safety of complementary medicines: Fashions, facts and the future. Part II: Efficacy and safety. *Journal of Clinical Pharmacology*, 55: 331–340
46. Woolf AD. (2003). Herbal remedies and children: Do they work? Are they harmful? *Pediatrics*, 112:240–246
47. Coopes MJ, Anderson RA, Egeler RM, Wolf JEA. (1998). Alternative therapies for the treatment of childhood cancer. *The New England Journal of Medicine*, 339(12):846

48. Sarıcı SÜ, Kul M, Candemir G, Aydın Hİ, Alpay F, Gökçay E. (2004). Ada çayı yağının yanlış kullanımına bağlı neonatal konvülziyon: Olgu Sunumu. *Gülhane Tıp Dergisi*, 46(2):161-162
49. Andres C, Chen WC, Ollert M, Mempel M, Darsow U, Ring J. (2009). Anaphylactic reaction to camomile tea. *Allergology International*, 58:135-136
50. Ernst E. (2003). Serious adverse effects of unconventional therapies for children and adolescents: A systematic review of recent evidence. *European Journal of Pediatrics*, 162:72-80
51. Muslu GK, Öztürk C. (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51: 62-67
52. Can G. (2007). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: Mavi İletişim Danışmanlık A.Ş
53. Ernst E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: A systematic review. *Bull World Health Organ*, 78: 252-257
54. Simpson N, Roman K. (2001). Complementary medicine use in children extent and reasons. A population based study. *British of Journal of General Practice*, 51: 914-916
55. World Health Organization, 2012 World Health Report, WHO, <http://www.who.int/topics/cancer/en/> (Erişim tarihi: 08.01.2012)
56. National Cancer Institute at the National Institutes of Health; What is Cancer? <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer>. (Erişim Tarihi:02.06.2012)
57. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures (2011). Atlanta: *American Cancer Societ.* [www.cancer.org/acs/.../acspsc-027765.pdf](http://www.cancer.org/acs/.../acspsc-027765.pdf). (Erişim tarihi:08.01.2012)
58. Cavdar A, Kutluk T. (2006). Childhood Cancer. In: Freedman SL, Edwards BK, Ries LAG, Young JL (eds), Cancer incidence in four member countries (Cyprus, Egypt, Israel and Jordan) of the Middle East Cancer consortium compared with US SEER. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 141-150. Pub.No.06-5873. [seer.cancer.gov/publications/mecc/mecc/\\_monograph.pdf](http://seer.cancer.gov/publications/mecc/mecc/_monograph.pdf)
59. National Cancer İnstitute.Pediatric Cancers (2011). U.S. Department of Health and Human Services: 2011. [www.cancer.gov/.../snapshots/pediatric.pdf](http://www.cancer.gov/.../snapshots/pediatric.pdf). (Erişim tarihi:08.01.2012)
60. Türk Pediatrik Onkoloji Türk Pediatrik Hematoloji Derneği Pediatrik Tümör Kayıtları Lösemi verileri 2002-2012.

[http://tphd.org.tr/files/11\\_07\\_2013/Losemi\\_Verileri\\_2002\\_2012%23Mehmet\\_Akif\\_YESILPEK.pdf](http://tphd.org.tr/files/11_07_2013/Losemi_Verileri_2002_2012%23Mehmet_Akif_YESILPEK.pdf). (Erişim tarihi: 12.07.2014)

61. Dünya Kanser Raporu (2008). Çocuklarda görülen kanserler. 482-488 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237\\_tur\\_p1-104.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf). (Erişim tarihi: 08.01.2012)
62. Kramarova E, Stiller CA, Ferlay J, et al. (1997). The international classification of childhood cancer. IARC Technical Report No. 29. Lyon, France
63. Steliorova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. (2005). International classification of childhood cancer, third edition. *Cancer*, 103:1457-67
64. Çavdar AO. (2009). Çocukluk çağı kanserleri. *Türkiye Bilimler Akademisi*. <http://www.tuba.gov.tr/tr/component/content/article/114-guncel-bilgiler/1025-cocukluk-cagi-kanserleri-451.html>. (Erişim tarihi: 08.01.2012). *Doi:10.1155/2011/867151*
65. Yıldız İ. (2009). Çocukluk çağı akut lenfoblastik lösemileri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(4):9-16
66. Zupanec S, Tomlinson D. (2010). Leukemia. In: *Pediatric oncology nursing. Advanced clinical handbook* (Ed: Tomlinson D, Kline NE.), Springer Alemania, Secon edition, page:2-32
67. Erdemir F, Taş Arslan F. (2013). Onkolojik sorunu olan çocuk ve hemşirelik bakımı. İçinden: *Pediatric hemşireliği* (Ed: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz Bal H, Bolışık B) Ankara: Akademisyen Kitabevi s:765-810
68. Yıldırım SO. (2013). Onkoloji. İçinden: *Pediatric Akıl Notları*. (Ed: Furuncuoğlu Y.) Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara s:181-201
69. Törüner EK, Büyükgönenç L. (2012). Çocuk sağlığı temel hermşirelik yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık s:836-896
70. Oğuz A. (2009). Çocukluk çağı hodgkin dışı lenfomaları. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(4):38-48.
71. Özkan A. (2012). Çocukluk çağı kanserleri. In *Affiliation with Johns Hopkins Medicine*, 10:1-8
72. Olgun N. (2009). Nöroblastom. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(4):49-61
73. Kebudi R. (2006). Çocukluk çağında mediasten kitlelerine yaklaşım. Herkes için çocuk kanserlerinde tanı sempozyum dizisi No:49 s:33-38
74. Uysal K. (2009). Retinoblastoma. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(4):93-100



75. Yıldız K, Turan G. (2007). Çocukluk çağı böbrek kitleleri. *Kocaeli Üniversitesi Üroonkoloji Bülteni*, 2:12-18
76. Sevinir BB. (2009). Çocuklarda karaciğer tümörleri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(4):111-20
77. Herzog CE, Andrassy RJ, Eftekhari F. (2000). Childhood cancer: Hepatoblastoma. *The Oncologist*, 5:445-53
78. Emre S, McKenna GJ. (2004). Liver tumors in children. *Pediatr Transplantation*, 8:632-8
79. Pizzo PA, Poplack DG. (2006). Principles and practice of pediatric oncology. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p.1301-17
80. Arıkan A, ve Sayan A. (2005). Rabdomyosarkom. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 1(11):30-39
81. Aktuğ T. (2011). Çocukluk çağında germ hücreli tümörler. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 4(1):78-82
82. Karadeniz C. (2009). Çocukluk çağının germ hücreli tümörleri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(4):101-110
83. Imai A, Furui T, Tamaya T. (1994). Gynecologic tumors and symptoms in childhood and adolescence; 10-years experience. *Int J Gynaecol Obstet*, 45:227-234
84. Fotiou SK. (1997). Ovarian malignancies in adolescence. *Ann N Y Acad Sci*, 816:338-346
85. Tsai JY, Saigo PE, Brown C, La Quaglia MP. (2001). Diagnosis, pathology, staging, treatment, and outcome of epithelial ovarian neoplasia in patients age < 21 years. *Cancer*, 91:2065-2070
86. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. (2000). Cancer statistics 2000. *CA Cancer J Clin*, 50(1):7-33
87. Rowland JH, Bellizzi KM. (2008). Cancer survivors and survivorship research: a reflection on today's successes and tomorrow's challenges. *Hematol Oncol Clin North Am*, 22(2):181-200
88. The children's oncology group long-term follow-up guidelines for survivors of childhood, adolescent, and young adult cancers <http://www.survivorshipguidelines.org/> (Erişim tarihi: 30 Temmuz 2009)
89. Sarılioğlu F. (2005). Çocukluk çağı kanserlerinin tedavisi ve ulaşılan sonuçlar. *Güncel Pediatri*, 3(1):65-66

90. Tortorice PV. (2011). Cytotoxic chemotherapy: Principles of therapy. In: Cancer Nursing. (Ed: Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH). *Jones and Bartlett Publishers*. 7th Ed. Amerika. p:353-358
91. Howell, DL. (2008). My Child has cancer: A parent's guide to diagnosis, treatment, and survival. United States of America: Praeger Publishers
92. Redding SW. (2005). Cancer therapy-related oral mucositis. *J Dent Educ*, 69(8): 919-929
93. Epstein JB, Schubert MM. (2003). Oropharyngeal mucositis in cancer therapy. *Oncology*, 17(12): 1767-1776
94. Filicko J, Lazarus HM, Flomenberg N. (2003). Mucosal injury in patients undergoing hematopoietic progenitor cell transplantation: New approaches to prophylaxis and treatment. *Bone Marrow Transplant*, 31: 1-10
95. Scully C, Epstein J, Sonis S. (2004). Oral mucositis: A challenging complication of radiology, chemotherapy and radiochemotherapy. Part 2: Diagnosis and management of mucositis. *Head and Neck*, 1:77-84
96. Brown CG, Yoder L. (2002). Stomatitis. An overview protecting the oral cavity during cancer treatment. *Oncol Nursing Update*, 4: 20-23
97. Ilgenli T, Oren H, Uysal K. (2001). The acute effects of chemotherapy upon the oral cavity: Prevention and management. *Turkish J Cancer*, 31:93-105
98. Wardley AM, Jayson GC, Swindell R, Morgenstern GR, Chang J, Bloor R, Fraser CJ, Scarffe JH. (2000). Prospective evaluation of oral mucositis in patients receiving myeloablative conditioning regimens and hematopoietic progenitor rescue. *Br J Haematol*, 110: 292-299
99. Borbasi S, Cameron K, Quested B, Olver I, To B, Evans D. (2002). More than a sore mouth: patients experience of oral mucositis. *Oncol Nurs Forum*, 29: 1051-1057
100. Lalla RV, Sonis ST, Peterson DE. (2008). Management of oral mucositis in patients who have cancer. *Dent Clin North Am*, 52: 61-77
101. Peterson DE, Lalla RV. (2004). Oral mucositis: The new paradigms. *Curr Opin Oncol*, 22:318-322
102. Elting LS, Cooksley C, Chambers M, Cantor SB, Manzullo E, Rubenstein EB. (2003). The burdens of cancer therapy. Clinical and economic outcomes of chemotherapy-induced mucositis. *Cancer*, 14: 1201-1207

103. Özbaş A. (2003). Radyoterapi sonucu gelişen semptomlarda bakım. *Hemşirelik Dergisi*, 13(50):57-73
104. Ertem G. (2008). Kanser hastalarında beslenme ve hemşirelik yaklaşımı. *Dirim Tıp Gazetesi*, 83: 56-63
105. Wickham RS, Rehwaldt M, Kefer C, Shott S, Abbas K, Glynn-Tucker E, et al. (1999). Taste changes experienced by patients receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*, 26(4):697-706
106. Bernhardson BM, Tishelman C, Rutqvist LE. (2009). Olfactory changes among patients receiving chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs*, 13(1):9-15
107. Carpenito LJ. (2012). Hemşirelik tanıları el kitabı, 7. Baskı, Çev. Ed: Erdemir F. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul
108. Groben J.J. (2011). The child with cancer. In: Wong's Nursing Care of Infants and Children (Ed: Hockenberry, M.J., Wilson, D. 9th Edition, Elsevier Saunders). America, p:1461-1467
109. James SR, Nelson KA, Ashwill JW. (2013). Nursing care of children: Principles and practice, fourth edition, elsevier saunders, Chine. p: 596-611
110. Aydın B, Yalçın B. (2004). Bulantı ve Kusma. *Türkiye Klinikleri J Pediatr-Special Topics*, 2(8):924-8
111. Paice JA, Pain, Yarbrow CH, Frogge MH, Goodman M. (2004). Cancer Syptom Management. Third Edition, Boston. s:77-93
112. Erdine S. Ağrının tanımı. [http://www.algoloji.org.tr/etkinlik\\_kitap.asp](http://www.algoloji.org.tr/etkinlik_kitap.asp) (Erişim tarihi:24.02.2010)
113. Berde CB, Billett AL, Collins JJ. (2002). Symptom management in supportive care In: Pizzo PA, Poplack DG (eds) Principles and practice of pediatric oncology. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p.1301-17
114. Boström B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients perception of pain management. *J Adv Nursing*, 45:410-9
115. Kuppenheimer WG, Brown RT. (2002). Painful procedures in pediatric cancer. A comparison of interventions. *Clinical Psychology Review*, 22:753-86.
116. Berde CB, Wolfe J. (2003). Pain, anxiety, distress, and suffering: Interrelated, but not interchangeable. *J Pediatr*, 142:361-3
117. Can G. (2010). Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı bakım. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, p.45-105

118. Ünsar S, Fındık ÜY, Kurt S, Özcan H. (2007). Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5):90-106
119. Birol L. (2005). Hemşirelik süreci. Etki Matbaacılık, İzmir, 301-319
120. Kav S. (2001). 13. Onkoloji Hemşireliği Kursu Tedavi Yöntemleri-I, Onkoloji Hemşireliği Derneği, Ankara. s:61-75
121. Herdman H. Nursing diagnoses, definition and classification, NANDA International 2009-2011. p:124
122. Edwards JL, Gibson F, Richardson A, Sepion B, Ream E. (2003). Fatigue in adolescents with and following a cancer diagnosis: developing an evidence base for practice. *Eur J Cancer*, 39(18):2671-80
123. Erickson JM. (2004). Fatigue in adolescents with cancer: A review of the literature. *Clin J Oncol Nurs*, 8(2):139-45
124. Wagner LI, Cella D. (2004). Fatigue and cancer: Causes, prevalence and treatment approaches. *Br J Cancer*, 91(5):822-8
125. Gibson F, Edwards J, Sepion B, Richardson A. (2006). Cancerrelated fatigue in children and young people: Survey of healthcare professionals' knowledge and attitudes. *Eur J Oncol Nurs*, 10(4):311-6
126. Azak A, Çınar S. (2005). Lenfomalı hastalarda (hodgkin ve non-hodgkin) yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler. *Türk Hemotoloji Onkoloji Dergisi*, 15(2):78-80
127. Nielsen E, Brant J. (2002). Chemotherapy-induced neurotoxicity. *The American Journal of Nursing*, 16-19
128. Stark DPH, House A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10):1261-1267
129. Shelton B. (2003). Evidence-Based care for the neutropenic patient with leukemia. *Seminars in Oncology Nursing*, 19(2): 133-141
130. Soycan L. (2004). Nötropenik çocuklarda infeksiyonun önlenmesi. *Flora*, 9(1):1-7
131. Özkan A. (2009). Pediatrik onkoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. s:1337-1345
132. İlhan İ, Kutluk T. (2009). Pediatik onkoloji el kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara

133. Dokken D, Sydnor-Greenberg N. (2000). Exploring complementary and alternative medicine in pediatrics: Parents and professionals working together for new understanding. *Pediatr Nurs*, 26: 1-15
134. Sandler AD, Brazdziunas D, Cooley WC, et al. (2001). Counseling families who choose complementary and alternative medicine for their child with chronic illness or disability. *Pediatrics*, 107: 598-601
135. Suzuki N. (2004). Complementary and alternative medicine: A Japan perspective. *Evid Based Complement Alternat Med*, 1(2): 113-118
136. Nazlıkul H, Eraltan EH. (2002). Tamamlayıcı tıp. Nobel Tıp Kitabevleri, 4-51, 62-67
137. Cassileth RA, Deng G, Vickers A, Yeung KS, Chwistek M, Garrity D, Gubili J, Vroom P (2007). PDQ onkoloji kanserde tamamlayıcı tıp. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık. (Çeviri Ed: E.Topuz)
138. Öztürk C, Karayağız G. (2008). Exploration of the use of complementary and alternative medicine among Turkish children. *J Clin Nurs*, 17(19):2558-2564
139. Taşar MA, Potur ED, Kara N, Bostancı İ, Dallar Y. (2011). Düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarına tamamlayıcı veya alternatif tıp uygulamaları: Ankara Hastanesi verileri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 5(2): 81-88
140. Dietary supplements. [http://nccam.nih.gov/health/children/D383\\_BKG.pdf3](http://nccam.nih.gov/health/children/D383_BKG.pdf3). (Erişim tarihi:11.09.2014)
141. Mcguire JK, Kulkarni MS, Baden HP. (2000). Fatal hypermagnesemia in a child treated with megavitamin/megamineral therapy. *Pediatrics*, 105(18):1-3
142. Gabardi S, Cormier C, Cina J, Luyckx VA. (2003). Renal dysfunction associated with herbal remedies and dietary supplements. *Nephrology*, 1(2):1-6
143. Kennedy DD, Tucker KL, Ladas ED, et al. (2004). Low antioxidant vitamin intakes are associated with increases in adverse effects of chemotherapy in children with acute lymphoblastic leukemia. *Am J Clin Nutr*, 79:1029-1036
144. Acupuncture. <https://nccih.nih.gov/health/acupuncture>. (Access date: 15.07.2014)
145. Paley CA, Johnson MI, Tashani OA, et al. (2011). Acupuncture for cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 19(1): CD007753
146. Lee EJ, Warden S. (2013). The effect of acupressure on chemotherapy-induced nausea. In: Evidence-based non-pharmacological therapies for palliative cancer care (Ed:Cho W.C.S). Springer, 4 Volume, p:89-113

147. Aak M, ncü EH. (2006). Adım adım masaj ğretimi. Malatya: Boyut grafik
148. Barnes PM, Bloom B. (2008). Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *National Health Statistics Report*, 12:1-24
149. Madenci E. (2007). Klasik Masaj. *Türk Fiz Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 53(2):58-61
150. Yıldırım YY, Fadiloğlu , Uyar M. (2006). Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. *Ağrı*, 18 (1): 26-32
151. Yavuz M. (2006). Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. İçinden: Ağrı doğası ve kontrolü. (Ed:Aslan FE). İstanbul: Mart Matbaacılık, 135-147
152. Imanishi J.(2013). Effect massage therapy on anxiety and depression in cancer patients. In: Evidence-based non-pharmacological therapies for palliative cancer care (Ed:Cho W.C.S). Springer, 4 Volume, p:35-53
153. Beider S, Moyer CA. (2007). Randomized controlled trials of pediatric massage: A review. *Evid Based Complement Alternat Med*, 4 (1):23-34
154. Sencer SF, Kelly KM. (2007). Complementary and alternative therapies in pediatric oncology. *Pediatr Clin North Am*, 54(6): 1043-1060
155. Meditation. <http://nccam.nih.gov/health/meditation/overview.htm>. (Access date:12.09.2014)
156. Synder M, Lindquist R. (2006). Complementary/alternative therapies in nursing. *Springer Publishing Compan*, 79-367
157. Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M, Tjosvold L, Vandermeer B, Liang Y, Bialy L, Hooton N, Buscemi N, Dryden DM, Klassen TP. (2007). Meditation practices for health: State of the research. *Evid Rep Technol Ases*, 155:1- 263
158. Relaxation Techniques.<http://nccam.nih.gov/health/stress/relaxation.htm#hed1>. (Access date: 21.08.2014)
159. Lidell L, Rabinovitch N, Rabinovitch G. (1983). The sivananda companion to yoga. Simon & Schuster Inc. New York
160. Yoga. <http://nccam.nih.gov/health/yoga>. (Access date:10.08.2014)
161. Lin KY, Tsauo JY. (2013). Effects of yoga on the quality of life in cancer patients. In: Evidence-based non-pharmacological therapies for palliative cancer care (Ed:Cho W.C.S). Springer, 4 Volume, p:127-153

162. Jennings WM. (2004). Aromatherapy practice in nursing: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (1): 93–103
163. Aromatherapy. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/cam/aromatherapy/patient/page1pdf> (Erişim tarihi: 06.07.2014)
164. Hillmer MG. (2003). Survey of nurses attitudes and perceptions toward music therapy in the hospital setting. The Degree of Master, Kansas: In Music Education and Music Therapy and The Faculty of The Graduate School of The University of Kansas
165. Uçan Ö, Ovayolu N. (2006). Müzik ve tıpta kullanımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1:(1)14-22
166. Gözüm S, Zeyneloğlu S. (2010). Hastanelerde bir girişim olarak müziğin kullanımı. <http://www.thdizmir.org/index/> (Erişim tarihi:08.01.2010)
167. Butt ML. (1998). The effect of music on preterm infant behaviour, The Degree of Master, Canada: Canada Queen’s University, Kingston
168. Stouffer JW, Shirk BJ, Polomano RC. (2007). Practice guidelines for music interventions with hospitalized pediatric patients. *J Pediatr Nurs*, 22:448-56
169. Arnon S, Shapsa A, Forman L, et al. (2006). Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. *Birth*, 33:131-6
170. Cevasco AM. (2008). The effects of mothers singing on full-term and preterm infants and maternal emotional responses. *J Music Ther*, 45(3):273-306
171. Müller B, Günther HH. (2006). Reiki uygulamalı şifacılık teknikleri. Ege Meta Yayınları, İzmir
172. Sağkal T, Eşer İ. (2009). Emphasis on nursing of reiki touch therapy according to rogerian theory, 1st international congress on nursing education, Research & Practice 15 to 17 October 2009 Thessaloniki, Greece
173. Yücel D. (2007). Reikinin oluşumu, gelişimi ve Türkiye’deki yansımaları. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir
174. Anderson LN, Ameling A (2001). Reiki: A complementary therapy for nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39(4):42-49
175. Bossi LM, Jane Ott M, DeCristofaro S. (2008). Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3):489-494

176. Wardel DW, Engebretson J. (2001). Biological correlates of reiki touch healing. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4):439-445
177. Vitale A. (2007). An integrative review of reiki touch therapy research. *Holist Nurs Pract*, 21(4):167-179
178. Eschiti VS. (2007). Healing Touch. *Dimens Crit Care Nurs*, 26(1):9-14
179. Aghabati N, Mohammadi E, Esmaili ZP. (2010). The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. *ECAM*, 7(3):375-381
180. Lee M, Pittler M, Ernst E. (2008). Effects of reiki in clinical practice: A systematic review of randomised clinical trials. *Int J Clin Pract*, 62: 947-54
181. Miles P, True G. (2003). Reiki-review of a biofield therapy history, theory, practice and research. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9(2):62-72
182. Khorshid L, Yapucu Ü. (2005). Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2:124-130
183. Potter PA, Perry AG. (2009). Fundamentals of nursing. 7th ed. Canada: Mosby Company, 771-785
184. Jackson E, Kelley M, McNeil P, Meyer E, Schlegel L, Eaton M. (2008). Does therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(1):113-120
185. Dağıştanlı Ş. (2010). Biyoenerji. Dharma yayıncılık İstanbul, s:103-123
186. Benor DJ. (2002). Energy medicine for the internist. *Medical Clinics Of North America*, 86(1):105-125
187. Gray J. (2000). Alexander tekniği rehberimiz. Çeviren: Oya Erkoldaş İmge Kitabevi Yayınları
188. Drake J. (2001). Alexander Tekniği. İzmir: Ege Meta Yayınları
189. Craze R. (2011). Beat Back Pain With The Alexander Technique. Çeviren: Özlem Tüzel Akal. Optimist yayın ve dağıtım
190. Jonas WB, Kaptchuk TJ, Linde K. (2003). A critical overview of homeopathy. *Annals of Internal Medicine*, 138 (5): 393-399
191. McCaffrey AM, Pugh GF, O'Connor BB. (2007). Understanding patient preference for integrative medical care: Results from patient focus groups. *J Gen Intern Med*, 22(11):1500-5



192. Pitteti R, Singh S, Hornyak D, Garcia ES, Herr S. (2001). Complementary and alternative medicine use in children. *Pediatr Emerg Care*, 17: 165-169
193. Madsen H, Andresen S, Gaardskaer RN, Dolmer S, Host A, Damkier A. (2003). Use of complementary / alternative medicine among paediatric patients. *Eur J Pediatr*, 162: 334-341
194. Lim A, Cranswick N, Skull S, South M. (2005). Survey of complementary and alternative medicine use at a tertiary children's hospital. *J Paediatr Child Health*, 41: 424-427
195. Araz N, Bülbül S. (2011). Use of complementary and alternative medicine in a pediatric population in southern Turkey. *Clin Invest Med*, 34 (1): E21-E29
196. Sinha D, Efron D. (2005). Complementary and alternative medicine use in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Paediatr Child Health*, 41: 23-26
197. Orhan F, Sekerel BE, Kocabas CN, Sackesen C, Adalioglu G, Tuncer A. (2003). Complementary and alternative medicine in children with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 90(6):611-5
198. Arikan D, Sivrikaya SK, Olgun N. (2009). Complementary alternative medicine use in children with type 1 diabetes mellitus in Erzurum, Turkey. *J Clin Nurs*, 18(15):2136-44
199. Efe E, İşler A, Sarvan S, Başer H, Yeşilipek A. (2012). Complementary and alternative medicine use in children with thalassaemia. *Journal of Clinical Nursing*, 22:760-769
200. İşler A, Turan FD, Gözüm S, Öncel A. (2014) Complementary and alternative approaches used by parents of children with epilepsy on epilepsy management. *Epilepsy & Behavior*, 32:156-161
201. Jean D, Claude C. (2007). Use of complementary and alternative medicine in a general pediatric clinic. *Pediatrics*, 120: 138-141
202. WHO Traditional Medicine Report (12 December 2002) [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB111/eeb1119.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB111/eeb1119.pdf) (Erişim Tarihi: 01.08.2005)
203. Hyodo I, Eguchi K, Nishina T, et al. (2003). Perceptions and attitudes of clinical oncologists on complementary and alternative medicine: A nationwide survey in Japan. *Cancer*, 97(11):2861-68

204. Yeşilada E. (2002). Hekim, alternatif tedavi ve modern tıp. *STED*,11(6): 223-225
205. McCann LJ, Newell SJ. (2006). Survey of pediatric complementary and alternative medicine use in health and chronic illness. *Arch Dis Child*, 91: 173-174
206. Corner J, Harewood J. (2004). Exploring the use of complementary and alternative medicine by people with cancer. *Nurs Times Res*, 9(2):101-9
207. Post-White J, Hawks RG. (2005). Complementary and alternative medicine in pediatric oncology. *Seminars in Oncology Nursing*, 21:107-114
208. Quimby EL. (2007). The Use of herbal therapies in pediatric oncology patients: Treating symptoms of cancer and side effects of standard therapies. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(1): 35-40
209. Bakerink JA, Gospe SM, Dimand RJ, Eldridge M. (1996). Multiple organ failure after ingestion of pennyroyal oil from herbal tea in two infants. *Pediatrics*, 98: 944-947
210. Korkmaz A, Sahiner U, Yurdakok M. (2000). Chemical burn caused by topical vinegar application in a newborn infant. *Pediatr Dermatol*, 17: 34-36
211. Carvalho NF, Kenney RD, Carrington PH, Hall DE. (2001). Severe nutritional deficiencies in toddlers resulting from health food milk alternatives. *Pediatrics*, 107: 46-52
212. Meldrum M, Katz M, Clemente I, Nutkiewicz M, Zeltzer L. (2007). Complementary and alternative medicine therapies for pediatric pain: A qualitative study of expectations and adherence. *The Journal of Pain*, 8 (4): 52
213. Yeh CH, Tsai JL, Li W, Chen HM, Lee SC, Lin CF, Yang CP. (2000). Alternative therapy in pediatric patients in Taiwan. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 17:55-65
214. American Academy of Pediatrics. (2001). Counseling families who choose complementary and alternative medicine for their child with chronic illness or disability. Committee on Children with Disabilities. *Pediatrics*, (107):598-601
215. Revuelta-Iniesta R, Wilson ML, White K, Stewart L, McKenzie JM. (2014). Complementary and alternative medicine usage in Scottish children and adolescents during cancer treatment. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20:197-202
216. June B, Anne L. (2001). Unconventional therapy use among children with cancer in Saskatchewan. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 18:16-25

217. Gottschling S, Meyer S, Langler A, Scharifi G, Ebinger F, Gronwald B. (2014). Differences in use of complementary and alternative medicine between children and adolescents with cancer in Germany: A population based survey. *Pediatr Blood Cancer*, 61:488-492
218. Kelly KM, Jacobson JB, Kennedy DD, Braudt SM, Mallick M, Weiner MA. (2000). Use of unconventional therapies by children with cancer at an urban medical center. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 22(5): 412–416
219. Nathanson L, Sandler E, Ramirez-Garnica G, Wiltrout SA. (2007). Factors influencing complementary and alternative medicine use in a multisite pediatric oncology practice. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 29:705-708
220. Meissenhelder JB, Chandler EN. (2000). Faith, prayer, and health outcomes in elderly native Americans. *Clinical Nursing Research*, 9(2): 191-203
221. Langler A, Spix C, Seifert G, Edelhauser F, Kameda G, Kaatsch P, Seifert G. (2011). Use of homeopathy in pediatric oncology in Germany. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-7
222. Friedman T, Slayton WB, Allen SL, Pollock HB, Dumont-Driscoll M, Mehta P, et al. (1997). Use of alternative therapies for children with cancer. *Pediatrics*, 100(6): E1–E6
223. Arush MW, Geva H, Ofir R, Mashiach T, Uziel R, Dashkovsky Z. (2006). Prevalence and characteristics of complementary medicine used by paediatric cancer patients in a mixed Western and Middle-Eastern population. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 28(3):141–146
224. Atay S. (2015). Nötropeni ve enfeksiyon. İçinden: Onkoloji Hemşireliği (Ed: Can G) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri s:349
225. Yıldırım Y. (2015).Kanser ağrısı. İçinden: Onkoloji Hemşireliği (Ed: Can G) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri s:330

## ÖZGEÇMİŞ

Duygu YLDIZ KEMER, 1987 yılında Tunceli’de doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Tunceli’de tamamladı. 2011 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nden mezun oldu. 2011-2013 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği’nde çalıştı. 2013 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı’nda eğitime başladı. 2013 Aralık ayında Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü’ne araştırma görevlisi olarak atandı. 2014 Nisan ayında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü’ne görevlendirilmesi yapıldı, bu tarihten itibaren de aynı kurumda çalışmaktadır.

# **EKLER**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU İZİN YAZISI**

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 70904504/  
Konu:

2014

**KARAR**

**Kurulun Adı, Adresi** : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Dumlupınar Bulvarı Kampüs  
07070/ANTALYA

**Toplantı Tarihi ve Karar No** : 29.01.2014/83

**Araştırmanın tam adı** : “Pediatrik Onkoloji Hastalarında Semptomlara Yönelik Kullanılan Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları”

**Sorumlu araştırmacının ismi** : Doç.Dr.Ayşegül İŞLER

Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr.Ayşegül İŞLER tarafından yürütülecek olan “Pediatrik Onkoloji Hastalarında Semptomlara Yönelik Kullanılan Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları” adlı çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof.Dr. Ender TERZIOĞLU  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Ender TERZIOĞLU  
Başkan

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL  
Başkan Yardımcısı

Öğr.Gör.Dr. Mustafa Levent ÖZGÖNÜL  
Üye

Prof.Dr. Ramazan SARI  
Üye (izinli)

Prof.Dr. Murat CANPOLAT  
Üye

Prof.Dr. Oktay ERAY  
Üye

Prof.Dr. Ali Aydın YAVUZ  
Üye

Prof.Dr. Bilge KARSLI  
Üye

Prof.Dr. Can CEVİKOL  
Üye

Prof.Dr. Köksal KOCAAGI  
Üye

Prof.Dr. Mehmet Murat KULOĞLU  
Üye

Doç.Dr. Yeşim SENOL  
Üye

Doç.Dr. Gülşah KUTLU  
Üye

Doç.Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN  
Üye

Turgut ALTUN  
Üye (izinli)

EK-II

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İZİN YAZISI

1092.2014/312



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)



Sayı : B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER-267  
Konu : Tez Çalışması

04/02/2014

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi: 22/01/2014 tarih ve 1097 sayılı Hastane Evrak kayıtlı yazınız.

İlgide kayıtlı yazıda adı geçen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Duygu Yılmaz KEMER 'in 'Pediatrik Onkoloji Hastalarında Septomlara Yönelik Kullanılan Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları' konulu yüksek lisans tez çalışmasını, Hastanemiz Çocuk Onkoloji Servisi ve Çocuk Onkoloji Polikliniğinde yapma isteği Etik Kurul Onayı getirmesi durumunda tarafımızca uygun görülecektir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Yrd.Doç.Dr. Ethem KAVUKÇU  
Başhekim a.  
Başhekim Yardımcısı

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 ANTALYA Ayrıntılı bilgi için irtibat: Şef H.A.BARDAK  
Tel : (242) 249 62 90  
Faks : (242) 249 60 40  
e-posta: [hastanepersonel@akdeniz.edu.tr](mailto:hastanepersonel@akdeniz.edu.tr)

**EK-III**

**EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İZİN YAZISI**



T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi



SAYI : 69631334 - 1783 - 15885  
KONU: Tez Çalışması Hk.

15/10/2014

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
**Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına**

Fakülteniz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Doç.Dr.Ayşegül İŞLER'in danışmanlığını yürüttüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Duygu Yıldız KEMER'in "Pediatrik Onkoloji Hastalarında Semptomlara Yönelik Kullanılan Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları" konulu tez çalışmasını Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Çocuk Onkoloji Servisi ve Çocuk Onkoloji Polikliniğinde yapmaları Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

**Prof.Dr.Kamil KUMANLIOĞLU**  
Dekan



**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

**PEDİATRİK ONKOLOJİ HASTALARINDA SEMPTOMLARA  
YÖNELİK KULLANILAN TAMAMLAYICI SAĞLIK YAKLAŞIMLARI**

Değerli anne/ baba;

Özellikle son yıllarda kronik hastalığı olan bireyler hastalıklarının tıbbi tedavisinin yanı sıra tamamlayıcı sağlık yaklaşımları dediğimiz geleneksel ve doğal tedavi yöntemlerine de başvurumaktadırlar (Bitkisel yöntemler, özel diyetler, özel masajlar, geleneksel yöntemler gibi). Bu çalışma, pediatrik onkoloji hastalarında semptomlara yönelik kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları, olumlu-olumsuz etkilerini ve kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Semptom sadece hasta tarafından hissedilen herhangi bir hastalık belirtisi veya göstergesidir. Bu çalışmadaki bilgiler gizli tutulacak ve sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Anket formunu cevaplandırmanız, ortalama 20 dakika sürecektir. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen her soruyu dikkatli okuyunuz ve size en uygun cevabı veriniz. Gösterdiğiniz özen ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

**Araştırmacı**

**Duygu YILDIZ KEMER**

Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Öğrencisi

**Katılımcının**

**Adı soyadı:**

**İmza:**

**Tarih:**

**ANKET FORMU**

**Dosyadan Alınacak Bölüm:**

Çocuğun tanısı:

Tanı süresi:

Metastaz durumu: 1) Var 2) Yok

Hastalık evresi:

Şu anki tedavi: 1) Kemoterapi 2) Radyoterapi 3) Cerrahi tedavi 4) Kontrol tedavi

Başka kronik hastalık varlığı: 1) Var ..... 2) Yok

1. Ebeveyn: 1) Anne 2) Baba

2. Yaşınız: .....

3. Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekar

4. Çocuk sayınız: .....

5. Çocuğunuzun cinsiyeti: 1) Kız 2) Erkek

6. Çocuğunuzun yaşı: .....

7. Çocuğunuzun okula gitme durumu: 1) Evet 2) Hayır

8. Cevabınız Evet ise kaçınıcı sınıfa gidiyor? .....

9. Eğitim durumunuz:

1) Okur-yazar değil

2) Okur-yazar

3) İlköğretim

4) Lise

5) Üniversite

10. Mesleğiniz: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

11. Eşinizin yaşı: .....

12. Eşinizin eğitim durumu

1) Okur-yazar değil

2) Okur-yazar

- 3) İlköğretim
- 4) Lise
- 5) Üniversite

**13.** Eşinizin çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

**14.** Ekonomik durumunuz nedir?

1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

**15.** Aile yapınız: 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Anne-baba ayrı

**16.** Ailede başka aynı hastalığa sahip olan var mı? 1) Evet: ..... 2) Hayır

**17.** Çocuğunuzun hastalığını iyileştirmek için sizin kullandığınız herhangi bir tamamlayıcı sağlık yaklaşımı var mı? 1) Evet 2) Hayır

**18.** Kullandığınız tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını öğrendiğiniz bilgi kaynakları nelerdir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Akraba, arkadaş ya da komşular
- 2) Televizyon, gazete ya da internetten edinilen bilgiler
- 3) Sağlık personeli (aile hekimi, hemşiresi, eczacı...)
- 4) Kendi tercihimiz
- 5) Diğer hastalar ya da hasta yakınları
- 6) Diğer: Açıklayınız.....

**19.** Bu tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını kullanma sebebiniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Bu uygulamaların yan etkisi olmadığı/az olduğu için
- 2) Tıbbi tedaviden yarar görmediğimiz için
- 3) Tedavisi için elimizden gelen her şeyi yapmak için
- 4) İlaçların/radyoterapinin yan etkilerini önlemek için
- 5) Çocuğumun bağışıklık sistemini güçlendirmek için
- 6) Hastalığın ilerlemesini ya da yeniden oluşmasını önlemek için
- 7) Aslında çok inanmıyorum ama elimizden gelen her şeyi yapmak istiyorum
- 8) Tıbbi tedavi ile birlikte kullanırsak daha çok yarar sağlayacağına inandığım için
- 9) Başka umudumuz kalmadığı için
- 10) Diğer: Açıklayınız.....

**20.** Bu tamamlayıcı sağlık yaklaşımları çocuğunuz için kullanmaya devam edecek misiniz? 1) Evet 2) Hayır

**21.** Kullandığınız tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını diğer hastalara/yakınlarına öneriyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

**22.** Hastalığını iyileştirmek ya da kendini iyi hissetmek için neler yapıyorsun? (Bu soru 4 yaş üzerindeki çocuklara sorulacaktır)

## TAMAMLAYICI SAĞLIK YAKLAŞIMLARI EBEVEYN VERİ FORMU

	SEMPTOMLAR											Kullanım miktarı	Kullanım sıklığı	Yan Etki	Sağlık personelinin bilgisi var mı?
	Ağız yarası	İştahsızlık	Bulantı Kusma	Ağrı	Saç dökülmesi	Kabızlık	İshal	Halsizlik	Uykusuzlu	Simirlilik	Nötropeni				
	<b>Doğal/Bitkisel Ürünler</b>														
Adaçayı															
Ihlamur															
Papatya çayı															
Yeşil çay															
Melisa çayı															
Kuşburnu															
Ekinezya															
Kuru üzüm, üzüm çekirdeği															
Nar suyu ve tanesi															
Isırgan otu, tohumu															
Ökseotu															
Zeytin yağı															
Zencefil															
Ceviz															

	SEMPTOMLAR											Kulla-nım miktarı	Kullanım sıklığı	Yan Etki	Sağlık personelinin bilgisi var mı?	
Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları	Ağız yarası	İştahsızlık	Bulantı Kusma	Ağrı	Saç dökülmesi	Kabızlık	İshal	Halsizlik	Uykusuzluk	Simirlilik	Nötropeni					
Kabak çekirdeği																
Keten tohumu																
Kekik																
Böğürtlen																
Lahana suyu																
Nane-limon																
Diğer.....																
<b>Beslenme Destekleri</b>																
Anzer balı																
Diğer bal ürünleri																
Arı poleni																
Balık/balık yağı																
Keçiboynuzu/Harnup pekmezi																
Andız pekmezi																
Üzüm pekmezi																
Dut pekmezi																

	SEMPTOMLAR											Kulla-nım miktarı	Kullanım sıklığı	Yan Etki	Sağlık personelinin bilgisi var mı?	
Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları	Ağız yarası	İştahsızlık	Bulantı Kusma	Ağrı	Saç dökülmesi	Kabız-lık	İshal	Halsizlik	Uykusuzluk	Sinirlilik	Nötropeni					
Keçi sütü																
Eşek sütü																
Diğer süt ve süt ürünleri																
Köpek balığı kıkırdağı																
Bıldırcın yumurtası																
Kurbağa kanı																
Vitamin desteği																
Mineral desteği																
Diğer .....																
<b>Zihin-Beden Uygulamaları</b>																
Dua etme																
Adak/kurban kesme																
Hocaya gitme																
Akupunktur																
Masaj																
Meditasyon																

	SEMPTOMLAR											Kullanım miktarı	Kullanım sıklığı	Yan Etki	Sağlık personelinin bilgisi var mı?
Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları	Ağız yarası	İştahsızlık	Bulantı Kusma	Ağrı	Saç dökülmesi	Kabızlık	İshal	Halsizlik	Uykusuzluk	Simirlik	Nötropeni				
<b>Zihin- Beden Uygulamaları</b>															
Gevşeme teknikleri															
Yoga															
Aromaterapi															
Çin tıbbı															
Müzik terapi															
Reiki															
Terapötik dokunma															
Biyoenerji															
Alexander tekniği															
Homeoterapi															
Diğer .....															

## ÇOCUKLARIN SEMPTOMLARA YÖNELİK UYGULADIKLARI YAKLAŞIMLAR VERİ FORMU

Semptomlar	Yaklaşımlar
Ağız yarası	
İştahsızlık	
Bulantı- kusma	
Ağrı	
Saç dökülmesi	
Kabızlık	
İshal	
Halsizlik	
Uykusuzluk	
Sinirlilik	
Nötropeni	
Diğer	