

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ÇOCUK POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA TAMAMLAYICI VE
ALTERNATİF TEDAVİ (TAT) KULLANIM SIKLIĞI VE YAKINLARININ TAT
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Gülşah UZUN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2018

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ÇOCUK POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA TAMAMLAYICI VE
ALTERNATİF TEDAVİ (TAT) KULLANIM SIKLIĞI VE YAKINLARININ TAT
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Gülşah UZUN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. T. Müge ALVUR

Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. T. Müge ALVUR

Etik Kurul Uygunluk Onayı

Tarih:29/11/2017 Karar No: KÜ GOKAEK 2017/16.13 Proje No:2017/328

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı, dünyada ve ülkemizde kullanımını giderek artan tamamlayıcı ve alternatif tedavinin (TAT) çocuk hastalarda kullanım sıklığını, kullanma nedenlerini ve bunların etkinliği ile ilgili hasta yakınlarının düşüncelerini, TAT kullanan hastaların sosyodemografik özelliklerini, kullanılan yöntemleri ve araştırmaya katılanların TAT ile ilgili görüşlerini belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışmada, 01 Ocak – 01 Nisan 2018 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Polikliniklerine başvuran hastaların yakınları ile yüzyüze görüşülerek 44 soru içeren anket formu uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışma için bilgi alınan hastaların %50,2'si kız, %49,8'i erkekti. Hastaların yaş ortalaması $7,77 \pm 4,86$ idi. TAT kullanma oranı %44,5 idi. TAT kullanma ile; anne ve babanın eğitim durumu ve mesleği, hanenin geliri, sosyal güvencenin varlığı, kronik hastalık olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.005$). Kullanılan TAT yöntemleri arasında en çok kullanılan yöntem dua etmekten (98,1) sonra bitkisel yöntemler (%92,5) idi. TAT kullananların %71,7'si kullandığı yöntem ile ilgili doktoruna bilgi vermemiştir. Bunların %97,8'i buna gerek olmadığını düşünmektedir. TAT yöntemleri ile %62,0'ı arkadaşın ya da başka hasta yakınının tavsiyesi ile öğrendiklerini belirtmiştir. TAT kullananların %50,3'ü bu yöntem hakkında medyadan bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılanların %81,0'ı TAT yöntemlerinin tıbbi tedavi gibi kullanılmadan önce bilimsel araştırmalara gerek olduğunu düşünmektedir. Bu yöntem ile ilgili bilgiyi %94,8'i doktorlardan almak istediklerini belirtmişlerdir.

Sonuç: Hastaların yaklaşık yarısının TAT yöntemi kullanmakta olduğu görülmüştür. TAT kullanma ile sosyodemografik özellikler arasında fark görülmemiştir. TAT kullanan hastaların çoğunluğu doktoruna bu konuda bilgi vermediği saptanmıştır. Başvuran her hasta TAT yöntemi kullanımını ile sorgulanmalı, cevap vermeleri için uygun ortam sağlanmalıdır. En azından kendi bölümleri ile ilgili en sık kullanılan yöntemlere vakıf olmanın hastaların yanlış yerlerde şifa aramasının önünü alacağı düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT), çocuk, ebeveyn

ABSTRACT

Aim: The objective of our study was to designate the frequency and reasons of using complementary and alternative medicine (CAM), patient relatives' opinions about efficiency of CAM, patients' sociodemographic characteristics and patients' opinions about CAM.

Material-Method: This cross-sectional study was carried on in Kocaeli University School of Medicine Pediatrics Outpatient Clinic between 01 January and 01 April 2018. By face to face interview technique we asked the patient relatives 44 questions of a semi-structured questionnaire, produced by the researcher and the mentor.

Results: Of the participants 50,2% was female and %49,8 was male. Average age was $7,77 \pm 4,86$ years. There was no statistically significant difference between using CAM and parent's education level, occupation, average income, social insurance, chronic disease ($p > 0.005$, for all). Pray was the most popular CAM (98,1%), after that herbal (92,5%). 71,7% of the participants who declared to use CAM didn't inform their doctors about it and 97,8% of this group said "there is no need to inform the doctors". 62,0% of all participants specified that they heard about the CAM from their friends or someone else and 50,3% from the media. "There should be more scientific study about CAM before using like medical treatment" 81,0% of all participants approved this suggestions. 94,8% of participants wanted to have information about CAM from doctors.

Conclusion: Approximately half of the patients was using CAM. There was no difference between using CAM and sociodemographic characteristics. Most of the patients who claimed to use CAM didn't inform their doctors. All patient visits can be an opportunity to question them for the use of CAM and give relevant information.

Key words: Complementary and alternative medicine, pediatrics, parent

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği asistanlığıma baŐladıđım ilk günden itibaren bizlerle (sadece bir hoca olarak değil) her konuda bilgisini, tecrubesini ve sevgisini paylaŐan, göleryüz, sabır ve ilgi ile yardımcı olan, her zaman yanımda olduğunu hissettiğimiz değerli tez danıŐmanım ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. T. Müge Alvr'a,

Bugünlere gelmemdeki emeklerini, desteklerini sayarak bitiremeyeceğim canım aileme, Dostluğunu, yardımını, sevgisini her zaman hissettiğim aile hekimliği asistan arkadaşlarıma,

Rotasyonlarımda birlikte çalışma fırsatı bulduğum hocalarıma, asistan arkadaşlarıma ve hemşire arkadaşlarıma (özellikle çocuk acil hemŐirelerine),

Geldiği günden itibaren hayatıma kattığı güzellikler için ve her konuda her zaman yanımda olduğunu hissettiğim yol ve hayat arkadaşım Furkan UZUN'a sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|----------|
| Abstract | iv |
| Teşekkür | v |
| İçindekiler | vi |
| Simgeler Ve Kısaltmalar Dizini | viii |
| Çizelgeler Dizini | ix |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 1.1. Giriş | 1 |
| 1.2. Amaç | 1 |
| 2. Genel bilgiler | 3 |
| 2.1. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kavramı | 3 |
| 2.2. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Tarihçesi | 4 |
| 2.3. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanma Yaygınlığı | 4 |
| 2.4. Çocuklarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi | 6 |
| 2.5. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanım Amaçları Ve Özellikleri | 6 |
| 2.6. Ülkemizde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp | 7 |
| 2.7. Alternatif Ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri | 8 |
| 2.7.1. Akupunktur | 8 |
| 2.7.2. Fitoterapi | 10 |
| 2.7.3. Homeopati | 12 |
| 2.7.4. Dua Etmek Ve Dini Uygulamalar | 14 |
| 2.7.5. Yoga | 15 |
| 2.7.6. Kupa Tedavisi Ve Hacamat | 16 |
| 2.7.7. Apiterapi | 17 |
| 2.7.7.1. Bal | 18 |
| 2.7.7.2. Arı Zehiri (Bee Venom) | 18 |
| 2.7.7.3. Propolis | 19 |
| 2.7.8. Müzik İle Terapi | 19 |
| 2.7.9. Gıda Takviyesi | 21 |
| 2.7.9.1. Omega Yağ Asitleri | 22 |
| 2.7.9.2. Probiyotikler | 25 |
| 2.7.10. Sülük Uygulaması | 27 |
| 2.7.11. Refleksoloji | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER | 31 |
| 3.1. Araştırma Modeli | 31 |
| 3.2. Araştırma İzinleri Ve Onamı | 31 |
| 3.3. Veri Toplama Yöntemi Ve Aracı | 31 |
| 3.4. İstatiksel Analiz | 32 |
| 4. BULGULAR | 33 |
| 4.1. Sosyodemografik Özellikler | 33 |
| 4.2. TAT Kullanma Sıklığı Ve Özellikleri | 36 |
| 4.3. Hasta Yakınlarının Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi İle İlgili Görüşleri | 44 |
| 5. TARTIŞMA | 47 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 52 |
| 7. EKLER | 54 |
| 7.1. EK-1 Etik Kurul Formu | 54 |
| 7.2. EK-2 Çalışma İzin Yazıları | 56 |
| 7.3. EK-3 Onam Formu | 58 |
| 7.4. EK-4 Anket Formu | 59 |
| 8. KAYNAKLAR DİZİNİ | 65 |

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AKAMÇG: Akupunktur İçin Klinik Araştırma Metodolojisi Çalışma Grubu

DHA: Dokosaheksaenoik Asit

DM: Diyabetes Mellitus

DSHEA: The Dietry Supplement Health and Education Act

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EPA: Eikosapentaenoik Asit

ISAPP: International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics

TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi

n-3: Omega 3 Yağ Asitleri

n-6: Omega 6 Yağ Asitleri

M.Ö : Milattan Önce

NCCAM: Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi

NHIS: Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi

NIH: Ulusal Sağlık Enstitüsü

NLP: Neuro Linguistic Programing

NO: Nitrik Oksit

RTÜK: Radyo Televizyon Üst Kurulu

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UV: Ultraviyole

ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

YKT: Yaş Kupa Tedavisi

ÇİZELGELER DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Çizelge 2.1. TAT Uygulama Yöntemlerinin Sınıflandırılması | 7 |
| Çizelge 2.2. Akdeniz Diyetini Oluşturan Besinler Ve Tüketim Düzeyleri | 24 |
| Çizelge 2.3. Zeytinyağı Bileşenlerinin Etki Mekanizmaları | 24 |
| Çizelge 2.4. Sülük Salyasında Bulunan Bazı Biyoaktif Maddeler Ve Etkileri | 28 |
| Çizelge 4.1.1. Anketi Dolduran Kişi | 33 |
| Çizelge 4.1.2. Anne Ve Baba Öğrenim Durumu..... | 34 |
| Çizelge 4.1.3. Anne Ve Baba Meslekleri | 34 |
| Çizelge 4.1.4. Ekonomik Durum Değerlendirmesi | 35 |
| Çizelge 4.1.5. Hanenin Aylık Gelir Ortalaması | 35 |
| Çizelge 4.2.1. Dini İnanç Kullanma Durumu..... | 36 |
| Çizelge 4.2.2. TAT Kullanımı Ve Sosyodemografik Özellikler..... | 37 |
| Çizelge 4.2.3. Yaş Aralıklarına Göre TAT Kullanma Durumu | 38 |
| Çizelge 4.2.4. Kullanılan TAT Yöntemleri..... | 38 |
| Çizelge 4.2.5. Bitkisel Yöntemlerin Kullanılma Oranları..... | 39 |
| Çizelge 4.2.6. Hayvansal Yöntemlerin Kullanılma Oranları | 39 |
| Çizelge 4.2.7. TAT Bilgi Edinme Yöntemleri | 40 |
| Çizelge 4.2.8. Toplamda Kaç Yerden Bilgi Edinildi | 40 |
| Çizelge 4.2.9. TAT Kullanan Hastaların Doktora Danışma Durumları | 41 |
| Çizelge 4.2.10. TAT Kullanım Amaçları | 41 |
| Çizelge 4.2.11. Hastaların Kullandıkları TAT Yönteminin Faydalı Olma Durumuna İlişkin Görüşleri | 42 |
| Çizelge 4.2.12. Hastaların Kullandıkları TAT Yönteminin Zararlı Olma Durumuna İlişkin Görüşleri | 42 |
| Çizelge 4.2.13. Şikayetlerde Azalma Oldu Mu Sorusuna Verilen Yanıt | 43 |
| Çizelge 4.2.14. TAT Yöntemlerini Temin Etme Durumu | 43 |
| Çizelge 4.2.15. TAT Yöntemleri İçin Aylık Ortalama Harcama Miktarı..... | 43 |

| | |
|---|----|
| Çizelge 4.2.16. Anketin Doldurulduğu Bölüm İle TAT Kullanma Oranları | 44 |
| Çizelge 4.3.1. Hasta Yakınlarının TAT İle İlgili Görüşleri | 45 |
| Çizelge 4.3.2. Kimden Danışmanlık Alınmalıdır Sorusuna Verilen Yanıt..... | 46 |



1. GİRİŞ VE AMAÇ

“Köklü, kültürel olarak kabul gören ve yararlı bir geleneksel tıp, şefkatli bir tedavi ve şifa sanatı olarak iyi eğitim almış, tecrübeli ve lisanslı kişiler eliyle uygulanırsa daha zor istismar edilecektir.”

Dr. Margaret Chan

DSÖ Başkanı

1.1. Giriş

Yirminci yüzyılın ortalarından başlayarak, hastalıkların tanı ve tedavilerinde gözlenen hızlı gelişmeler tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımında artışı da beraberinde getirmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tıp terimleri genellikle bir başlık altında toplanmaktadır. Tamamlayıcı tıp; modern tıbbi tedavi ile birlikte, tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan tedavi bakım sistemlerinin tümüdür. Alternatif tıp ise modern biyotıp ya da tedaviler tarafından kabul edilmeyen, tedavilerin yerine geçen her türlü sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (1). Tamamlayıcı ve alternatif tıp, tıbbin kavramsal çerçevesini çeşitlendirerek ya da geleneksel olarak karşılanamayan talepleri karşılayarak, temel tıbbi bir bütünlük katarak oluşan tanı, tedavi ve koruma sistemi olarak tanımlanmaktadır (2).

Konvansiyonel tıbbi “bilimsel tıp” ya da “kanıta dayalı tıp” denir. Hastalık patofizyolojik sürece göre açıklanır ve tedavi bu süreci etkileyecek şekilde planlanır. Konvansiyonel tedaviler ve uygulamalar bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtlardan şekillenmektedir. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT) 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 (3,4).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp, bazı ülkelerde her ne kadar geleneksel tıp olarak değerlendirilse de o kültürün parçası olmayan uygulamaları içermesi bakımından geleneksel tıbbin bir parçası değildir (5).

Bizde bu çalışmada modern tıp olarak hastanelerde kullanılan günümüz konvansiyonel tıbbini tanımladık. Tamamlayıcı ve alternatif tıp olarak da konvansiyonel tıbbin bir parçası olmayan, her türlü uygulama ve modern dışı tedavileri adlandırdık

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hastalıkları Polikliniklerine (genel, alerji ve immünoloji, gastroenteroloji, nöroloji, hematoloji, onkoloji, endokrinoloji, nefroloji, acil) başvuran hastalar için tamamlayıcı ve alternatif

tedavi kullanma sıklığını, kullanma nedenlerini, kullanılan yöntemlerin ne olduğunu, bunların etkinliği ve zararı ile ilgili hasta yakınlarının düşüncelerini, bu yöntemler ile ilgili bilgiye nereden ulaştıklarını, kullandıkları yöntemler ile ilgili sağlık çalışanlarına bilgi verme durumlarını, yöntemleri nasıl temin ettiklerini, kullanan ve kullanmayan hastaların arasında sosyodemografik bir fark olup olmadığını ve hasta yakınlarının TAT ile ilgili düşüncelerini öğrenmektir.

Bu araştırma ile hastaları TAT yöntemlerine yönlendiren nedenleri daha iyi anlayabileceğimizi ve buna bağlı olarak hasta-hekim ilişkisini güçlendireceğine, tedavi planlanmasında yol gösterici olabileceğine inanmaktayız.



2. Genel bilgiler

2.1. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) geleneksel tıbbı “fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme ve tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür” şeklinde tanımlamıştır (6).

UNESCO günümüz tıp yaklaşımını “modern tıp” olarak adlandırmıştır. Bilimsel ve teknik buluşların en çok olduğu dönem modern çağdır ve bu nedenle terminolojide günümüz tıp yaklaşımını adlandırmada, daha geniş uzlaşımın olduğu kullanım modern tıptır. Bunun yanında allopatik tıp tanımlaması yaparken, bu tanımın klinisyenler tarafından daha çok homeopatik tıp uygulamaları için kullanıldığı ve allopatik tıp terimini kullanmanın uygun olmadığını da belirtmiştir. Geleneksel tıbbı “güvenli, ruhsal, sosyal iyilik halini içeren sağlık standartlarını geliştirme beklentisi” olarak belirtmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tıbbı ise “genel anlamda bir ülkenin sağlık hizmetlerine entegre ve geleneklerinin parçası olmayan bir grup sağlık hizmet uygulamasıdır” şeklinde tanımlamıştır (7).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp alanında en çok kabul gören tanım Birleşik Milletler Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün (NIH) yaptığı tanımdır. Bu tanıma göre “Tamamlayıcı ve alternatif tıp; belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık sisteminin dışında kalan bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanı”dır (8).

Konvansiyonel tıp, fizyoloji ve patofizyoloji temelleri üzerine kurulurken, alternatif tıp ise alternatif paradigmlar veya kanıtlanmamış biyokimyasal hipotezleri temel alır. Alternatif tedaviler hiç araştırılmamış, halen araştırılmakta olan veya bilimsel olmayan verilere dayanarak etkin olduğu savunulan tedavilerdir. Alternatif ve modern tedavilerin birlikte kullanılmasına “komplementer tedavi” denilmektedir. Alternatif tedaviler ile modern tedavileri birbirlerinden kesin bir çizgi ile ayırmak her zaman kolay değildir. Bir tedavi, kullanım şekline ve araştırma sonuçlarına göre modern ve alternatif tedavi arasında yer değiştirebilir. Bir alternatif tedavi kanıtlanınca konvansiyonel bir tedavi olabileceği gibi bir modern tedavi de ispatlanmamış bir endikasyonda kullanıldığında alternatif tedavi haline gelebilir (9,10).

2.2. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Tarihçesi

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 gibi uygulamalar ise XIX. yüzyılda gelişmiştir. Dünyada TAT'ın yüzyıllardır kullanıldığı bilinmektedir. İnsanlık tarihinin başlangıcından bu yana geleneksel tıp ve TAT birlikte kullanılmakta olup günümüzde kullanımı giderek artmaktadır. TAT kullanımı bireyin eğitim durumu, bağlı olduğu etnik grup, yaşı, yaşadığı bölge, sosyoekonomik durumu dini inancı, sağlık durumu ve cinsiyeti gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir (11).

Dünyada giderek yaygınlaşan uygulamalar ve literatürdeki eksiklikler nedeniyle 1998 yılında Birleşik Devletlerde Ulusal Sağlık Enstitüsüne bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) kurulmuştur. Bu merkezin amacı; tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının güvenilirlik ve etkinliğini incelemek, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların geleneksel tedavilere katılımını sağlamak (1).

2.3. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanma Yaygınlığı

TAT yöntemlerinin büyük bir kısmının araştırılmamış olmasına ve etkinliğine dair yeterli kanıt bulunmamasına rağmen hastalar tarafından tercih edilmeye devam edilmektedir (12,13).

TAT yöntemleri tüm zamanlarda var olmasına rağmen 1990'lı yıllarda kullanımı dramatik olarak artmıştır (14) Bu artışta medya, alternatif tedavi uygulayıcıları ve bazı tıp doktorları rol oynamaktadır (15). TAT kullanımı son yıllarda gelişmekte olan ve endüstrileşmiş birçok ülkede düzenli bir şekilde artmıştır (16,17).

Çin ve Japonya Tamamlayıcı ve alternatif tıbbın en yaygın uygulandığı ülkeler arasındadır. Çin'deki hastanelerin %95'inde alternatif ve modern tıbbın içiçe olduğu görülmekte olup bu uygulamalar içinde en sık akupunktur kullanılmaktadır. Japonya'da modern tıp uygulayıcılarının aynı zamanda Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarını da yapabildiği ve hekimlerin %72'sinin geleneksel Çin şifalı tıbbının Japon kültürüyle şekillenmiş hali olarak tanımlayabileceğimiz "kambo tıbbı"ni da uygulayabildiği bildirilmektedir (18).

Birleşik Devletler'de 1990 yılında 1539 erişkin ve 1997 yılında 2055 erişkinde telefon ile yapılan anket sonuçlarına göre tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanma oranı %34'ten %42'ye arttığı görülmüştür. Bu uygulamaların tahmini maliyeti 27 milyar dolardır.

Kullanımdaki başlıca nedenler ise sırt problemleri, anksiyete, depresyon ve baş ağrıları şeklindeymiş (14).

Yapılan araştırmalar Asya, Afrika, Latin Amerika ve Orta Doğu ülkelerinde halkın %70-95'inin birinci basamak koruyucu ve tedavi edici uygulama olarak, özellikle bitkisel ürünler başta olmak üzere TAT yöntemlerini kullandıklarını göstermiştir. Endüstrileşmiş ülkelere Fransa, Almanya, İtalya ve Kanada'da nüfusun %70-90'ının TAT kullandıkları bildirilmektedir (19).

Gelişmiş ülkelerde, geleneksel tedaviler ve TAT uygulamalarının yaygınlığını araştıran DSÖ'nün yayınladığı raporda, yaşamları boyunca en az bir kez geleneksel tedavi yöntemlerini kullanan kişilerin yüzdesi Avustralya'da %48, Belçika'da %31, Kanada'da %70, Fransa'da %49, Amerika'da %42 olarak saptanmıştır (20).

2005 yılında Avrupa'da 14 ülkeden toplam 956 hastanın katılımıyla bir anket çalışması yapılmıştır. Yapılan çalışmada TAT kullanımının %14,8-%73,1 arasında değiştiği, ortalamanın %35,9 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada TAT kullanım oranı İspanya'da %29,8, İsrail'de %32,4, Danimarka'da %36, İngiltere'de %29,4 olarak bulunmuştur (21).

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kullanım sıklığında önemli ölçüde artma görülmektedir (22-24). Türkiye'de TAT ile ilgili yapılan çalışmalar genel olarak bazı hastalık gruplarına yönelik yapılmış olup; bazı illerde TAT kullanım yöntemlerine yönelik çalışmalar mevcuttur. Genel kullanımın Eskişehir'de %60, İzmir'de %31 olduğu tespit edilmiştir (25,26).

Çocuklarda TAT kullanımı ile yapılan çalışma sayısı erişkinlere oranla daha sınırlı sayıdadır. Yapılan çalışmaların çoğu belirli bir hastalık/kansere yöneliktir. Aralık 2008 itibarıyla Pubmed'de yapılan literatür taraması sonucuna göre; çocuklarda genel olarak TAT kullanımını %18,4 ile %95 arasında değişmektedir (27). ABD'de kullanım oranı 2003 yılında %1,8 iken, başka bir çalışmada ise bu oran %33 ile %49 arasındadır (28,29). Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin (NHIS) raporuna göre 2002-2007 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her dokuz çocuktan birinin TAT kullandığı belirtilmiştir (30). İngiltere'de 2001 yılında, 16 yaş altı 1134 çocukta yapılan bir çalışmada en az bir kez TAT kullanım oranı %17,9 olarak bulunmuştur (31).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocuklarda TAT kullanımına yönelik yapılan çalışma sayısı çok azdır ve belirli hastalıklar üzerine odaklanılmıştır. Bu çalışmalarda da TAT kullanım sıklığı oldukça değişkendir (9).

2.4. Çocuklarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi

Tıbbi tedavilerden memnuniyet düzeylerinin çocukları için TAT kullanan anne babaların kullanmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Anne babalar geleneksel tıbbi tedavilerin yan etkisinden korktukları için de bu tür TAT yöntemlerine yönelme eğilimindedirler. TAT yöntemlerinin doğal ve bu yüzden zararsız olduğunu düşünmektedirler. Pek çok TAT uygulamalarının her yerde kolayca satılması ve anne babaların bunlara kolayca erişebilmesi de bu düşüncelerini pekiştirmektedir (32).

Ernst (33) anne babaları çocukları için TAT kullanımına yönelten pozitif ve negatif etmenleri belirlemiştir.

Pozitif etmenler;

- Anne babaların TAT yöntemlerinin etkin ve güvenilir olduğunu düşünmesi,
- TAT yöntemlerinin tinsel boyutunun olması,
- Bu tür tedavilerde hastanın aktif bir rol alabilmesi, anne babalarda tedavi üstünde kontrol kurma hissini oluşturması,
- TAT yöntemlerinin çoğunun invaziv olmaması,
- Yeterli hasta-terapist ilişkisi sağlaması, tedavi uygulayıcılarının hastaya çok zaman ayırması,
- TAT yöntemlerinin kolay kabul görmesi.

Negatif etmenler;

- Tıbbi sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik (sağlık profesyoneli-hasta ilişkisinin yetersiz olması, sağlık hizmetlerine talebin fazla olması nedeni ile uzun süre bekleme, hastaya yeterli zaman ayrılamaması),
- Tıbbi tedavilerin yan etkilerinden korkma,
- Tıp ve teknoloji reddetme,
- Kuruluşa güvensizlik,
- Ümitsizlik.

2.5. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanım Amaçları Ve Özellikleri

TAT kullanımının amaçları genel olarak; tedaviye destek olmak, yaşam kalitesini iyileştirmek, kendini iyi hissetmek, ilaçların yan etkilerini azaltmak, immun sistemi güçlendirmek, hastalığın gelişimini veya tekrarlamasını önlemek, konvansiyonel tedavi yerine kullanmak, fiziksel ve psikolojik destek sağlamak, son bir çare olarak kullanmak ve hatta ölümün daha insancıl şartlarda gelişmesine katkıda bulunmaktır (11,34).

NCCAM, TAT yöntemleri hakkında birçok farklı alandaki uygulama türlerini (200'den fazla yöntemi) kapsamak için bir sınıflandırma sistemi geliştirmiştir. Bu sınıflandırmada TAT yöntemlerini beş alt başlıkta incelemiştir (Çizelge 2.1.) (35).

Çizelge 2.1. TAT Uygulama Yöntemlerinin Sınıflandırılması

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| Alternatif Ve Medikal Sistemler | | Ayurvedik tıp, geleneksel Çin tıbbı, geleneksel Tibet tıbbı, homeopati, naturopati... |
| Beden Ve Zihin Müdahaleleri | | Sanat terapisi, meditasyon, NLP (neuro linguistic programming), yoga, hipnoz, maneviyatçılık, müzik terapisi |
| Biyolojik Temelli Tedaviler | | Bitkiler, vitaminler, diyetler ve diğer doğal ürünler |
| Manipülatif Ve Beden Temelli Tedaviler | | Şiropatik, osteopati, masaj, hidroterapi, kraniosakral terapi |
| Enerji Tedavileri | Biyoelektromanyetik Terapiler | Mıknatıslar, değişken ya da doğrudan akım alanları |
| | Biyo-alan Terapileri | Biyoenerji, Qi Gung, reiki, shiatsu |

2.6. Ülkemizde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de artan TAT kullanımına yönelik bakanlık 27.10.2014 tarihinde bir yönetmelik çıkardı. Yönetmeliğin amacı, insan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini belirlemek, bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmeleri ile bu yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.

Bu yönetmelikte öngörülen uygulamalar, uygulamaları yapacak kişiler, ünite ve uygulama merkezlerinin standartları ile görüşmek üzere, Bakanlıkça Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Bilim Komisyonu oluşturulur.

Bilim komisyonu;

- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü veya görevlendireceği yetkilinin başkanlığında,
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden ilgili daire başkanı,
- İlgili alanlarda bilimsel çalışması bulunan üniversite öğretim üyesi veya Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi verme yetkisine sahip tabipler arasından seçilecek üç üye,
- Eczacılık fakültelerinin farmakognozi alanından bir üye,
- Tıp fakültelerinden farmakoloji alanından bir üye,
- Sertifikalı iki tabip,
- Öğretim üyesi veya eğitim görevlisi tıbbi onkoloji uzmanı bir üye,
- Tıbbi etik veya tıp tarihi ve deontoloji alanlarında uzmanlık veya doktora eğitimi almış bir üye, olmak üzere onbir üyeden teşekkül eder. Bilim komisyonu üyeleri Bakan tarafından belirlenir. Üyeler iki yıl süreyle görev yapar.

Bilim komisyonunun görevleri şunlardır:

- Uygulama alanlarının belirlenmesine, uygulamaların endikasyon ve oluşabilecek yan etkilerine ilişkin görüş vermek,
- Uygulama yapılan ünite ve merkezlerde bulunması gerekli tıbbi araç ve gereç, personel, fiziki standartların oluşturulması hususunda görüş bildirmek,
- Ünite ve uygulama merkezi başvurularını bilimsel, teknik alt yapı ve personel yönünden değerlendirerek, uygunluğu hususunda görüş bildirmek,
- Bu yönetmelikte tanımlanmış uygulamalarla ilgili bilimsel ve teknik çalışmaları yapmak,
- Uygulamalar ile ilgili yönlendirici, aydınlatıcı ve bilimsel çalışmalar yapmak ve yaptırmak,
- İhtiyaç duyulan konularda çalışma yapmak üzere alt komisyonlar kurmak (36).

2.7. Alternatif Ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri

2.7.1. Akupunktur

Akupunktur en eski tedavi yöntemlerinden biri olup yaklaşık iki-üç bin yıldan bu yana kullanılmaktadır. Akupunktur latince iki kelimededen oluşur (acus: iğne ve puncture: batırma). Günümüzde akupunktur; çeşitli tekniklerle özel iğnelerin belirli anatomik

bölgeleri stimule etmesi olarak tanımlanmaktadır (37,38). Akupunkturun temel amacı; endokrin, limbik ve otonom sinir sistemlerinin bir uyum içinde çalışmasını sağlamaktır. Ana felsefesi; bütün evrende canlı, cansız her yerde ve her şeyde var olan enerji akışları arasındaki birlik, denge ve uyuma dayanır (39).

Geleneksel Çin tıbbı'na göre beden, temel öğeler ve enerji arasındaki dengeden oluşur. Hastalıkların ise bu temel öğeler ve enerji arasındaki dengenin bozulmasından kaynaklandığına inanılır. İnsan vücudundaki enerjiye “gi” denir. Bu enerjinin anatomik olmayan, meridyen olarak isimlendirilen bir yapıda dağılım gösterildiğine inanılır. Bu inanişaya göre her organın bir meridyeni bulunmaktadır, bu meridyenler üzerine uygulanan akupunktur ile bozulan gi akımının yeniden düzeltildiğine ve hastaların iyileştirildiğine inanılır (40).

Genel olarak çelik, gümüş ve altından yapılmış iğnelerin akupunktur noktalarına batırılması ile uygulanmakta ve çok eskiden beri birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Akupunkturda uygulama deriye veya deri altındaki kas dokusuna yapılır ve uygulama sırasındaki her türlü uyarıdan deri ve deri altı kas dokusu etkilenir. Akupunktur noktalarının %70-80 kadarı kasların tetik noktaları ile ayrıca birçoğunun da motor noktaları ile aynı olduğu gösterilmiştir. Günümüze kadar pek çok hastaya bu tedavi yöntemleri uygulanmış olmasına karşın temel, fizyolojik ve klinik verilerdeki eksiklikler nedeni ile Batı tıbbındaki yerini alması yüzyılları almıştır (41). Akupunktur iğneli ve iğnesiz olmak üzere sınıflandırılmıştır. İğneli akupunktur klasik yöntem olup filiform, lanset, kutanöz ve kulak iğneleri ile yapılabilmektedir. İğnesiz akupunktur adı altında ise moksibüsyon (ısı), kupa tedavisi, lazer akupunktur ve akupresür (basınç) tedavileri sayılabilir (42,43).

Akupunkturun batı ülkelerinde yerini almasıyla birlikte etki mekanizması tartışılmaya başlanmış ve bu konuda çok çeşitli deneysel çalışmalar yapılmıştır. ABD’ de akupunktura ilginin artmasıyla birlikte DSÖ bünyesinde bu konu ele alınmış ve akupunkturun bilimsel temellerini araştırmak üzere 1989 yılında bir çalışma grubu oluşturulmuştur. “Akupunktur İçin Klinik Araştırma Metodolojisi Çalışma Grubu” (AKAMÇG) adı verilen bu grup beş yıl süren incelemeler sonucunda 1994’te Japonya’da bir akupunktur klavuzu hazırlamış ve önemli kararlar almıştır (44).

Yapılan araştırmalar neticesinde akupunkturun faydalı ve sakıncalı olduğu durumlar belirlenmiştir (44).

- **Akupunkturun yararlı olabileceği durumlar;** ilaçlarla geçmeyen ağrılar, yan etkinin çok fazla olduğu hastalıklarda, ilaçlarını azaltmak isteyen hastalar, ameliyat ya da kanser tedavisi sonrası aşırı bulantı ve kusma, tedaviye yanıt vermeyen vazomotor belirtiler, radyasyon rektiti, aşırı yorgunluk hissi,
- **Sakıncalı olabileceği durumlar;**
 - a. **Alışlagelen (klasik) akupunktur;** aşırı iğne korkusu olanlar, pıhtılaşma bozukluğu, lenfödemli uzuvlar, tümör ve açık yaralar, omurilik bozuklukları,
 - b. **Kalıcı iğne akupunturu;** kalp kapak hastalıkları, nötropenik hastalar,
 - c. **Elektro-akupunktur;** kalp pili olanlar,
 - d. **Kullanılmaması gereken göreceli durumlar;** gebelik, epilepsi, bilinç bulanıklığı olan hastalar.

2000 yılında DSÖ tarafından yayınlanan bir akupunktur klavuzunda akupunkturun endikasyonlarını sıralamak yerine yalnızca kontrendikasyonları belirtilmiştir. Bunlar; gebelik, acil cerrahi gerektiren durumlar, malignensiler, kanama ve pıhtılaşma bozukluğu olan hastalardır (45).

Yapılan çalışmalarda akupunkturun herhangi bir yan etkisinin bulunmadığı bildirilmiştir (46).

Akupunkturun son 30 yılda batı ülkelerinde yaygınlaşmasına paralel olarak ülkemizde de ilgi artmıştır ve çeşitli uzmanlık dallarına mensup hekimler tarafından uygulanmaya başlanmıştır. Uygulamaları kontrol altına almak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından Eylül 2002 tarihli 24879 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan “akupunktur tedavisi uygulanan özel sağlık kuruluşları ile bu tedavinin uygulanması hakkında yönetmelik” ile ülkemizde akupunktur tedavisinin bilimsel yöntemlerle yapılması ve bu tedavinin uygulandığı özel sağlık kuruluşlarının açılmasına, çalışmasına ve denetlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek istenmiştir. Bu yönetmeliğe göre; branş farkı gözetmeksizin tıp doktorları Sağlık Bakanlığı'nın izni ile açılan kurslarda eğitime tabi tutulmaktadır. Ayrıca yurtdışında eğitim aldığını belgeleyen kişiler aldıkları eğitimi tüm ayrıntılarıyla kanıtlamakta ve “Akupunktur Bilim Komisyonu” tarafından uygun görülenler, sınava girmek koşuluyla sertifikaya hak kazanmaktadırlar (44,47).

2.7.2. Fitoterapi

Fitoterapi “tıbbi bitkilerle tedavi” anlamına gelmektedir. Hastalıkların tedavi edici değere sahip taze veya kurutulmuş bitki kısımları ya da bunlardan elde edilen ekstraksiyon ürünleri kullanılarak üretilen çay, damla, draje, kapsül, şurup, tablet ile tedavi edilmesidir.

Fitoterapi günümüzde alternatif tıp konuları arasında değerlendirilmekte olup tarih süreci içerisinde birikimi, gelişimi ve uygulanışı ile birçok tıp bilimine öncülük etmiştir (48)

Fitoterapi teriminin ilk kez 1870-1953 yılları arasında yaşamış Fransız hekimi Henry Lenclerc tarafından “La Presce Medical” adlı dergide kullanıldığı iddia edilmiştir. Oysa bu tarihten çok önceleri bitkilerin sağlığı korumak ya da geri kazanmak için, bütün toplumlar tarafından tarihin her döneminde kullanıldığı bilinmektedir. Bu konuda ilk yazılı belge olan M.Ö. 2500 yıllarına ait Ninova tabletleri, Mezopotamya’da kurulan Sümer, Akat, Asur medeniyetlerinde bitkisel ve hayvansal ilaçlarla tedavilerin mevcut olduğu kanıtlanmaktadır. İslam uygarlığı döneminde, Ebu Reyhan yirmiye yakın şifalı bitkiden bahseden “Kitab-al Saydalafi Al Tıp” adlı kitabı, İbn-i Sina ve Al Gafini’nin 800 hayvansal ve bitkisel tedaviden bahseden “Tıp Kanunu” adlı eseri 1650’li yıllara kadar referans kaynaklar olarak kabul edilmiştir (49).

Son yıllarda sentetik ilaçlarla meydana gelebilen ciddi yan etkilerin yol açtığı medikal ve ekonomik sorunlar, çevre kirliliğinin güçlendirdiği ekolojik yaklaşımlar ve hareketler, küratif tedavileri henüz mümkün olmayan birçok kronik hastalığın oluşturduğu tehdit ve tedavide doğallığın her zaman etkili ve yan etkiden arınmış olduğu düşüncesi gibi birçok faktöre bağlı olarak bitkisel tedavi tekrar popüler hale gelmiştir. Herbalistler (bitkisel tedavi uzmanları) bitki tedavisinde, sadece etken maddenin izole edilip verilmesinin yanı sıra maksimum etkinin bir bütünsellik içinde ortaya çıktığını, bitkinin tüm bileşenlerinin olumlu etki üzerinde bir pay olduğunu savunmaktadırlar. Saflaştırılmış bitkinin kullanımı ile bitkiyi oluşturan maddelerin birbirini nötralize etmesi sebebiyle yan etki olasılığının da azaldığını ileri sürmektedirler (50).

Aslına bakılırsa tedavi amaçlı kullandığımız birçok ilacın ham maddesi bitkilerdir. “Doğal olan güvenlidir” diye yaygın bir kanı vardır. Ancak doğal olan her zaman güvenli demek değildir. Pek çok bitkinin yüksek derecede toksik olduğu, diğer tedavi yöntemleri içinde fitoterapinin yan etki ve toksisite yönünden çok fazla risk taşıyabileceği de bildirilmiştir (50). Fitoterapide kullanılan bitkilerin; botanik açıdan tayini yapılmış, mikrobiyolojik ve kimyasal kontrollü, etken madde miktarı belli, standardize edilmiş ve hijyenik şartlarda ambalajlanmış olarak hastaya sunulması gerekir. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa’daki çeşitli kuruluşlar, toksik etkileri de olabilen ve oldukça rağbet gören tıbbi bitkilere belirli standart getirmeye çalışmaktadırlar. Fitoterapinin güvenilirliği ve etkinliği henüz tam olarak kanıtlanmadığı bu yüzden bitkisel ilaçların bazı kurallar çerçevesinde reçete edilmesi gerektiği bildirilmiştir (51).

Tüm dünyada bitkisel ürünlerin tedavi amacıyla kullanımı bu kadar yaygın olmasına rağmen yapılan çalışmalarda elde edilen etkinliklerle ilgili kanıtlar sınırlıdır. 2001’de Amerika’da en yaygın olarak kullanılan şifalı bitki kirpi otu, sarımsak, mabed ağacı, saw palmetto, ginseng, üzüm çekirdeği özü, yeşil çay, sarı kantaron, yaban mersini ve aloe vera’dır. Yapılan çalışmalarda sadece sarımsak, mabed ağacı, saw palmetto ve sarı kantaronun etkili olduğuna dair istatistiksel anlamlı sonuçlar çıkmıştır. Bu bitkilerden geriye kalan altı tanesinin ise etkin olduğuna dair bilgiler çok sınırlıdır (49).

Tedavi amacıyla kullanılan bitkilerin bir kısmının hepatotoksik olduğu yönünde literatür bilgisi vardır (52,53). Ayrıca bilinçsiz fitoterapi uygulaması sonucu zaman zaman ölümle sonuçlanan olgular bildirilmiştir (54). Fitoterapi uygulamasının direk toksik etkilerinden ziyade hastanın kullandığı diğer ilaçlarla etkileşmelerin olabileceği gösterilmiştir (55). Yapılan birçok çalışma fitoterapi uygulamalarının bazen modern tıp metotlarına denk hatta ondan daha üstün olabileceğini de göstermiştir. Binbirdelik otu ile yapılan çalışmada orta dereceli depresyon üzerine amitriptilin ile benzer düzeyde etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (56).

Erzurum’da onkolojik hastalığa sahip çocuklarda yapılan bir çalışmada TAT kullananlar arasında %90.7 ile bitkiler en sık kullanılan yöntem olarak bulunmuştur (57). Ankara’da hekimlerle yapılan bir çalışmada hekimlerin %63,1’inin fitoterapi ile ilgilendikleri ve hastalarına fitoterapi uyguladıkları belirlenmiştir. Yine Ankara’da yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan hastaların %84,5’inin bitkisel ürünlerle tedaviye ilgili oldukları ve bu tedavileri uyguladıkları bildirilmiştir (58). Ülkemizde kanser hastalarının TAT yöntemlerini kullanmasıyla ilgili yapılan kapsamlı bir araştırmada en sık kullanılan TAT yönteminin bitkisel yöntemler olduğu ve bitkilerden de en sık ısırgan otu ve tohumunun tercih edildiği saptanmıştır (9). Çocuk kanser hastalarında yapılan bir çalışmada da kullanılan en sık yöntem ısırgan otu ve anzer balı %71,4 olarak bulunmuştur (59).

2.7.3. Homeopati

Homeopati kelimesi homoion (benzeri) ve pathos (acı çekme) kelimelerinden türetilmiştir. Tarihte ilk defa doktor, kimyager ve eczacı olan Dr. Samuel Hahnemann tarafından geliştirilmiştir. Dr. S. Hahnemann (1755-1843) yıllar süren araştırmalar ve gözlemler sonucunda “herhangi bir madde kişiyi hasta edebiliyorsa, aynı zamanda da iyileştirebilir” görüşüne varmıştır (60).

Klasik homeopatinin temel kuralı, tek ilacın en düşük dozda verilmesidir. Amaç; semptomları ortadan kaldırmak değil, kalıcı iyileşmeyi sağlamaktır. “Hastalık yoktur, hasta vardır” felsefesinden hareketle, bireysel tedaviyi savunan her hastalığın farklı kişilerde bedensel ve ruhsal sağlığın ölçüsünde farklı seyredebileceğini ve tedavinin de kişiye özel olması gerektiğini öngörmektedir (61).

Homeopati, insanı bir bütün olarak gören holistik bir tedavi metodudur. Homeopati hastalığı fiziksel, ruhsal, zihinsel ve duygusal boyutları olan bir bütün olarak görmekte ve buna yönelik tedavi vermektedir. Vücudun kendi kendini iyileştirmesine yardım ederek genel iyileşmeyi sağlamaya çalışmaktadır. Dört bine yakın remedi bulunmaktadır. Homeopatik ilaçların özünde bitkiler, mineraller, elementler bulunmaktadır. Remediler, maddelerin enerji verici özelliklerinden faydalanarak vücuttaki uyum ve dengeyi tekrar sağlamakta, savunma ve iyileşme sistemlerini güçlendirmekte; bir başka deyişle kişinin yaşama gücünü harekete geçirmektedir. Homeopati, yaşam enerjisini güçlendirerek tedavi sağlamakta, yani immün sistem üzerinden etki etmektedir. Homeopatiklerin immün sistem üzerine etkilerinin kanıtlayan çeşitli çalışmalar yapılmıştır (61).

Homeopati, benzerin benzeri ile tedavi ettiği yöntem olarak da bilinir. Bir ilacın yüksek dozlarıyla oluşturduğu semptomların, aynı ilacın küçük dozları ile tedavi edilebileceği teorisine dayanır. Her hasta için bireysel bir tanı ve tedavi rejimi oluşturulur. Homeopatik ilaçlar seyreltme yolu ile elde edilir. Tedavide kullanılan bitkisel veya hayvansal ürünlerin, minerallerin ve sentetik maddelerin yüz kata kadar varabilen miktarlarda seyreltilir (62,63).

Homeopati birçok ülkede (Hindistan, Meksika, Pakistan, İngiltere) ulusal sağlık sistemine dahil olmuştur. Homeopati uygulamalarına örnek olarak; papatyanın çocuklarda sakinleştirici olarak kullanılması, soğandan elde edilen özün alerjik rinitte kullanılması gösterilebilir. Homeopatinin en yaygın kullanım alanları; egzema, dismenore, migren, astım, romatoid artrit, soğuk algınlığı, alerjik rinit, eklem zedelenmeleri ve duygudurum bozukluklarıdır (5,64).

Mathie ve arkadaşlarının, 1783 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, 14 homeopat doktorun 6 aylık süreçte değerlendirdikleri hastalar incelenmiş ve sıklıkla tedavi edilen durumların anksiyete, depresyon ve iritabl barsak sendromu olduğu ve toplam 961 hastanın %75,9'unun iyileştiği, %4,6'sının şikayetlerinin arttığı, %14,7'sinin durumunda değişiklik olmadığı, %4,8'inde herhangi bir kayda ulaşılamadığı belirtilmiştir (65).

Çocukluk çağı diyaresi olan yaşları 6 ay ile 5 yaş arasında değişen 242 çocukta yapılan çift-kör bir çalışmada, oral rehidratasyon sıvısı ve diyet ek olarak, beş gün boyunca

plasebo ve homeopatik verilmiş ve homeopatik uygulanan grupta diyare süresinin belirgin ölçüde kısaldığı saptanmıştır (66).

2.7.4. Dua Etmek Ve Dini Uygulamalar

İnsanlar tarih boyunca kendisinin insanüstü bağları bulunduğunu, ihtiyaçları için onu aşan bir yüce kudrete yönelmesi gerektiğini düşünmüştür. İnsanların kendilerinden yüce bir varlıkla bağlantı kurmalarına ve hayatın anlamına dair bilgileri elde etmeye çalışmalarına ise din yardımcı olmaktadır. Din içerisinde ibadet, inanç, dua vb. gibi birçok unsuru barındıran kapsamlı ve çok boyutlu bir kurumdur (67).

Dua etmek Arapça bir kelime olup yakarış, iç dökme anlamlarına gelmektedir. Dua etme; insanların çeşitli dini inanç ve ibadetleri içeren, tanrı veya kendilerinden üstün güce sahip bir varlık tarafından, rahatsız oldukları durumdan (ağrı, hastalık, günahlarının affedilmesi vb.) kurtulmak için ondan yardım istenmesini sağlamaktadır. Genellikle semavi dinlerde (Hristiyanlık, Musevilik, İslam) daha fazla görülmektedir (68,69).

İnsanların bir hastalıktan ya da herhangi bir sorundan bir mucize ile hemen kurtulma ümidi çağlar boyunca var olmuştur. Ülkemizde de bu ümitle en çok ziyaret edilen yerler türbeler ve yatırlardır. Halk arasında nazar, bir hastalık etkeni olarak görülmekte ve nazardan kurtulmak ve korunmak için dua okuma yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır (70,71).

Dua etmenin bir relaksasyon cevabı oluşturduğu öne sürülmektedir. Bu açıdan bakıldığında dua etme bir meditasyon yöntemidir. Meditasyon, solunum hızında azalma, kalp hızında azalma, kan basıncında azalma, beyin dalga aktivitelerinde yavaşlama ve hipometabolik bir durum şeklinde vücutta meydana gelen değişikliklere neden olmaktadır (72). Vücut ağrılarının neden olduğu depresyon ve anksiyetenin tedavisinde de etkili olmaktadır (69,73).

Yaşlıların fiziksel işlev bozukluğunun hafifletilmesinde ve vücut ağrılarının azaltılmasında dua etmenin olumlu sonuçlarına işaret edilerek, kronik ağrının yol açtığı depresyon ve anksiyetenin azaltılması amacıyla dua etme yönteminin kullanımı önerilmektedir (73).

ABD’de ebeveylelerin %90’ının hastaları ve kendileri için dua yönteminini kullandığı bildirilmiştir (29). Barnes ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmada, %36 olarak belirlenen TAT kullanım oranının, dua etme yönteminin eklenmesiyle birlikte %62’ye çıktığı gösterilmektedir (74). Florida’da Friedman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 80 kanser hastası çocuk ve 81 kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Hem kanser hastaları hem

de kontrol grubunda en yüksek oranda kullanılan TAT yönteminin dua olduğu belirlenmiştir (75). Türkiye’de 2007 yılında İzmir’de erişkinlerde yapılan bir çalışmada, dua etmenin düzenli olarak en sık kullanılan TAT yöntemi olduğu gösterilmiştir (25). Karadeniz ve arkadaşlarının çocuk kanser hastalarında yaptığı bir çalışmada dinsel uygulamaların (dua, adak, türbe ziyareti) %40,8 ile ikinci sırada yer aldığı bulunmuştur (59).

2.7.5. Yoga

Yoga kelime anlamı olarak, Hindistan ve Hazar Denizi civarında kullanılan bir dil olan Sanskritçe’de “birleştirmek, bütünleştirmek, aydınlanmak” anlamına gelir. Yaklaşık 8000 bin yıllık geçmişi ile tamamlayıcı ve alternatif tedaviler arasında en eski geçmişe sahip, bir hint felsefesine ait uygulamadır (35). Yoganın, bedeni, zihni ve ruhu tamamen eğiten, huzur veren ve kişinin kendini tanımasını sağladığı belirtilmektedir. Bu felsefeyi uygulayan kişiye “Yogi” denmektedir (76). İnsanları fiziksel, zihinsel ve ruhsal disiplin yoluyla mutluluğa, başarıya ve aydınlanmaya ulaştırmayı amaçlayan bir felsefedir. Yoga sürekli eğitim gerektiren bir yöntemdir. Yoga eğiticinin rehberliğinde öğrenilir. Yoga sekiz basamaktan oluşan birleştirme felsefesidir (77,78). Bu basamaklar:

1. Yama; Ahlaksal kurallara uymayı öğretir. Şiddeti, hırsızlığı, açgözlülüğü, kişinin kendi nefesine hâkim olamayışı yasaklar.
2. Niyama; Öz disiplini öğretir. Sağlığı, sadeliği ve çalışmayı hedefler.
3. Asana; Belirli pozisyonlardaki vücut egzersizleridir.
4. Pranayama; Belirli ritimlerde nefes alıp vermeyi öğretir.
5. Pratyahara; Duyguları kontrol etmeyi sağlar.
6. Dharana; Belli bir fikir üzerinde konsantre olmayı öğretir.
7. Dhayana; Meditasyon.
8. Samadhi; Meditasyonun ulaşacağı son hedeftir. Beden ve duyular dinlenirken, aklın ve ruhun uyanık kalması, üstün bilince erişme halidir.

Yoganın; anksiyete, depresyon, stres, baş ağrısı, uykusuzluk, kalp hızı ve kan basıncında azaltmaya yardımcı olduğu belirtilmiştir (78). Aynı zamanda yoga vücudun sağlıklı görünmesini sağlar. Zihne, ruha huzur ve mutluluk getirir, olumlu düşüncelerin üretilmesini sağlar. Vücudun esnekliğini artırır. Düzenli nefes almayı öğretir. Sindirim problemlerini çözer. İç salgı bezlerini çalıştırarak normal dengeyi sağlar. Sakinleştirir ve sabırlı olmayı öğretir (74,77,78).

Yoga kullanımına yönelik yapılmış olan bir literatür taraması sonucunda, yoganın kanser hastalarının uyku problemine, kansere bağlı semptomlara, yaşam kalitesine, strese, kanserin neden olduğu sıkıntıya iyi geldiği, kronik bel ağrılı hastalarda ağrıyı azaltmada etkin olduğu bildirilmiştir (79).

2.7.6. Kupa Tedavisi Ve Hacamat

Kupa tedavisi beş bin yıldan fazla süredir dünya genelinde yaygın bir biçimde, birçok kültürde uygulanmaktadır. Özellikle Asya, Ortadoğu ve Avrupa gibi dünyanın birçok bölgesinde alternatif tedavi olarak uygulanmıştır. Kupa tedavisi Orta Doğu'da M.Ö. 3500 yıllarında ilk kez Asurlular tarafından hayvan boynuzları ve bambular kullanılarak uygulanmıştır. Kupa tedavisine ait en eski yazılı belge ise M.Ö. 3300 yıllarında antik Makedonya'daki uygulamaları anlatan "Ubi Plethore Ibi Evacua" adlı eserdir. Ayurveda kutsal kitabında belirtildiğine göre M.Ö.1500 yıllarında Hindistan'da yaş kupa tedavisi (YKT) uygulanmıştır. İbni Sina (M.S. 980-1037) YKT'nin faydalarından bahsetmiştir. YKT; Orta Doğu ve Arap toplumlarında vücudun eski orijinal hale getirilmesi anlamına gelen "hicamat" olarak adlandırılmıştır (80-83).

Kupa tedavisi farklı şekillerde uygulanmakla birlikte temel olarak yaş ve kuru kupa tedavisi yapılmaktadır. Her iki uygulamada da kupalar negatif basınç oluşturarak cilde yerleştirilmekte, YKT'de cilde çizikler atarak kan dışarı alınmaktadır (84).

Kupa tedavisinin uygulaması son zamanlarda Amerika, Almanya, Norveç, Danimarka, Suudi Arabistan, Mısır, Hindistan ve Çin gibi birçok ülkede artmıştır. Yakın zamanda Harvard Tıp Fakültesi'nde kronik şiddetli ağrıdan yakınan çocuklarda kupa ve akupunktur tedavisinin etkili olduğu bildirilmiştir (14,80,85).

Çin tıbbındaki YKT'nde uygulanan alana önce çizikler atılır, ardından kupalar negatif basınç ile yerleştirilir ve bölgedeki sıvı dışarı alınır. Arap toplumlarında uygulanan YKT'de ise önce kupalar yerleştirilir, oluşturulan negatif basınçla deri kabarır, hiperemi oluşur. Yaklaşık 5 dakika sonra kupalar alınır ve bu bölgelere çizikler atılarak kupalar tekrar negatif basınç oluşturmak suretiyle yerleştirilir ve sıvının dışarı atılımı sağlanır. Hacamat denilen bu YKT'de aslında kuru kupa ve yaş kupa tedavisi birlikte uygulanarak tedavinin etkinliğinin arttığı belirtilmiştir (84).

Uygulanan alana negatif basınç oluşturmak için ateş veya manuel pompa kullanılmaktadır. Cilde atılan çiziklerin 0,1-0,2 mm gibi yüzeysel olması gerekmektedir. Kupalar uygulandığı alanda 5-10 dakika bekletilir. Kupa uygulanan bölgede eritem, ödem

ve ekimoz oluşabilir fakat genellikle birkaç günden birkaç haftaya kadar düzeldiği bildirilmiştir (84).

Kupa uygulaması sonrası erken dönemde eritem, dairesel ekimoz, şişlik, kanama, rahatsızlık hissi, ağrı, hafif baş ağrısı, terleme, sıcaklık basma hissi ve karıncalanma gözlenebilirken; kesi bölgesinde skar, morarma, hiperpigmentasyon ise daha geç gözlenen değişikliklerdir (86). Kupa tedavisinin masaj etkisi de vardır ve en iyi derin doku masajı olduğu belirtilmektedir (82).

Kore’de bilgisayar kullanan ve boyun ağrısı olan hastalarda uygulanan kupa tedavisinin ağrı ve fonksiyonel durumda düzelme yaptığı tespit edilmiştir (87). Nitrik oksidin (NO) yara iyileşmesindeki önemi bilinmektedir. Diyabet hastalarında azalan NO seviyesinin YKT ile arttırabileceği belirtilmektedir (82). Astımlı hastalarda solunum fonksiyon testlerinde düzelme sağladığı, hastaların gece ve gündüz semptomlarında azalma olduğu tespit edilmiştir. YKT ile migrene bağlı baş ağrılarında da %66 azalma tespit edilmiştir (88).

2.7.7. Apiterapi

Bal ile ilgili ilk resmi dökümanlar Anadolu’da Çatalhöyük’te bulunmuştur. M.Ö. 5000 yıllarında Sümerlerin yazılı belgelerinde bal üzerine bilgiler mevcuttur. Benzeri bilgiler Anadolu’daki başka bir uygarlık olan Hititlerin yazıtlarında da bulunmuştur. M.Ö. 3200’de Aşağı Mısır Kralı I. Dynasty, krallık sembolü olarak arıyı seçmiş ve krallığında bununla ilgili figürlere yer vermiştir. Musevi topluluklarında ise Tevrat ve Talmut’ta yazıldığı gibi Kur’anı Kerim’de de balın yararlarından söz edilmektedir. Roma İmparatorluğu’na ait bazı yazıtlarında da bal ve arıcılık üzerine çeşitli bilgiler bulunmaktadır (89).

Arıcılık faaliyetleri sonucu elde edilen ürünler; bal, bal mumu, polen, propolis, arı sütü ve arı zehiri gibi ürünlerdir. Bu ürünler halk arasında birçok hastalıklara karşı tedavi amacıyla kullanılmaktadır. Son yıllarda dünyada “apiterapi” adı verilen arı ürünleri ile tedavi yöntemleri hızlı bir gelişme göstermiştir (90).

Apiterapi mutlaka bu konuda eğitim görmüş kişiler tarafından yapılmalıdır. Arı zehiri uygulamaları (ister pomad ister canlı arı uygulamaları ya da microapipuncture / injeksiyon) mutlaka bir doktor gözetiminde yapılmalıdır. <1 yaş bebekler bal verilmemeli, apiterapi uygulanmamalıdır. İmmun sistemi baskılanmış bireylerde ham bal tüketimi sınırlı olmalıdır (91).

2.7.7.1. Bal

Balın önemli özelliklerinden biri uzun süre bozulmadan kalmasını sağlayan antibiyotik özellikleridir. Balın antimikrobiyal özelliklerinden dolayı, doğal bir besin koruyucusu olarak kullanılabilmesi bildirilmiştir Balın antimikrobiyal etkisi balın doğasında bulunan glukoz oksidaz tarafından üretilen hidrojen peroksitle ve fenolik bileşiklerle ilişkilidir (90).

Balın antioksidan aktivitesi ile propolin içeriği arasında korelasyon olduğu bulunmuştur. Yüksek oranda prolin amino asit içeren bazı balların diğer ballara göre daha yüksek düzeyde antioksidan kapasiteye sahip olduğu tespit edilmiştir Yenen balın iyileşmeyi desteklediği ve prostaglandin seviyesini düşürerek antibakteriyal etki gösterdiği ve probiyotik etkiler gösterdiği görülmüştür (90,92).

Bal ayrıca enfeksiyonların çabuk temizlenmesini, yaralardan ölü dokuların ve yabancı maddelerin çabuk uzaklaştırılmasını, inflamasyonun hızlı baskılanmasını, yara ve yara izinin hızlı azalmasını, yeni damar oluşumunu, doku granülasyonu ve epitelyum gelişmesinin uyarılmasını sağlamaktadır. Yapılan bir çalışmada balın karaciğer rahatsızlıklarında da tedavi edici olabileceği ortaya konmuştur. Yapılan birçok çalışma balın mide ve bağırsakla ilgili bozukluklarda, yara ve yanıkların iyileşmesinde, akut ve kronik mide lezyonlarına karşı gastrik koruma sağladığını kanıtlamaktadır (93–95).

Paul ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) sebebiyle öksürük şikâyeti olan 2 yaşındaki 105 çocuğu karabuğday (buckwheat) balı, suni baldektrometorpan karışımı ve hiç tedavi almayan üç grup altında topladılar. Çalışma sonucu; karabuğday balı kullanan grubun diğer gruplara göre belirgin bir şekilde semptomatik rahatlamaya sebep olduğunu gördüler (96). Yapılan benzer bir çalışmada ÜSYE'li 2-5 yaş aralığındaki 139 çocukla çalışılmış. Araştırmacılar yerel bal, destrometorpan, difenhidramin, asetaminofen ve destekleyici tedavi sayılabilecek tuzlu burun damlaları, su buharı, tıkanmış burnun temizlenmesi adı altında 5 tedavi grubu oluşturmuştur ve en iyi semptomatik rahatlamamanın balla çalışan grupta olduğu bildirilmiştir (97).

2.7.7.2. Arı Zehiri (Bee Venom)

Avrupa'da uzun yıllardır arı zehiri, eklem rahatsızlıklarında, özellikle romatizmal hastalıklarda kullanılmaktadır. Arı zehiri ayrıca gribal enfeksiyonlara ve ortopedik hastalıklara karşı kullanılmakta, iltihap kurutucu ve analjezik (ağrı kesici) etkileri bulunmaktadır. Alerjik hastalıkların tedavisinde, romatizmal hastalıklarda, gut

hastalığında, scleroderma ve astımı kapsayan çeşitli immünolojik hastalıkların tedavisinde de kullanılmasının endike olduğu belirtilmektedir (91).

2.7.7.3. Propolis

Bal arıları antimikrobiyal özellikli reçinensi maddeleri ağaçların gövdelerindeki çatlaklardan, tomurcuklardan ve yapraklardan toplar ve kovana getirir. Kovana getirilen ve değişik miktarlarda mumla karıştırılan bu reçinensi madde propolis olarak adlandırılır ve kovan içinde kullanıma hazırdır (98).

Propolisin, insan tüberküloz basilini de kapsayan gram pozitif basillere karşı antibakteriyel etkiye sahip olduğu, propolis sprelerinin solunum yoluyla alındığında romatizmaya ve astıma iyi geldiği, gut hastalığının tedavisinde ve sinirleri yatıştırmada, beyin cerrahisinde kanamayı engellediği, yine %2'lik propolisin genel olarak merhemlerin antibakteriyel etkilerini artırdığı belirtilmektedir. Ayrıca antidiyabetik aktivitesi bulunmakta, kapilleri güçlendirmekte, doku yenilenmesini sağlamakta, habis tümör hücrelerinin gelişimini engellediği belirtilmektedir. Propolisin anti inflamator özelliğinin olduğu, doku yenileyici, bakterisid ve fungusid özelliği ile kozmetikte çeşitli kremlerin yapımında, kronik vajinit, serviks uterusun lezyonları gibi dışı genital sistemin önemli patojenlerinin tedavisinde propolis sprey veya merhemleri lokal olarak kullanıldığı belirtilmektedir (91).

2.7.8. Müzik İle Terapi

Müzik; seslerin kompoze edilmesi ile oluşan, duyma yoluyla iletişim sağlayan soyut bir sanat şekli olmakla beraber uygarlıklar ve insanlar üzerinde çok güçlü etki bırakmaktadır. Çok farklı tonlardan ve ritimlerden oluşan müzikle birlikte insanların duygu ve düşünceleri anında harekete geçmektedir (99,100). Eski medeniyetler müziği duyuları harekete geçirmede, kişiyi heyecanlandırmada ya da sakinleştirmede kullanarak müzikten eğitim, telkin ve tedavi amaçlı yararlanılmıştır (99).

Selçuklu ve Osmanlı döneminde öncelikli olarak akıl hastalıklarının tedavisinde kullanılan müzikle tedavinin uygulanması için, gerekli akustiği sağlayacak şekilde hastaneler /darüşşifalar yapılmıştır (99). Praglı müzikterapist Raudnitz; 1848'de psikozlarda ilk defa müziğin tıptaki önemini inceleyen kişi olmuştur. 1959'da Viyana'da, 1973'te Almanya'da "Müzik Terapi Derneği" kurulmuştur. Çin ise müzikle tedaviyi teknolojik ve yenilikçi olarak elektro akupunktur tedavilerinde kullanmaktadır (101).

Türkiye'de Müzikterapi Sertifika Eğitim Programı 04 Şubat 2014 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiş olan Sağlık Bakanlığı Eğitim Yönetmeliği

kapsamında sertifikalı eğitim alanı olarak belirlenmiş ve 13/07/2016 tarihli ve 469 sayılı onayı ile yürürlüğe girmiştir. Müzikle tedavi konusunda akademik eğitimde; sağlık meslek mensupları 205 saat (105 teorik, 100 uygulama), müzik alanı mensupları 185 saat (121 teorik, 64 uygulama), hem müzik alanı mensubu hem de sağlık meslek mensubu olanlar 160 saat (96 teorik, 64 uygulama) eğitim sürelerini tamamlayarak süre sonunda sınavda başarılı olmaları halinde sertifikaları almaya hak kazanıyorlar (102).

Doğru seçilen müzikler ile yapılmış araştırmalar sonucunda; yoğun bakım hastalarının ağrı ve anksiyete düzeyinin azaldığı, tansiyonlarının düştüğü ve kalp atışlarının yavaşladığı, yeni doğan bebeklerin beyinlerinin sağ tarafının bilişsel ve işlevsel özelliklerinin arttığı, yeni doğan yoğun bakım ünitesinde kalan düşük ağırlıklı bebeklerin stres ve kortizol düzeyinin azaldığı, kilo alımlarının arttığı, bununla birlikte yoğun bakım ünitesinde yatış sürelerinin kısaldığı bildirilmiştir (103,104).

2007 yılında Gazi Üniversitesi Algoloji Bölümünde başlatılan çalışmada ağırlı hastalarda Türk Müziği ile tedavinin etkinliği araştırılmıştır. Araştırmaya bel, boyun ve baş ağrısı çeken 20 hasta katılmıştır. Hastalara terapi öncesi ve sonrası ağrı derecesi sorulmuş ve ağrı şiddeti (0-10 arası) verbal numerik skala ile değerlendirilmiştir. Hastaların ağrı dereceleri arasında müzikle tedavi öncesi ve sonrası arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. Ayrıca terapi öncesi ve sonrasında hastaların ACTH ve kortizol stres hormon düzeyleri incelenmiş ve hormon testlerinde müzikle tedavi sonrasında anlamlı olarak azalma (%40) tespit edilmiştir (105).

Güney ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; çocuk psikiyatri bölümünde otistik bozukluğu olan 6-15 yaş grubu aralığında 10 hastaya ayda bir kez, beş saat uygulanan müzik terapi seanslarının otizmin şiddeti ve sözel iletişim, sosyal etkileşim, davranış alanlarına yönelik etkinliği ve terapiye nörohormonal yanıtlar araştırılmıştır. Çalışma sonuçları, müzik terapisinin hiperkinezik hareketliliği ve basmakalıp yineleyici davranışları azattığını; karşılıklı sosyal etkileşimi ve sözel iletişimi arttırdığını ortaya koymaktadır. Yine terapi sonrası çocukluk otizmi değerlendirme ölçeği ile değerlendirilen otistik belirtilerin şiddetinde anlamlı azalma saptanmıştır. Terapi öncesi ve sonrası hormon düzeyleri karşılaştırıldığında; kortizol, ACTH, adrenalin ve noradrenalin düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (106).

2.7.9. Gıda Takviyesi

Gıda takviyeleri, “Türk Gıda Kodeksi Takviye Edici Gıdalar Tebliği”nde; normal beslenmeyi takviye etmek amacı ile; vitamin, mineral, protein, karbonhidrat, lif, yağ asidi, amino asit gibi besin öğelerinin veya bunların dışında besleyici veya fizyolojik etkileri bulunan bitki, bitkisel ve hayvansal kaynaklı maddeler, biyoaktif maddeler ve benzeri maddelerin konsantre veya ekstraktlarının tek başına veya karışımlarının tek başına veya karışımlarının kapsül, tablet, pastil, tek kullanımlık toz paket, sıvı, ampul, damlalık şişe ve diğer benzeri sıvı veya toz formlarda hazırlanarak günlük alım dozu belirlenmiş ürünler olarak tanımlanmıştır (107).

1994’te ABD Senatosu tarafından kabul edilen “Besin Destekleri Sağlık ve Eğitim Yasası (The Dietary Supplement Health and Education Act- DSHEA) gıda takviyelerini, diyeti desteklemek üzere kullanılan bir veya daha fazla besin ögesini içeren ağızdan alınmak üzere tablet, kapsül ve sıvı formda hazırlanmış ürünler olarak nitelendirmektedir (108–110). DSHEA; gıda takviyelerini, ilaçtan çok ‘gıdalar’ genel adı altında kategorize etmektedir (109). Ayrıca gıda takviyelerinin performans artırma, kozmetik amaçlı, dengeli beslenmeyi sağlama, bağışıklık sistemini güçlendirme ve bazı hastalıkları iyileştirme gibi amaçlarla kullanıldığı belirtilmektedir (108).

Amerika’da gerçekleştirilen bir araştırmada, yetişkinlerin yarısının bir veya daha fazla gıda takviyesi kullandığı belirtilmektedir. Gıda takviyesi kullanan kişilerin; yaşlı, düşük vücut kitle indeksine sahip, fiziksel olarak aktif, sigara kullanım oranı düşük, eğitim ve sosyoekonomik durumun iyi olduğu aktarılmaktadır (111). Amerika’da gıda takviyesi kullanım amaçlarını araştırmak için 20 yaş üstü yaklaşık 12000 kişiyle çalışılan bir çalışmada; kadınların kemik sağlığı için kalsiyum takviyesi kullandığı (%36), erkeklerin ise kalp sağlığı ya kolesterol düşürmek (%18) için takviye tercih ettiği, 60 yaş üstü yetişkinlerin kalp, kemik, eklem ve göz sağlığı için gıda takviyesi kullandığı belirtilmektedir. Yine bu çalışmada takviyelerin sadece %23’ünün sağlık hizmetleri uzmanı tarafından önerildiği, en çok tercih edilen ürünlerin multivitamin-mineral olduğu, bunu da kalsiyum ve omega 3-balık yağının takip ettiği bildirilmektedir (111).

Ülkemizde en çok kullanılan takviye grubunun vitaminler ve vitamin-mineral komplekslerinden olduğu bildirilmektedir (112).

Harding ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite hastalığı olan çocuklar üzerinde metilfenidat kullanan ve gıda takviyesi alan iki grup arasında karşılaştırma yapılmıştır. Çalışma sonucunda; gıda takviyesinin dikkati

geliştirdiği ve çocuklarda oto-kontrolü iyileştirdiği desteklenmiştir ve metilfenidata eşdeğer etkide bulunduğu gösterilmiştir (113).

Buna karşın; gıda takviyesi ve ilaç arasında interaksiyonun, ilaç etkisini azaltabileceği veya arttırabileceği ya da beklenmeyen yan etkilere sebep olabileceği bildirilmektedir. Örneğin; E vitamini ve aspirin interaksiyonu sonucu antitrombotik etkinin artabileceği aktarılmaktadır. Kalsiyum ve digoksin içeren ilaçların interaksiyonu sonucunda kardiyotoksisite, ritm bozukluğu ve kardiyovasküler rahatsızlıklar gibi problemlerin oluşabileceği belirtilmektedir (114). ABD’de her yıl yaklaşık 25 milyon yetişkinin yüksek doz vitamin kullandığı bildirilmektedir. Lee ve arkadaşlarının çalışmasında %8,2, Pud ve arkadaşlarının çalışmasında ise %13,9 oranında yüksek doz kullandığı bildirilmektedir (115,116). Amerika’da yılda yaklaşık 20 bin vakanın gıda takviyelerini yanlış ve/veya bilgisizce kullanımı sonucunda kardiyovasküler rahatsızlık belirtileri ile hastanelere başvurduğu belirtilmektedir (110).

Yapılan çalışmalar anne babaların yaklaşık yarısının çocukları için multivitamin desteği kullandıklarını göstermektedir (112).

2.7.9.1. Omega Yağ Asitleri

Omega 3 (alfa-linolenik asit), Omega-6 (linoleik asit) ve Omega 9 (oleik asit)’dan oluşan omega yağ asitlerinin beyin gelişimi, bağışıklık sisteminin güçlenmesi, koroner kalp hastalıklarının önlenmesi gibi fonksiyonları bulunmaktadır. Yetersizliklerinde insanlarda ciltte kuruma gibi bazı deri hastalıkları, astım, artrit, büyümede gerileme, diyabet ve kanserin bazı türlerinin yanında öğrenme eksikliği de görülmektedir (117).

Kandaki omega-3 ve omega-6 yağ asitleri arasında bir rekabet vardır. Vücuttaki omega-6 ve omega-3 yağ asitlerinin birbirine oranı (n-6/n-3) çok önemlidir. İdeal beslenmede gıdalarda bulunması istenilen n-6/n-3 oranı 5:1 ile 10:1 arasında olması istenilmektedir. Yapılan bir çalışmada; omega-3 yağ asitleri bakımından zengin diyetlerle beslenen Eskimolarda uzun zincirli doymamış yağ asitlerinin, doymuş yağ asitlerine oranı 0,84 iken, omega-6 yağ asitleri bakımından zengin diyetle beslenen Danimarkalılarda bu oranın 0,24 olduğu, bunun sonucunda da Eskimoların kan plazmasında LDL ve VLDL düzeylerinin daha düşük, HDL düzeylerinin ise daha yüksek olduğu bildirilmiştir (117).

➤ Balık Yağı

A-linolenik asit; eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA)’a metabolize olur. EPA ve DHA balıklarda bulunan iki büyük yağ asidi grubudur (118).

Balık yağının kardiyovasküler sistem üzerine etkileri; antiaritmik, antitrombotik, antiaterosklerotik, anti-inflamatuar, endotel fonksiyonunu düzenleme, hafif düzeyde hipotansif etkili, trigliserid düzeylerini düşürme, aterosklerotik plak oluşumunu geciktirme şeklinde olduğu bulunmuştur (119).

Balık yağlarının kanser üzerinde etkileri direkt tedavi edici etkisinden çok, hastalıklardan korunma ve ağrı dindirici etkileri daha yaygın olarak bulunmaktadır (120).

Omega-3 yağ asitlerinin erken doğumu önleme üzerine etkisini değerlendiren bir derlemede, konu ile ilgili yapılan randomize çalışmaların analizi yapılmıştır ve omega-3 ile erken doğum (<34 hafta) riskinin %58, erken doğum (<37 hafta) riskinin %17 oranında azaldığı saptanmıştır (121).

Balık yağının; romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus, bronşial astım, osteoporoz, demans, irritable bağırsak sendromu, böbrek hastalıkları, organ naklinde tedavi edici etkileri zayıf olmakla beraber, metabolik hastalıkların ortaya çıkmasını önleme, ağrı, yangı, vb. anomalilikleri azaltma etkisi bulunmaktadır (122).

Balık yağı tüketirken öncelikle alınan balık yağının ne kadar aktif madde (EPA+DHA) içerdiğine bakılmalıdır. Örneğin kapsül 500 mg'dır; ancak 100 mg aktif madde içeriyor olabilir. 1 balık yağı tabletinde; en az 300 mg EPA, 150 mg DHA bulunmalıdır. EPA/DHA oranı: %60 olması gerektiği saptanmıştır (118).

Saflaştırılmamış/ yoğunlaştırılmamış balık yağlarında toksik ögeler bulunabileceğinden dolayı; etiketinde "Ulusal ve Uluslararası Sağlık Kurumlarından Onaylı" olduğu ibaresi bulunanların tercih edilmesi gerekmektedir. Kullanılan balık yağının ağır metal taramasından geçip geçmediği muhakkak sorgulanmalıdır (118)

Fazla miktarda poliansatüre yağ asidi tüketimi serbest radikalleri artırır. Bu nedenle, balık yağı alanların beraberinde mutlaka E vitamini gibi bir antioksidan alması önerilmektedir (118).

➤ **Zeytinyağı Ve Akdeniz Beslenme Modeli**

Akdeniz diyetinin terapötik etkisine Amerikalıların ilgisi, 1950'li yılların sonunda diyetle ilgili kalp hastalıklarının ortaya çıkmasına bağlı, tıbbi araştırmalar çerçevesinde başlamıştır. Keys'in "Yedi Ülke Çalışması" olarak adlandırılan araştırması şimdiye kadar yapılmış olan en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biridir. Bu çalışmada, Finlandiya, Hollanda ve ABD'den 13000'e yakın erkek birey 10 yıl süre izlenmiştir. Akdeniz insanların tüm yaş grupları içinde kalp hastalıkları bakımından daha düşük ölüm oranına sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma aynı zamanda, Akdeniz diyetinin yağ içeriğinin

yüksek olduğunu ve diyet enerjisinin %40'ının yağdan sağlandığını ortaya koymuştur (123,124).

Çizelge 2.2. Akdeniz Diyetini Oluşturan Besinler Ve Tüketim Düzeyleri (125).

| Yüksek | Orta | Düşük |
|----------------|------------------|------------|
| Zeytinyağı | Yoğurt | Kırmızı et |
| Meyve | Peynir | |
| Sebze | Balık | |
| Kurubaklagil | Kümes hayvanları | |
| Tahıl | Şarap | |
| Yağlı tohumlar | Yumurta | |

Zeytinyağı, Akdeniz diyetinin ana yağ bileşeni ve altın damgası olarak kabul edilmektedir (118). Tekli doymamış yağ asidi olan oleik asit, zeytinyağındaki yağ asitlerinin %70-80'ini oluşturmaktadır (125). Zeytinyağında bulunan bileşenlerin koroner kalp hastalıkları başta olmak üzere, kolon kanseri, erkeklerde hipertansiyon ve prostat kanseri, kadınlarda meme kanseri gibi hastalıkları önleyici etkisi yapılan araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur (Çizelge 2.3.) (126).

Çizelge 2.3. Zeytinyağı bileşenlerinin etki mekanizmaları (127).

| Bileşen | Etki Mekanizması |
|--------------------------------------|--|
| Oleik asit | Toplam LDL kolesterol ve trigliserit miktarını azaltır, antiinflamatuvar ve tansiyon düşürücü etki gösterir, hücre membranı ve lipoproteinleri oksidatif strese karşı korur, kolon, akciğer, göğüs ve prostat kanseri oluşum riskini azaltır, insülin hassasiyetini azaltır, plazma glukoz ve insülin miktarını azaltır |
| Fenolik bileşikler | Hücre içi antioksidan enzim aktivitelerini artırır, LDL kolesterol oksidasyonunu önler, DNA'ya karşı koruma sağlar, antiinflamatuvar etki gösterir, sinir sistemini korur, kan glukoz seviyesini düşürür |
| Sekualen | UV ve radyoaktiviteye karşı koruma sağlar |
| Karotenoidler | Antioksidan etkili, kanser ve kardiyovasküler hastalıklara karşı koruma sağlar |
| Lutein | Katarak ve maküler bozulmaya karşı koruyucu, antioksidan ve anti-kanserojen etkili, DNA'yı oksidasyona karşı korur |
| Klorofil | Antioksidan etkili, kansere karşı koruma sağlar |
| α-Tokoferol | Antioksidan etkili, biyolojik membrane ve lipoproteinlerin oksidasyonunu önler, ateroskleroza önler, göğüs kanseri oluşum riskini azaltır, DNA'yı oksidasyona karşı korur, sinir sistemini korur |
| Triterpenler | Antioksidan ve antiinflamatuvar etkili, damarların gevşemesinde ve kalp ritmini düzenlemede etkili |
| Steroller | Membran lipit peroksidasyonuna karşı koruma sağlar, antiinflamatuvar etkili, endotelial bozukluklar üzerine etkili, plak oluşumunu azaltır, toplam LDL kolesterol ve trigliserit miktarını azaltır, akciğer, göğüs, mide kanserlerinde tümör büyümesini azaltır, immün yanıtı ve antioksidan enzim aktivitesini artırarak antikanserojen etki gösterir |

Akdeniz piramidine uygun beslenmenin sağlığa yararlı etkileri daha çok Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM), Kardiyovasküler Hastalıklar, şişmanlık, bazı nörodejeneratif hastalıklar ve kanser riskinin azalması ile ilişkilendirilmektedir (125).

Zeytinyağının mide asidi azaltarak gastrit ve ülserle karşı mide çeperini yani mukozayı koruduğu belirlenmiştir. Bağırsaklardan posanın geçişini kolaylaştırarak kabızlığa engel olabileceği, bebeklerde ve çocuklarda da kabızlığın tedavisinde kullanılabileceği söylenmektedir. Zeytinyağının içeriğindeki oleik asit safra salgılanmasını uyarak sindirimi kolaylaştırıp, safra taşı riskini azaltabilmektedir (128).

2.7.9.2. Probiyotikler

Probiyotik sözcüğü Yunanca “yaşam için” anlamına gelen proviotika kelimesinden türetilmiştir. Bazı bakterilerin faydalı etkileri olabileceğine dair ilk hipotez 1907’de Élie Metchnikof tarafından ortaya atılmış ve bu konudaki bilimsel çalışmaları başlatmıştır. DSÖ tarafından 2002 yılında yapılan tanımlamanın, 2013’de International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics (ISAPP) tarafından değiştirilen hali bilimsel ve medikal literatürde kullanılmaktadır. Bu tanımlama; “yeterli miktarda alındığında konakçının sağlığına olumlu etkileri olan, yaşayan organizmalar” şeklindedir (129).

Her “probiyotik” mutlak probiyotik etki göstermemektedir. Türler arasındaki fizyolojik farklılıklar, sindirim kanalının mikrobiyal farklılığı, beslenme davranışı ve yaşadığı ortam farklılığından dolayı bir mikroorganizma bir türde probiyotik etki gösterirken diğer bir türde aynı etkiyi gösteremez. Pek çok türde mikroorganizma potansiyel probiyotik olarak düşünülmesine rağmen *Lactobacillus* ve *Bifidobacterium* türleri probiyotik gıdalarda ticari olarak kullanılmaktadır. Bu iki bakteri türünün tercih edilmesinin birincil nedeni yıllardır ürünlerde güvenle kullanılmaları ve “genel olarak güvenilir kabul edilen” listesine dahil olmalarıdır. Ayrıca; *Lactobacillus* ve *Bifidobacterium* türleri insan bağırsağında baskın miktarda bulunması olarak bildirilmiştir (129).

Birden fazla raporda probiyotiklerin; gastrointestinal enfeksiyonlar, antimikrobiyal aktivite, laktoz metabolizmasında düzelmeye, serum kolesterolünde azalma, bağışıklık sistemi uyarımı, antikanserojenik özellikler, antidiyareik özellikler, inflamatuvar bağırsak hastalığında iyileşme, alerjik rahatsızlıklar, obezite, insülin direnci sendromu, tip 2 DM, bebek ishalleri, idrar yolu enfeksiyonları, osteoporoz, gıda alerjileri, hiperkolesterolemi gibi birçok alanda olumlu etkileri bildirilmiştir (130–132).

Moleküler ve genetik araştırmalar, probiyotiklerin yararlı özelliklerini şöyle sınıflandırmışlardır;

- Antimikrobik maddelerin üretilmesi yoluyla antagonizma
- Konağın immünmodülasyonu
- Bakteriyal toksin üretiminin engellenmesi
- Epitel yüzeye yapışması ve besinler için patojenlerle rekabet (132).

➤ **Kefir**

Kefir 20. yüzyılın yoğurdu olarak bilinir. Kefir; Kafkasya orijinli olup, inek,koyun keçi ve kısrak sütüne, karnabahar benzeri kefir granülleri ilave edilerek elde edilen, ferahlık veren fermente bir süt ürünüdür (133).

Türk Gıda Kodeksi Fermente Süt Ürünleri Tebliği'nde kefiri; "Fermentasyonda spesifik olarak *Lactobacillus* kefiri, *Leuconostoc*, *Lactococcus* ve *Acetobacter* cinslerinin değişik suşları ile laktozu fermente eden (*Kluyveromyces marxianus*) ve etmeyen mayaları (*Saccharomyces unisporus*, *Saccharomyces cerevisiae* ve *Saccharomyces exiguus*) içeren starter kültürler ya da kefir tanelerinin kullanıldığı fermente süt ürünü" olarak tanımlanmıştır (134).

Kefir üzerine ilk bilimsel çalışmalar 19. yüzyılın sonunda Rusya'da yapılmıştır. Tıp doktorları o zaman pratik bir ilaç olarak kefiri barsak ve mide rahatsızlıkları olan hastalara tedavi amacı ile vermişlerdir. Kefirin besleyici değeri ve fizyolojik özelliklerinin anlaşılmasından sonra, 19. Yüzyılın sonlarına doğru Doğu ve Orta Avrupa ülkelerinde de üretilmeye başlandığı belirtilmektedir (133).

Kefir yararlı bakteri ve mayalara ilave olarak mineral ve esansiyel aminoasitleri değişik oranlarda içerir. Fermentasyon sürecinde B1, B2 vitaminleri ve folik asit miktarlarında hafif artış görülür. Sinir sistemi üzerine etkili esansiyel aminoasitlerden biri olan triptofan ile kalsiyum ve magnezyumu da bol miktarda bünyesinde bulundurur. Bunlara ilave fosfor yönünden de iyi bir kaynak olduğu belirtilmiştir (133).

Nobel ödüllü araştırmacı Élie Metchnikoff (1908), kefirin salya akışını aktive ettiğini ve intestinal bölgedeki sindirim salgılarını artırdığını bulmuştur. Bu nedenle çoğu abdominal operasyonlardan sonra önerilmektedir. Laksatif etkisinden dolayı Almanya'da ve Asya'nın birçok bölgesinde kronik konstipasyon vakalarında kullanılmaktadır. Antibiyotikten dolayı intestinal florası değişen hastalarda da düzelmesi açısından kefir tüketilmesi tavsiye edildiği bildirilmektedir (135).

Birçok çalışmada kefirin; antibakteriyal, antitümoral, hipokolesterolemik etkisinin olduğu belirtilmiştir. Ayrıca dünyanın birçok bölgesinde tüberküloz, kanser ve gastrointestinal rahatsızlıklarda destek tedavi amaçlı olarak geniş çapta kullanılmaktadır (133).

Laktoz intoleransı olan kişilerde yapılan bir çalışmada ise; kişilere 500 ml düşük yağlı süt verildiğinde karın ağrıları ve ishal semptomları görülürken, aynı miktarda yoğurt ya da kefir verilenlerde benzer olumsuz herhangi bir belirti görülmemiştir. Bu nedenle fermente süt ürünleri, laktoz intoleransı olanlar kişiler için düzenlenen diyetlerde yer alabilir (136).

2.7.10. Sülük Uygulaması

Sülükler, tıbbi amaçlı olarak eski çağlardan beri hastalıkların tedavisinde özellikle flebotomi amaçlı kullanılmaktadır. Mısır, Pers, Avrupa, Çin ve Anadolu'nun en eski yazıtlarında hirudoterapiye rastlanmaktadır. İbni Sina'nın protokollerinde de yer almıştır. Osmanlılar tarafından da kullanılmış ve bu konu ile ilgili yazılı eserler hazırladıkları bildirilmiştir. Osmanlılar ile beraber Fransızlar da tedavide sülüklerden yararlanmışlardır. Paris hastanelerinde 1830'da beş milyon sülük kullanılmıştır (137).

Sülük tedavisi esnasında, ilk ısırıkta hafif ağrı hissedilir ve daha sonra sülük salgısı anestezi içerdiğinden dolayı (Çizelge 2.4.) uygulama boyunca ağrı hissedilmez. Sülük tutunduğu bölgeden 5-15 ml kan emmektedir. Tedavi süresi 20-60 dakika kadar sürmektedir. Sülükler kimyasal madde içeren (parfüm, kolonya vb.) yüzeylere tutunmazlar. Bu sebeple, sülük tutturulacak bölge ılık bir su ve pamuk yardımı ile silinmelidir. Sülük tutturulacak bölge belirlendikten sonra bir tüp veya pistonu çıkarılmış bir şırınga ile sülükler o bölgeye tutturulabilir. Sülük yapıştırıldığı yerden çıkartılırken dikkat edilmesi gereken nokta kusturulmamasıdır. Sülük tutunduğu bölgeden ayrıldıktan sonra salgısında bulunan biyoaktif maddelerin etkisinden dolayı kanama 4-48 saat devam edebilir. Isırık alanı, fizyolojik su ile temizlenir, kanamanın önlenmesi için de sıkı bir tamponla kapatılır. Her bir sülük tek kullanımlıktır. Aynı hastada bile, kullanılan sülükler tekrar kullanılmaz. Kan ile bulaşan hastalıklar riskine karşı tedavide kullanılmış olan sülük, vücuttan ayrıldıktan sonra tıbbi atık olarak imha edilir. Sülük ısırıkları bazen kişilerde ekimoz ve keloid oluşturmaktadır. Bu lekelerin çoğu 2-3 hafta içinde kaybolmaktadır. Yetişkin bir sülük tek bir beslenmede kendi vücut ağırlığının yaklaşık on katı kadar (ortalama 5-15ml) kan emebilmektedir. Ama tedavinin etkinliği, sülüğün emdiği kandan ziyade daha çok salgıladığı biyoaktif madde miktarı ile doğrudan ilişkilidir (138).

Sülük salyasında bulunan ve çok etkili bir antikoagülan olan hirudin Haycraft tarafından 1884'te izole edilen bir biyoaktif maddedir. Sülük salyasındaki diğer birçok biyoaktif maddelerin keşfi ile bu tedavi şekli, son 50-60 yılda hız kazanmıştır (138).

Çizelge 2.4. Sülük Salyasında Bulunan Bazı Biyoaktif Maddeler Ve Etkileri

| Biyoaktif Madde | İşlevleri |
|----------------------------------|---|
| Hirudin | Trombine bağlanarak koagülasyonu inhibe eder |
| Calin | Von Willebrand faktörünün kolajene bağlanmasını bloke ederek koagülasyonu inhibe eder, kollajen aracılı trombosit agregasyonunu inhibe eder |
| Destabilaz | Monomerik aktivite ile fibrini eritir, trombolitik etki gösterir |
| Hirustatin | Kallikrein, triptin, kimotriptin ve nörofolik cathepsin G'yi inhibe eder |
| Bdellinler | Anti-inflamatuardır. Plazmin, tristin ve akrosini inhibe eder |
| Hyaluronidase | İnterstisyel vizkoziteyi artırır ve antibakteriyal etki gösterir |
| Tryptase İnhibitör | Mast hücrelerinin proteolitik enzimlerini inhibe eder |
| Eglinler | Anti-inflamatuardır. Kimaz, subtilisin, elastaz etkinliğini inhibe eder |
| Faktör Xa İnhibitörü | Moleküler yoğunlukları aynı kompleksler oluşturarak pıhtılaşma faktörü Xa'nın aktivitesini inhibe eder |
| Karboksipeptidaz-A | Isırık bölgesinde kan akışını artırır |
| Asetilkolin | Vazodilatatördür |
| Histamin Benzeri Maddeler | Vazodilatatör olup, ısırık bölgesinde kan akışını artırır |

Günümüzde dünyanın birçok ülkesinde (Rusya, ABD, Kanada, Avustralya, Fransa, Almanya, Hollanda vb.) tedavi amaçlı aktif olarak çeşitli klinik durumlarda (apse, artrit, glokom, hematoma, tromboz, varis, ateroskleroz, diğer çeşitli damar bozuklukları vb.) tıbbi tedaviye yardımcı olarak çeşitli kliniklerde (kardiyoloji, üroloji, jinekoloji, cerrahi vb.) hirudoterapinin kullanımı artmaktadır. Özellikle plastik-rekonstrüktif cerrahi ve mikrocerrahide tedaviye yardımcı olarak post operatif sülük kullanımı, dolaşımın düzenlenmesi ve flapların mikrovaskülarizasyonunu sağlamak amacıyla yapılan çalışmalarda başarılı sonuçların yayınlanması ile yeniden dikkatlerin odaklanmasına neden olmuş ve ABD İlaç ve Gıda Dairesi sülüklerin bu ülkede satışına, genel amaçlar, plastik cerrahi ve mikrocerrahide kullanımına 2004 yılında izin vermiştir (137).

Hirudoterapi sülük salgısının aktif içeriğine alerjisi olanlarda ve mutlak hemofili, anemi, lösemi, hipotoni, hamilelik, immün supresyon varlığında kontrendikedir (138).

Hirudoterapinin değişik komplikasyonları olabilir. En sık olarak uzayan kanamalar, alerjik reaksiyonlar ve bakteriyal enfeksiyonlardır. Enfekte kullanılmış sülüklerin bir hastadan aldığı kan ile bulaşan bir enfeksiyon etkenini (HIV, hepatitler vb.) başka bir kişiye bulaştırması mümkündür (137).

Sağlık Bakanlığı'nın Mayıs 2017 itibariyle aldığı kararla ülkemizde de sülük kullanımına izin verilmiştir. Uygulama; tıp doktorları tarafından yapılmalıdır. Ayrıca eğitimini tamamlamış sağlık personeli tarafından da doktor gözetiminde uygulamalara yardımcı olması istenebilmelidir (91).

2.7.11. Refleksoloji

Refleksoloji, Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü tarafından "tüm salgı bezleri, organlar ve vücut bölümleri ile ilişkili olan ellerde, ayaklarda ve kulaklardaki refleks noktalarına elle uygulanan, vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardım eden bir teknik" olarak tanımlanmıştır. Refleksoloji, iyileşmeyi sağlamak için, refleks noktalarına ovma, sıvazlama sıkma hareketleri ile basınç uygulanarak gerçekleştirilen özel bir basınç tekniği ve enerji dengeleme sistemidir. Refleksoloji; ayak ve eldeki sinir noktalarını belirli tekniklerle uyarmanın ortaya elektrokimyasal mesajları çıkardığını bununda nöronların yardımı ile organları uyardığını savunur. Bu yöntem vücudun kendi kendini iyileştirme gücünü harekete geçirir ve vücudu canlandırır. Bu nedenle beden, zihin ve ruhu içeren bütünsel bir yöntemdir (139).

Yaklaşık 12 bin yıllık geçmişı olan refleksolojiye ait en eski dökümanlar M.Ö. 2500-2300 yıllarında Mısır'da bulunmuştur. Bilinen en eski refleksoloji belgesi; Saqqara'da Ankhamor adlı Mısırlı bir hekimin mezarının duvarında betimlenmiştir. Eski bir Mısır tabletinde bulunan ayak tabanı da bunu desteklemektedir. Refleksolojinin ayrıca Hindistan'da, Japonya'da ve Amerika'nın yerli Kızıldereli medeniyetlerinde bilindiği kaydedilir (139).

Akupunktur temellerine dayalı olan ve refleks noktalarına el ile özel bası tekniklerini gerektiren refleksoloji seansları yaklaşık 10-45 dakika arası uygulanır. Seans süresi semptomlara ve hastalığa göre değişebilir. Terapistler tarafından optimal sonuçlar elde etmek için genellikle 6-8 seans olması tavsiye edilir (139,140).

Genellikle duyarlı ve kolay ulaşılabilir olması, çok sayıda sinir sonlanması içermesi ve daha büyük olmasından dolayı ayaklar tercih edilir. Fakat ayak masajı ile refleksoloji arasında kesin fark bulunmaktadır. Refleksoloji daha yüzeysel temas ve ayağın bazı bölgelerinde derin baskıyı içerir (139).

Literatürde refleksolojinin; anksiyete, panik atak, sınav stresi, depresyon, bel-boyun fitiğı, gastro özefageal reflü, eklem ağrıları, dikkat eksikliği, otizm, serebral palsy, motor gerilik, kas rahatsızlıkları, migren, astım, enürezis, uykusuzluk, hazımsızlık, konuşma bozukluğu gibi farklı sorunların iyileştirilmesinde kullanılabileceği ifade edilmiştir (68).

Bilinen herhangi bir yan etki yoktur. Ancak; gebeliğin ilk trimesteri, düşük veya erken doğum tehdidi, akut enfeksiyonlar, ateşli durumlar, derin ven trombozu, kalp hastalıkları, varis, femur kırıkları, yapılan bölgede açık yaraların olması durumlarında yapılmaz (139).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Modeli

Kesitsel tipteki bu çalışma, 01 Ocak – 01 Nisan 2018 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Polikliniklerine (genel, nefroloji, alerjive immünoloji, nöroloji, gastroenteroloji, hemotoloji, onkoloji, endokrinoloji, acil) başvuran 420 hasta yakını ile yapılmıştır. 420 hasta yakını rastgele seçilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

➤ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Polikliniklerine başvuran, 18 yaş altı hastası bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları

Çalışma dışı bırakılma kriterleri

- 18 yaş üstü hastalar
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar.

3.2. Araştırma İzinleri Ve Onamı

29 Kasım 2017 tarihinde Kocaeli Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma ve Değerlendirme Komisyonun’ndan 2017/328 Karar numarası ile izin alındı. (Ek-1) Aynı zamanda çocuk polikliniklerinde uygulanması için Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı’na çalışma yapabilmek için yazı yazılıp onam alınmıştır. (Ek-2). Araştırma amacını belirten bir açıklama ve gönüllü onam formu tüm katılımcılara verilerek sözlü onayları alınmıştır (EK-3).

3.3. Veri Toplama Yöntemi Ve Aracı

Literatürden elde edilen bilgiler ışığında TAT anketi hazırlandı (EK-4). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının kabul ettiği TAT yöntemleri kabul edilerek hazırlanan anket yaklaşık 20 kişiye uygulanarak sorular hakkında geribildirim alındı. Geribildirimler de değerlendirilerek ankete son şekli verildi. Anket katılımcının sosyodemografik verilerini, kronik hastalık durumunu, TAT kullanma durumu (hayatının herhangi bir döneminde kullanması) ve sebeplerini, TAT ile ilgili görüşlerini belirlemeye yönelik 44 adet soru içermekteydi. Anket tüm sorular ve tüm TAT yöntemleri teker teker katılımcılara anlatılarak doldurulmuştur. Polikliniklere hasta yoğunluğunun fazla olduğu sabah saatlerinde, mümkün olduğunca her gün gidilerek, poliklinikler için belirlediğimiz sayılara (genel:100, gastroenteroloji:50, nöroloji:50, alerji ve immünoloji:50, acil;50, hematoloji:30, onkoloji;30, endokrinoloji:30, nefroloji;30) ulaşılan kadar anket doldurulmuştur.

Hastalar ve/veya yakınları görüşme yapmak üzere bilgilendirilmiş, hasta isimleri geçmesi istenmediğinden yazılı onam alınmamış, sözel olarak onam alınmış, yaklaşık 15 dakika süren anket formu yüzyüze görüşülerek doldurulmuştur. Çalışma, hastalara son zamanlarda kullanımı ve popülaritesi gitgide artan TAT kullanımı hakkında bilgi edinme taraması olarak tanıtılmış, hastalara istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri ve istemediği sorulara cevap vermek zorunda olmadıkları söylenmiştir.

3.4. İstatiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapıldı.

Çocukların yaşları (yıl) en yakın yüzdeler dilime göre dört gruba ayrıldı ve tablolarda G1 (<3,37), G2 (3,37 – 7,29), G3 (7,3 – 11,54), G4 (>11,54) kısaltmaları ile ifade edildi. Tanımlayıcı veri analizi (ortalama \pm standart sapma ve yüzde) yanı sıra non parametrik verilerin istatistik değerlendirmelerinde Ki-kare ve Kruskal-Wallis testleri kullanıldı. Tüm analizler için $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hastalıkları Polikliniklerine başvuran hastaların yakınları ile yüzyüze görüşülerek yapıldı. Çalışmaya 420 hasta yakını katıldı. Bunların 289'u (%68,8) anne idi. 7 anket ise çocuk bakım evinde kalan çocuklar olup onları hastaneye getiren kurum görevlileri ile dolduruldu. Hastalardan soruları cevaplamaya uygun olanlar genel olarak yakınları ile beraber cevaplamışlardır (Çizelge 4.1.1.). Araştırmaya katılanların 4'ü (%1,0) teyze, 2'si (%0,5) babaanne, 1'i (%0,2) bakıcı, 1'i (%0,2) de yengesi idi ve bunları diğer grubunda birleştirdik.

Çizelge 4.1.1. Anketi Dolduran Kişi

| Anketi Dolduran Kişi | n (%) | Toplam |
|----------------------|-------------|------------|
| Anne | 289 (%68,8) | 420 (%100) |
| Baba | 106 (%25,2) | |
| Kardeş | 10 (%2,4) | |
| Kurum görevlisi | 7 (%1,7) | |
| Diğer | 8 (%1,9) | |

Sosyodemografik özelliklerde bulunan anne yaşı, anne öğrenim durumu, anne mesleği, evde kaç çocuk olduğu, hanede kaç kişi yaşadığı, hanenin aylık geliri, gelir durumu değerlendirmesi, evin kendilerine mi ait olduğu soruların cevapları kurumda kalan 7 kişi ile doldurulan anketler muaf edilerek o cevapların istatistikleri 403 kişi üzerinden hesaplanmıştır. Baba yaşı, baba öğrenim durumu ve baba mesleği şeklinde olan soruların cevapları ise hem kurumda kalan 7 hasta, hem de babaları vefat eden 2 hasta çıkarılarak 401 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların 211'i kız (%50,2), 209'u erkek (%49,8) idi. Hastaların 252'sinin (%60) tanılı hastalığının olduğu, 168'inin (%40) tanılı hastalığı olmadığı görüldü. Hastaların 108'inin (%25,7) bu zamana kadar bir ameliyat öyküsü var, 312'sinin (%74,3) ameliyat öyküsü yoktu. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $7,77 \pm 4,86$ yıldı.

Hastaların annelerinin yaş ortalaması $33,99 \pm 6,74$, babalarının yaş ortalaması $37,31 \pm 7,58$ yıldı. Annelerin 116'sı (%28,1) ilkokul mezunu, 112'si (%27,1) lise mezunu olup

büyük çoğunluğu oluşturmaktaydılar. Babalarda okur yazar olmayan yoktu. Babalardaki büyük çoğunluğu ise lise mezunu (n:130, %31,6) ve üniversite mezunu (n:153, %37,2) oluşturmaktaydı (Çizelge 4.1.2.).

Çizelge 4.1.2. Anne Ve Baba Öğrenim Durumu

| Öğrenim durumu | Anne n (%) | Baba n (%) |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Okur Yazar Değil | 7 (%1,7) | 0 |
| Okur Yazar | 6 (%1,5) | 4 (%1,0) |
| İlkokul | 116 (%28,1) | 51 (%12,4) |
| Ortaokul | 83 (%20,1) | 73 (%17,8) |
| Lise | 112 (%27,1) | 130 (%31,6) |
| Üniversite | 89 (%21,5) | 153 (%37,2) |
| Toplam | 413 (%100) | 411 (%100) |

Hastaların annelerinin çoğunluğu %70,2'si (n:290) ev hanımı idi. Babası çalışmayan ise 1 kişi vardı. 189'u (%46,0) işçi, 141'i (%34,3) memur, 46'sı (%11,2) esnaftı (Çizelge 4.1.3.).

Çizelge 4.1.3. Anne Ve Baba Meslekleri

| Meslek | Anne n (%) | Baba n (%) |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Ev Hanımı | 290 (%70,2) | --- |
| Çiftçi | 2 (%0,5) | 7 (%1,7) |
| İşçi | 40 (%9,7) | 189 (%46,0) |
| Esnaf | 5 (%1,2) | 46 (%11,2) |
| Memur | 73 (%17,7) | 141 (%34,3) |
| Emekli | 1 (%0,2) | 8 (%1,9) |
| Diğer | 2 (%0,5) | 19 (%4,6) |
| İşsiz | --- | 1 (%0,2) |
| Toplam | 413 (%100) | 411 (%100) |

Hastaların 365'inin (%88,4) çekirdek aile tipinde, 40'nin (%9,7) geniş, 8'inin (%1,9) dağılmış aile tipinde yaşamakta olduğu saptanmıştır. Hastaların 126'sının (%30,5) tek çocuk olduğu, 161'inin (%39,0) iki kardeş oldukları, 126'sının (%30,5) ise üç ve daha fazla kardeş oldukları belirlenmiştir. Hastaların 390'ının (%94,4) sosyal güvencesi var iken 11'inin (%2,7) yok idi ve 12'sinin (%2,9) özel sigortası vardı.

Hastaların 235'i (%56,9) gelir ile giderlerinin eşit olduklarını (Çizelge 4.1.4.), 224'ü (%54,2) aylık yaklaşık gelirlerinin 1501-4500 TL arası olduğunu (Çizelge 4.1.5.), 214'ü (%51,8) evlerinin kendilerine ait olduklarını belirtmişlerdir.

Çizelge 4.1.4. Ekonomik Durum Değerlendirmesi

| | n (%) |
|----------------------|-------------------|
| Gelir Giderden Fazla | 76 (%18,4) |
| Gelir İle Gider Eşit | 235 (%56,9) |
| Gelir Giderden Az | 102 (%24,7) |
| | 413 (%100) |

Çizelge 4.1.5. Hanenin Aylık Gelir Ortalaması

| | n (%) |
|-----------------|-------------------|
| 0-1500 TL | 88 (%21,3) |
| 1501-4500 TL | 224 (%54,2) |
| 4500-7500 TL | 77 (%18,6) |
| 7500 TL ve Üstü | 24 (%5,8) |
| | 413 (%100) |

Çalışmaya katılan hastaların başvurdukları bölümlere göre oranları; genel poliklinik 100 (%23,8), gastroenteroloji 50 (%11,9), nöroloji 50 (%11,9), alerji ve immünoloji 50 (%11,9), endokrinoloji 30 (%7,1), nefroloji 30 (%7,1), onkoloji 30 (%7,1), acil poliklinik 50 (%11,9), hematoloji (%7,1) şeklindedir.

4.2. TAT KULLANMA SIKLIĞI VE ÖZELLİKLERİ

Araştırmamızda belirtilen TAT kullanma sıklığı araştırmaya katılanların hayatlarında en az bir kez, hayatının herhangi bir döneminde TAT kullandığını belirtmektedir.

Araştırmaya katılanların 413'ü (%98,3) çocuğun hasta olmaması için ya da hasta olduğu dönemde iyileşmesi için dua ettiğini belirtti (Çizelge 4.2.1.). Kalan istatistiklerimizde TAT kullanma oranları içinde dini uygulamaları kapsamayacak şekilde hesaplama yapmanın daha doğru bilgi vereceğini düşündüğümüz için dini uygulamaları ayrı bir başlık altında ele aldık.

Çizelge 4.2.1. Dini İnanç Kullanma Durumu

| Dini İnançlar | Kullanıyor n (%) | Kullanmıyor n (%) | Toplam n (%) |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Dua etmek | 412 (%98,1) | 8 (%1,9) | 420 (%100) |
| Hocaya okutmak | 15 (%3,6) | 405 (%96,4) | 420 (%100) |
| Muska takmak | 17 (%4,0) | 403 (%96,0) | 420 (%100) |

Araştırmaya katılan hastaların 187'sinin (%44,5) TAT kullandığı, 233'ünün (%55,5) ise TAT kullanmadığı saptandı. Tanılı hastalığı hastalarda TAT kullanma oranı %37,3 (n:94) iken tanılı hastalığı olmayanlarda bu oran %55,3 (n:93) tür (Çizelge 4.2.2.). Çalışmamıza katılan astım tanısı ile takipli hastalarda TAT kullanma oranı %67,6, dm tanılı hastalarda bu oran %36,3, kanser tanısı olan hastalarda bu oran %30,7 idi.

Çocukların yaşları (yıl) en yakın yüzdeler dilime göre dört gruba ayrıldı ve tablolarda G1 (<3,37), G2 (3,37– 7,29), G3 (7,3 – 11,54), G4 (>11,54) kısaltmaları ile ifade edildi. Gruplar arasındaki TAT kullanma oranına bakıldığında en yüksek oran %60,0 ile G2 de idi. En az kullanım ise %30,5 ile G1 idi. İstatiksel olarak farka bakıldığında G1 ve G4 arasında, G2 ve G3 arasında TAT kullanım arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun dışındaki kıyaslamalarda gruplar arasında istatiksel olarak TAT kullanım açısından fark saptanmıştır (Çizelge 4.2.3.).

Çizelge 4.2.2. TAT Kullanımı Ve Sosyodemografik Özellikler

| | | TAT kullanma durumu | | Toplam | P değeri |
|-------------------------|------------------|---------------------|-------------|-------------|----------|
| | | Kullanıyor | Kullanmıyor | | |
| Cinsiyet | Kız | 92 (%43,6) | 119 (%56,4) | 211 (% 100) | >0.05 |
| | Erkek | 95 (%45,5) | 114 (%54,5) | 209 (% 100) | |
| Anne öğrenim durumu | Ortaokul ve altı | 83 (%39,2) | 129 (%60,8) | 212 (% 100) | |
| | Lise ve üstü | 104 (%51,7) | 97 (%48,3) | 201 (% 100) | |
| Baba öğrenim durumu | Ortaokul ve altı | 58 (%45,3) | 70 (%54,7) | 128 (% 100) | |
| | Lise ve üstü | 128 (%45,2) | 155 (%54,8) | 283 (% 100) | |
| Sosyal güvence | Var | 182 (%45,3) | 220 (%54,7) | 402 (% 100) | |
| | Yok | 5 (%45,5) | 6 (%54,5) | 11 (% 100) | |
| Aile tipi | Çekirdek | 166 (%45,5) | 199 (%54,5) | 365 (% 100) | |
| | Geniş/Dağılmış | 21 (%44,0) | 27 (%56,0) | 48 (% 100) | |
| Aylık gelir | 4500 TL ve altı | 141 (%45,2) | 171 (%54,8) | 312 (% 100) | |
| | 4501 TL ve üstü | 46 (%45,5) | 55 (%54,5) | 101 (% 100) | |
| Ameliyat öyküsü var mı? | Evet | 49 (%45,4) | 59 (%54,6) | 108 (% 100) | |
| | Hayır | 138 (%44,2) | 174 (%55,8) | 312 (% 100) | |
| Kronik hastalık var mı? | Evet | 94 (%37,3) | 158 (%62,7) | 252 (% 100) | |
| | Hayır | 93 (%55,4) | 75 (%44,6) | 168 (% 100) | |

Çizelge 4.2.3. Yaş Aralıklarına Göre TAT Kullanma Durumu

| | TAT kullanma durumu | | Toplam n (%) | p değeri | |
|---------------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------|---------|
| | Kullanıyor n (%) | Kullanmıyor n (%) | | | |
| 3,36 yaş ve altı altı (G1) | 29 (%30,5) | 66 (%69,5) | 95 (%100) | G2 | <0,0001 |
| | | | | G3 | 0,013 |
| | | | | G4 | 0,98 |
| 3,36-7,29 yaş arası (G2) | 69 (%60,0) | 46 (%40) | 115 (%100) | G1 | <0,0001 |
| | | | | G3 | 0,56 |
| | | | | G4 | <0,0001 |
| 7,30-11,54 yaş arası (G3) | 54 (%51,4) | 51 (%48,6) | 105 (%100) | G1 | 0,013 |
| | | | | G2 | 0,56 |
| | | | | G4 | 0,035 |
| 11,55 yaş ve üstü (G4) | 35 (%33,6) | 70 (%66,7) | 105 (%100) | G1 | 0,98 |
| | | | | G2 | <0,0001 |
| | | | | G3 | 0,035 |

TAT kullandığını belirten 187 hasta içerisinde en çok kullanılan yöntem ise bitkisel ürünler olduğu saptandı. Hastaların 173'ü (%92,5) bitkisel yöntemlerden herhangi birini kullandığını belirtti. Akupunktur kullanan hastamız yoktu. Bitkisel yöntemleri sırası ile hayvansal ürünler, sanatsal aktiviteler izliyordu (Çizelge 4.2.4.).

Çizelge 4.2.4. Kullanılan TAT Yöntemleri

| TAT yöntemleri | Kullanıyor | Kullanmıyor | Toplam |
|------------------------|-------------|-------------|------------|
| Bitkisel yöntemler | 173 (%92,5) | 14 (%7,5) | 187 (%100) |
| Hayvansal ürünler | 91 (%48,7) | 96 (%51,3) | 187 (%100) |
| Sanatsal aktiviteler | 12 (%6,4) | 175 (%93,6) | 187 (%100) |
| Geleneksel uygulamalar | 2 (%1,1) | 185 (%98,9) | 187 (%100) |
| Yoga/reiki | 1 (%0,5) | 186 (%99,5) | 187 (%100) |

Bitkisel yöntemler içerisinde en sık kullanılan yöntem pekmez idi. 172 bitkisel yöntem kullanan hasta içerisinde 132'si (%76,7) pekmez kullanmakta idi. Onu bitki çayları, bitkisel yağlar takip etmektedir (Çizelge 4.2.5.).

Çizelge 4.2.5. Bitkisel Yöntemlerin Kullanılma Oranları

| Bitkisel yöntemler | Kullanıyor n (%) | Kullanmıyor n (%) | Toplam n (%) |
|---------------------|------------------|-------------------|--------------|
| Pekmez | 132 (%76,3) | 41 (%23,7) | 173 (%100) |
| Bitki çayları | 102 (%59,0) | 71 (%41,0) | 173 (%100) |
| Bitkisel karışımlar | 39 (%22,5) | 134 (%77,5) | 173 (%100) |
| Bitkisel yağlar | 32 (%18,5) | 141 (%81,5) | 173 (%100) |
| Macunlar | 15 (%8,7) | 158 (%91,3) | 173 (%100) |

Hastaların 64'ü (%37,2) tek bir yöntem kullanır iken iki yöntem kullanan grup en fazla idi ve 73 kişi (%42,4) iki yöntem kullanmakta idi (Çizelge 4.2.7.).

187 hasta içerisinde 91'inin (%48,7) hayvansal ürünler kullanmakta olduğu görüldü. Bu yöntemler içerisinde en çok tercih edilen yöntem 58 kişinin (%63,7) kullandığı bildircin yumurtası idi. Sorularımızda yer alan köpek balığı kıkırdağını kullanan hastamız yoktu (Çizelge 4.2.6.).

Çizelge 4.2.6. Hayvansal Yöntemlerin Kullanım Oranları

| Hayvansal yöntemler | Kullanıyor n (%) | Kullanmıyor n (%) | Toplam n (%) |
|---------------------|------------------|-------------------|--------------|
| Bildircin yumurtası | 58 (%63,7) | 33 (%36,3) | 91 (%100) |
| Arı poleni | 30 (%33,0) | 61 (%67,0) | 91 (%100) |
| Balık yağı | 21 (%23,1) | 70 (%76,9) | 91 (%100) |
| Arı sütü | 15 (%16,5) | 76 (%83,5) | 91(%100) |

Hayvansal ürünler kullanan 91 katılımcının 62'si (%68,1) sadece tek bir yöntem kullandıklarını ifade ettiler.

Sağlık çalışanından bilgi edinen 23 kişiden 21'i doktordan, 5'i hemşireden, 3 kişi ise hem hemşireden hem de doktordan bilgi edindiğini belirtmiştir. Medyadan bilgi edindiğini belirten 94 katılımcının 61'i televizyondan, 1 kişi radyodan, 3 kişi gazeteden, 55' ise internetten bilgi edindiğini belirtmiştir. Bunların 59'u sadece bir medya yöntemi ile bilgi edinirken, 24'ü iki yerden, 1'i ise üç medya yöntemi ile bilgi edindiğini bildirmiştir. Tavsiye üzerine TAT kullandığını belirten 116 katılımcı mevcuttu. Bunların 84'ü bir

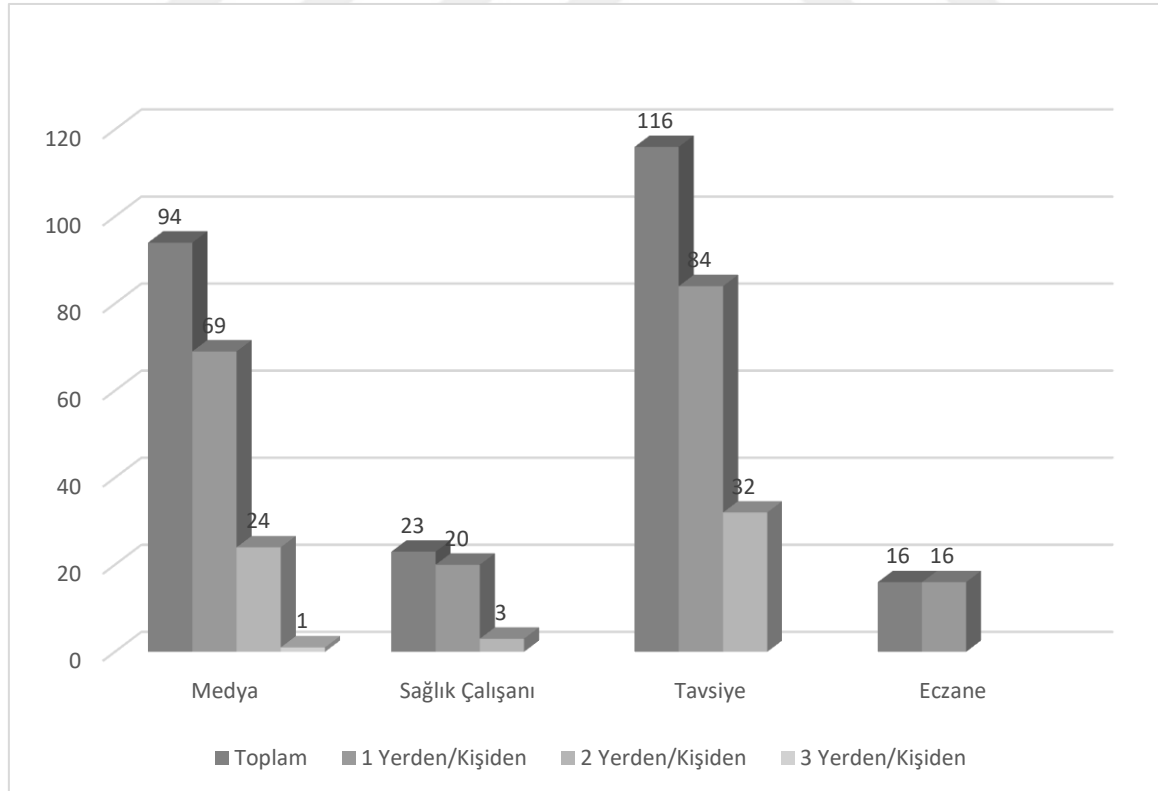
arkadaş tavsiyesi, 64'ü ise hasta olan başka bir hasta tavsiyesi üzerine bilgi edindiğini belirtmiştir. Bunların 32'si her iki kişiden de tavsiye üzerine bilgi edindiğini belirtmiştir (Çizelge 4.2.7.) (Çizelge 4.2.8.).

TAT kullananlardan 4 kişi bilgiyi hem sağlık çalışanından hem medyadan, hem de tavsiye ile edinmişlerdir. 2 kişi sağlık çalışanından ve tavsiye ile bilgi edinirken, 55'i medya ve tavsiye ile bilgi edindiklerini bildirmişlerdir. İki kişi ise sağlık çalışanı ve medyadan bilgi aldığını bildirmiştir.

Çizelge 4.2.7. TAT Bilgi Edinme Yöntemleri

| Bilgi Edinme Yöntemi | n (%) |
|----------------------|-------------|
| Tavsiye | 116 (%62,0) |
| Medya | 94 (%50,3) |
| Sağlık Çalışanı | 23 (%12,3) |
| Eczane | 16 (%8,6) |

Çizelge 4.2.8. Toplamda Kaç Yerden Bilgi Edinildi



Hastaların 58'i (%31,0) bu yöntemi/yöntemleri kullanmak için sağlık çalışanına danıştıklarını (bunların 53'ü doktora, 5'i doktor dışı sağlık çalışanına, 1 kişi ise hem doktora hem başka sağlık çalışanına danışmıştır), 129'u (%69,0) ise danışmadıklarını belirtti. Doktora danışmayan 134 kişinin 131'i (%97,8) buna gerek duymadığını belirtmiştir (Çizelge 4.2.9.).

Çizelge 4.2.9. TAT Kullanan Hastaların Doktora Danışma Durumları

| Doktora danışma durumu | | n(%) | Toplam n(%) |
|------------------------|-----------------------------------|-------------|----------------|
| Evet | Kullanmamı onayladı | 44 (%83,3) | 53 (%28,3) |
| | Kullanmamı onaylamadı | 4 (%7,5) | |
| | Fikir belirtmedi | 5 (%9,4) | |
| Hayır | Olumsuz tepki vereceğini düşündüm | 3 (%2,2) | 134 (%71,7) |
| | Gerek duymadım | 131 (%97,8) | |
| | | | 187 (%100) |

TAT kullandığını belirten 187 hastanın 132'si (%70,6) bağışıklık sistemini güçlendirmek için TAT kullandığını belirtmiştir. 5 kişi ise (%2,7) doktorunun uyguladığı tedavi yerine kullandığını belirtmiştir (Çizelge 4.2.10.). Doktor tarafından TAT kullanımını onaylanmadığı dört çocuktan üçü kronik bir hastalık ile (hidrosefali ve lösemi) takip ediliyorlardı. Bu çocukların aileleri bildircin yumurtası, arı sütü, pekmez, bitkisel yağ ve vitamin desteği kullanmaktaydılar. Aileler kullanım amaçlarını; “hastalığa karşı her şeyi yapmış olmak için”, “destekleyici olarak”, “bağışıklık sistemini güçlendirmek için” ve “şikayetleri azaltmak için” olarak belirtmişlerdir.

Çizelge 4.2.10. TAT Kullanım Amaçları

| | Evet n (%) | Hayır n (%) | Toplam n (%) |
|--|---------------|----------------|-----------------|
| Doktorun uyguladığı tedavi yerine | 5 (%2,7) | 182 (%97,3) | 187 (%100) |
| Şikayetleri azaltmak için | 109 (%58,3) | 78 (%41,7) | 187 (%100) |
| Tedavinin yan etkilerini azaltmak için | 9 (%4,8) | 178 (%95,2) | 187 (%100) |
| Bağışıklık sistemini güçlendirmek için | 132 (%70,6) | 55 (%29,4) | 187 (%100) |

| | | | |
|--------------------------------------|------------|-------------|------------|
| Tedaviyi destekleyici olarak | 61 (%32,6) | 126 (%67,4) | 187 (%100) |
| Psikolojik olarak rahatlamak için | 27 (%14,4) | 160 (%85,6) | 187 (%100) |
| Hastalığa karşı her şeyi yapmak için | 37 (%19,8) | 150 (%80,2) | 187 (%100) |

Hastaların 56'sı (%29,9) faydalı olup olmadığı hakkında fikri olmadığını, 68'i (%36,4) de herhangi bir zararı olup olmadığı hakkında fikri olmadığını belirtmiştir. 65'i (%34,3) etkili olduğunu, 114'ü (%61,1) zararı olmadığını bildirmiştir (Çizelge 4.2.11.) (Çizelge 4.2.12.). “Şikayetleri azaltmak için” TAT kullandığını belirten 109 hastanın 101'i (%92,7) TAT yöntemlerini kullandıktan sonra şikayetlerinde azalma olduğunu ifade etmiştir (Çizelge 4.2.13.).

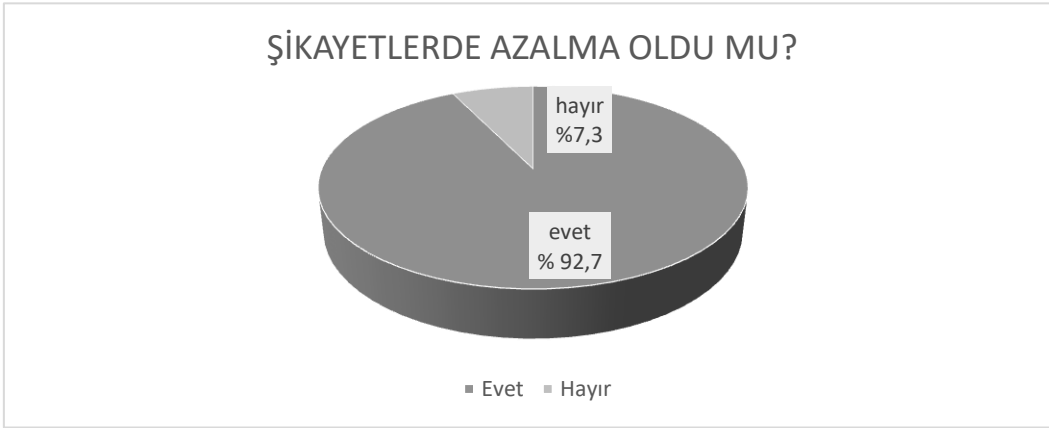
Çizelge 4.2.11. Hastaların Kullandıkları TAT Yönteminin Faydalı Olma Durumuna İlişkin Görüşleri

| Faydası Oldu Mu? | n (%) | Toplam (%) |
|------------------|------------|------------|
| Fikrim Yok | 56 (%29,9) | 187(%100) |
| Etkili Olmadı | 23 (%12,3) | |
| Az Etkili Oldu | 36 (%19,3) | |
| Etkili Oldu | 65 (%34,8) | |
| Çok Etkili Oldu | 7 (%3,7) | |

Çizelge 4.2.12. Hastaların Kullandıkları TAT Yönteminin Zararı Olma Durumuna İlişkin Görüşleri

| Zararı Oldu Mu | n (%) | Toplam (%) |
|-----------------|-------------|------------|
| Fikrim Yok | 68 (%36,4) | 187 (%100) |
| Zararı Olmadı | 114 (%61,0) | |
| Az Zararı Oldu | 2 (%1,1) | |
| Zararı Oldu | 2 (%1,1) | |
| Çok Zararı Oldu | 1 (%0,5) | |

Çizelge 4.2.13. Şikayetlerde Azalma Oldu Mu Sorusuna Verilen Yanıt



Bu ürünleri hastaların 122'si (%65,2) aktardan, 66'sı marketten (%35,3), 53'ü (%28,3) eczaneden temin ettikleri saptanmıştır (çizelge 4.2.14.).

Çizelge 4.2.14. TAT Yöntemlerini Temin Etme Durumu

| Temin Etme Şekli | n (%) |
|---------------------------|-------------|
| Aktardan | 122 (%65,2) |
| Marketten | 66 (%35,3) |
| Eczaneden | 53 (%28,3) |
| Doğadan Kendim Topluyorum | 20 (%10,7) |
| İnternet | 14 (%7,5) |
| Pazardan | 9 (%4,8) |

Hastaların 72'si (%17,1) tedavilerini desteklemek için diyet yaptıklarını belirtti. Hastaların 130'u (%69,5) bu yöntem için aylık ortalama 50 TL ve altı harcama yaptığını belirtti (Çizelge 4.2.15.).

Çizelge 4.2.15. TAT Yöntemleri İçin Aylık Ortalama Harcama Miktarı

| Aylık Harcama Miktarı | n (%) | Toplam n (%) |
|-----------------------|-------------|--------------|
| 50 TL altı | 130 (%69,5) | 187 (%100) |
| 51-100 TL arası | 34 (%18,2) | |
| 101-250 TL arası | 21 (%11,2) | |
| 251 TL ve üstü | 2 (%1,1) | |

Çizelge 4.2.16. Anketin Doldurulduğu Bölüm ile TAT Kullanma Oranları

| | TAT Kullanıyor Mu | | Toplam |
|----------------------|-------------------|-------------|------------|
| | Kullanıyor | Kullanmıyor | |
| Genel pediatri | 56 (%56,0) | 44 (%44,0) | 100 (%100) |
| Gastroenteroloji | 18 (%36,0) | 32 (%64,0) | 50 (%100) |
| Nöroloji | 20 (%40,0) | 30 (%60,0) | 50 (%100) |
| Alerji ve immünoloji | 28 (%56,0) | 22 (%44,0) | 50 (%100) |
| Endokrinoloji | 14 (%46,7) | 16 (%53,3) | 30 (%100) |
| Nefroloji | 11 (%36,7) | 19 (%63,3) | 30 (%100) |
| Onkoloji | 9 (%30,0) | 21 (%70,0) | 30 (%100) |
| Acil poliklinik | 17 (%34,0) | 33 (%66,0) | 50 (%100) |
| Hematoloji | 14 (%46,7) | 16 (%53,3) | 30 (%100) |
| | 187 (%100) | 233 (%100) | 420 (%100) |

4.3. HASTA YAKINLARININ TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Anketimizin son kısmında araştırmacılara 7 önermeye doğru yanlış şeklinde cevap vermeleri istenmiştir. “Alternatif tedavi yöntemleri insanların doğru tıbbi tedavi almalarını geciktirir” önermesine 244’ü (%58,1) bunun yanlış olduğunu söyledi. “Doktora başvurmadan önce alternatif tıp yöntemlerini uygulamak gerekir” önermesine 344’ü (%81,9) hayır demiştir. “Alternatif tedavi yöntemleri tedavi edici olarak kullanılmadan önce daha çok bilimsel kanıt elde edilmelidir” önermesine 340’ı (%81) doğru demiştir (Çizelge 4.3.1.).

Çizelge 4.3.1. Hasta Yakınlarının TAT İle İlgili Görüşleri

| | | TAT kullanma durumu | | | Toplam n (%) |
|---|---------------|---------------------|----------------|-------------|---------------|
| | | Evet | Hayır | | |
| Alternatif tedavi yöntemleri insanların doğru tıbbi tedavi almalarını geciktirir. | Doğru | 61 (%34,7) | 115 (%65,3) | 176 (%41,9) | 420 (%100) |
| | Yanlış | 126 (%51,6) | 118 (%48,4) | 244 (%58,1) | |
| Alternatif tedavi yöntemleri ancak tıbbi tedavinin yetersiz olduğu yerde son seçenek olarak kullanılmalıdır. | Doğru | 69 (%34,7) | 130 (%65,3) | 199 (%47,4) | 420 (%100) |
| | Yanlış | 118 (%53,4) | 103 (%46,6) | 221 (%52,6) | |
| Doktora başvurmadan önce alternatif tedavi yöntemlerini uygulamak gerekir. | Doğru | 51 (%67,1) | 25 (%32,9) | 76 (%18,1) | 420 (%100) |
| | Yanlış | 136 (%39,5) | 208 (%60,5) | 344 (%81,9) | |
| Alternatif tedavi yöntemleri vücudu savunmaya hazırlar ve tıbbi tedaviye daha iyi cevap verir. | Doğru | 137 (%58,3) | 98 (%41,7) | 235 (%56,0) | 420 (%100) |
| | Yanlış | 50 (%27,0) | 135 (%73,0) | 185 (%44,0) | |
| Alternatif tedavi yöntemleri ancak basit hastalıklar için kullanılabilir, ağır ciddi hastalıklarda kullanılmaz. | Doğru | 121 (%44,0) | 154 (%56,0) | 275 (%65,5) | 420 (%100) |
| | Yanlış | 66 (%45,5) | 79 (%54,5) | 145 (%34,5) | |
| Alternatif tedavi yöntemleri tıbbi tedavi kadar etkilidir. | Doğru | 75 (%62,5) | 45 (%37,5) | 120 (%28,6) | 420 (%100) |
| | Yanlış | 112 (%37,3) | 188 (%62,7) | 300 (%71,4) | |
| Alternatif tedavi yöntemleri tedavi edici olarak kullanılmadan önce daha çok bilimsel kanıt elde edilmelidir. | Doğru | 144 (%42,4) | 196 (%57,6) | 340 (%81,0) | 420 (%100) |
| | Yanlış | 43 (%53,8) | 37 (%46,2) | 80 (%19,0) | 420 (%100) |

Hastalara “Alternatif tedavi yöntemleri hakkında kimden danışmanlık almak isterdiniz” diye sorduğumuzda 398’i (%94,8) doktor, 34’ü (%8,1) daha önce hastalığı geçiren kişilerden danışmanlık almak istediklerini belirtmişlerdir (Çizelge 4.3.2.).

Çizelge 4.3.2. Kimden Danışmanlık Alınmalıdır Sorusuna Verilen Yanıt

| Kimden Danışmanlık Alınmalıdır | n (%) |
|---------------------------------------|--------------|
| Doktor | 398 (%94,8) |
| Hemşire | 17 (%4,0) |
| Eczacı | 33 (%7,9) |
| Daha Önce Hastalığı Geçiren Kişiler | 34 (%8,1) |

5. TARTIŞMA

McWinney'e göre TAT ya da geleneksel tıp, birçok tıp ya da diğer sağlık meslek okullarında öğretilmediği gibi başlıca sağlık kurumlarında da uygulanmayan tıbbi yaklaşımlara verilen isimdir. Tıpta egemen eğilimin dışında yer alan bu uygulamalar alternatif olarak adlandırılmışlardır; ancak bazıları büyük oranda kabul gördüğünden modern tıbbın tamamlayıcısı olarak değerlendirilirken, bazıları da tıbbın ana yaklaşımları arasına kabul edilmişlerdir. Bununla birlikte bu tanımın belirsizliği açıkça görülmektedir. Tarihsel ve geleneksel nedenlerle, bir ülkede alternatif olan bazı uygulamalar başka bir ülkede mesleki uygulamalara dahil edilebilir (63).

Erişkinlerde olduğu gibi çocukluk yaş grubunda da, TAT kullanımı son yıllarda hızla artmaktadır. Ancak çalışmaların çoğunluğu kronik hastalığa sahip bireylerle yapılmıştır. Genel çocuk toplumunda dünyada yapılan çalışmalarda; Kanada'da bu oran %54, İrlanda'da %38, İsviçre'de %58, Hollanda'da %30 olarak bildirilmiştir (141–144). Ülkemizde genel çocuk toplumunda TAT kullanımı Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %57 olarak bildirilmiştir (145). Bizim çalışmamızda ise bu oran %44,5 idi. Taşar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada TAT kullanma oranı %87 olarak bildirilmiştir (146). Taşar ve arkadaşlarının çalışmasına göre çalışmamızdaki düşük oranın nedeni; hesaplamamızda neredeyse herkesin kullandığı dini uygulamaları dışlayarak hesaplamamızın daha doğru olacağını düşünmemiz olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan çocuklarda TAT kullanma oranı %55,4 idi. Kronik hastalığı olanlarda ise bu oran %37,3'tür. Kronik hastalığa sahip olan ve olmayan hastalar arasında TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bozkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanlarda TAT kullanma oranı %69, kronik hastalığı olmayanlarda TAT kullanma oranı %75,8 olarak bildirilmiştir. (147). Tuncel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalığı olmayan çocuklarda TAT kullanma sıklığı %83 olarak bulunmuştur (148).

Çalışmamıza katılan astım tanısı ile takipli hastalarda TAT kullanma oranı %67,6 idi. Türkiye'de Orhan ve arkadaşlarının astımlı çocuklarda yaptıkları çalışmada TAT kullanma oranı %49'dur ve en sık kullanılan yöntem bildircin yumurtasıdır (149). Ülkemizde çocuklarda diyabetes mellitusu olan çocuklarda yapılan çalışmalarda TAT kullanım oranı %52 olarak saptanmıştır (24). Bizim çalışmamızda ise bu oran %36,3 idi. TAT kullanımı ile ilgili en çok çalışma yapılan hastalıklardan biri kanserdir. Karadeniz ve arkadaşlarının kanserli çocuk hastalarda yaptığı çalışmada oran %51,6 idi (59). Bizim çalışmamızda bu oran %30,7 idi. Hastaların başvurdukları poliklinik ve takipli oldukları kronik hastalık

olması ile TAT kullanmaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda TAT kullanımını hastanın o ana kadar herhangi bir nedenle kullanıp kullanmadığı şeklinde sormanın yanında şu andaki hastalığına yönelik kullanma durumunu da sorgulamış ve daha büyük gruplar ile çalışmış olsaydı kıyaslama yapmamız daha doğru olabilirdi.

Literatürde çocukluk yaş grubunda TAT kullanımının yaşla birlikte arttığı bildiren çalışmalar mevcuttur (30,143). Çalışmamızda; çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $7,77 \pm 4,86$ idi. Çocukların yaşlarını (yıl) en yakın yüzdeler dilime göre dört gruba ayırdık ve 3,37 yaş altı (G1), 3,37 - 7,29 yaş arası (G2), 7,3 - 11,54 yaş arası (G3) ve 11,54 yaş üstü (G4) şeklinde gruplandırdık. Gruplar arasındaki TAT kullanma oranına bakıldığında en yüksek oran %60,0 ile 3,37 - 7,29 yaş aralığındaydı. En az kullanım ise %30,5 ile 3,37 yaş altındakilerde saptandı. 11,54 yaş ve üstü olan grupta ise kullanma oranı %33,6 olmakla beraber 3,37 yaş altı grup ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda ebeveyn eğitim düzeyi ile TAT kullanım sıklığı arasında her iki yönde de etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anne eğitim durumu arttıkça TAT kullanma sıklığında artış saptanmıştır (145). Amerika, İrlanda, İsviçre’de yapılan çalışmalarda da ebeveyn eğitim düzeyi arttıkça kullanım sıklığının arttığı gösterilmiştir (30,142,143). Suudi Arabistan’da yapılan çalışmada ise ebeveyn eğitim düzeyinin düşük olması ile kullanım sıklığının arttığı saptanmıştır (150). Ama bizim çalışmamızda ebeveynlerin eğitim durumu, mesleği ve gelir durumu ile TAT kullanımını arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Orhan ve arkadaşları, Gözüm ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya paralel bir sonuç çıkmıştır (57,149).

Çalışmamızda TAT yöntemleri arasında en sık kullanılan yöntem bitkisel ürünler (%92,5) idi. Taşar ve arkadaşlarının ve Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da aynı şekilde en sık kullanılan yöntem bitkisel yöntemler olarak belirtilmiştir (145,146). Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda da bitkisel ürünlerin daha sık tercih edildiği görülmektedir. Çalışmamız yapılan diğer çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Çalışmamızda TAT kullananların %71,7’si kullandığı yöntem ile ilgili sağlık çalışanına danışmamıştır. Danışmayanların %97,8’i danışmaya gerek olmadığını düşündüğü için danışmadığını belirtmiştir. Bu bulgu hastaların TAT’ın tıbbi tedavi ile bir bağlantı olmayacağını düşündükleri için sağlık çalışanına bildirmediklerini düşündürebilir. Alternatif tedavilerin sıklıkla doğal olmaları nedeniyle güvenli tedavi yöntemleri olarak bilindikleri ve pazarlandıkları için yan etkileri, zararlı etkileri olabileceği göz ardı edilmektedir (147). Bu yüzden tıbbi tedavilerini etkilemeyeceklerini düşünmeleri sebep

olmuş olabilir. Halbuki çocuklar ilaç ve maddelerin emilimi, yıkımı, metabolizması ve atılımı konusunda erişkinlerden farklıdır. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları immatür olduğu için ilaç ya da maddelerden daha fazla etkilenirler. Bu nedenle yan etkiler daha şiddetli ve daha ölümcüldür (151). Özellikle gruplamamızdaki en küçük yaş grubu G1'de ki (3,36 yaş ve altında) TAT kullanma oranının %30,5 olması dikkat çekicidir. TAT kullanımı konusunda hastalar/ yakınları TAT kullanımı konusunda bilgi vermeyi düşünemeyebilirler ya da istemeyebilirler. Bu konuda hastalar bu yönden sorgulanmalı, gerekli yönlendirmeler yapılmalı, hastalar ile karşılıklı fikir alışverişi ile tartışma yapılmalıdır. Akbulut ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise katılımcıların hiçbirinin TAT kullandıkları konusunda doktorlarına bilgi vermedikleri saptanmıştır (152). Bülbül ve arkadaşlarının çalışmasında ise TAT kullananların sadece %21,2'si doktoruna söylediği belirlenmiştir (153).

Araştırmaya katılanların %62,0'ı kullandıkları TAT yöntemleri ile ilgili bilgileri en çok arkadaş ya da başka bir hasta yakınının tavsiyesi ile, %50,3'ü medya yayın ve kuruluş yoluyla, %12,3'ü sağlık çalışanından (doktor ve hemşire) öğrendiklerini belirtmişlerdir. Bozkaya ve arkadaşlarının çalışmasında da hastalar kullandıkları yöntemlerin çoğunluğunu aile büyüklerinden (%68,9) ve medyadan (%28,9) öğrendiklerini bildirmişlerdir ve %17,8'i doktordan bilgi edinmişlerdir (147). Taşar ve arkadaşlarının çalışmasında da TAT uygulamalarını en çok aile büyüklerinin önerdikleri %60'ı saptanmıştır (146). Öztürk ve arkadaşlarının 2008'de yaptığı çalışmada TAT kullananların %8,5'i internet/televizyondan bilgi edinmiştir (145). Bizde bu oranın çok daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Medya; kitap, gazete, dergi, radyo, televizyon, film, internet gibi kitle iletişim araçlarının tümünü kapsayan genel terimdir. Yaşadığımız yüzyılda, ister çocuk ister yetişkin olsun, medyanın hayatımızda kapsadığı alan son derece artmış durumdadır. Üstelik medya her geçen gün gelişmekte ve değişmektedir. Medya okuryazarlığı; yaygın kabul gören tanımıyla, çeşitli türden (görsel, işitsel, basılı vb.) medya mesajlarına erişebilme, erişilen medyaları eleştirel bakış açısıyla çözümleyip değerlendirme ve kendir medya iletilerini üretebilme becerisidir. Bu konuda, Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜK), 6112 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun'un 37'inci maddesinde yer alan "Medya okuryazarlığının toplumun tüm kesimlerini içerecek şekilde yaygınlaştırılması amacıyla, başta Milli Eğitim Bakanlığı olmak üzere diğer kamu kurumları ile işbirliği yapmak" hükmü doğrultusunda konuyla ilgili çalışmalar yapmaktadır (154). Bu çalışmalar sayesinde medyaokuryazarlığın artması ile toplumun medyadan aldığı bilgiye körükörüne

inanmaması, bilgiyi sorgulaması, doğru bilgiye ulaşmayı öğrenmesinde artış olacağına inanmaktayız.

Doktorlar tarafından önerilme oranları; İsviçre’de %42, Kanada’da %28 oranlarında bildirilmiştir. Bu çalışmalara göre genel olarak ülkemizde doktorların önerme oranları düşük görülmektedir (141,143).

Çalışmamızda hastaların %57,8’i kullandıkları yöntemlerin az da olsa faydalı olduğunu, %29,9’u fikri olmadığını belirtirken %61’i zararı olmadığını, %2,6’sı zararı olduğunu belirtmiştir. Taşar ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmacıların %77’si kullandıkları yöntemden yarar gördüklerini belirtmiştir (146). Bülbül ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %2,9’u da zarar gördüğünü belirtmiştir (153). Bu konuda çalışmamız bunu desteklemektedir. Şikayetleri için kullananların %92,7’si kullanım sonrasında şikayetlerinde azalma olduğunu belirtmiştir.

Çalışmadakilerin %70,6’sı bu yöntemleri bağışıklık sistemini güçlendirmek için, %2,7’si ise doktorun uyguladığı tedavi yerine kullandığını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %71,4’ü alternatif tedavi yöntemlerini tıbbi tedavi kadar etkili bulmadıklarını belirtmişlerdir. Bülbül ve arkadaşlarının çalışmasında da bu oran %76,7 olarak belirtilmiştir (153). Çalışmamıza katılanların %81,0’ı alternatif tedavi yöntemleri tedavi edici olarak kullanılmadan önce daha çok bilimsel kanıt elde edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bülbül ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %87,3 olup sonuçlar birbirlerini desteklemektedir (153). Çalışmamızdaki TAT kullanmayanların oranı %55,5 olup, kullanmadan önce bilimsel kanıt isteyenlerin oranı %81,0 olması TAT yöntemlerini kullanan yakınların TAT yöntemleri bilimsel olarak kanıtlanırsa vicdanları rahatlayacağı için kanıt istedikleri şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamıza katılanların %94,8’i TAT yöntemleri konusunda doktordan danışmanlık almak istediklerini belirtmiştir. Bu oranlara bakarak aslında hastaların yarısından çoğunun TAT yöntemlerini aslında direk hastalıkları için değil bağışıklık sistemini güçlendirmek için, psikolojik olarak rahatlamak için gibi nedenlerle kullandığı, direk hastalık nedeni ile kullanmaları için çalışmaların yapılması gerektiğini düşündüğü ve bunun için doktorlardan bilgi almaya hazır olduklarını ve bunun için sağlık çalışanlarının bu konu hakkında daha fazla üzerine düşmeleri gerekmekte olduğu düşünülebilir. En azından hekimlerin kendi branşlarında sık görülen hastalıklar ile ilgili ya da etkileşebilecek TAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaları, hastalara kanıt dayalı bilgilerde bulunmalarını önermekteyiz.

Yöntemleri en çok aktardan temin ettikleri bulunmuştur. Ülkemizde 14/03/2016 tarihli 2164353 sayılı Müsteşarlık Makamının Onayı ile; Aktarlar, Baharatçılar ve Benzeri Dükkanlar hakkında 2016/8 sayılı Genelge yayımlanmıştır. Bu genelgede; aktar, baharatçı ve benzeri dükkanların sağlık ve hijyen kurallarına uygun şekilde faaliyet göstermesinin temini bakımından faaliyetlerini yürütmesi gereken usul ve esaslar belirtilmiştir. Bu usul ve esaslara göre; ürünlerin kapalı, muhafazalı kaplarda, hijyenik olarak saklanması, vitrinlerinde ürünlerin kullanım şekli ile herhangi bir bilgi olmaması, ürünlerin üzerinde ürünlerin Türkçe ve Latince isimlerinin yer alması ancak farmakolojik etkisi ile ilgili bilginin olmaması gerekmektedir. Ayrıca genelge de satılmaması gereken ürünler belirtilmiştir buna ek olarak listede yer alması da insan sağlığına zarar verecek miktarlarda etkili maddeler içeren ürünler satılması yasaktır. Aktar, baharatçı ve benzeri dükkanların açılması için İl Sağlık Müdürlüğü onayı gerekmektedir ve belli aralıklarla Müdürlükçe denetimi yapılmaktadır (155).

Çalışmamızda katılımcıların anket sorularına hekimden çekinme ve poliklinik bekleme sırasında olmaları nedeni ile doğru cevap vermemeleri/ eksik cevap vermeleri çalışmamızın sonuçlarını etkilemiş olabilir. Çalışmanın daha büyük gruplarla, daha uygun ortamda tekrarlanması daha ayrıntılı bilgilere ulaşmamızı sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri hem erişkinler hem de çocuklarda, hem dünyada hem de ülkemizde giderek kullanımı artmaktadır. Çocuklarda yapılan çalışmaların genelde belirli bir hastalık ya da bölüm üzerine olması bizi genel popülasyonda araştırma yapmaya yönlendirdi. Bizde üniversitemiz Çocuk Hastalıkları Polikliniklerine (genel çocuk, alerji ve immünoloji, gastroenteroloji, nöroloji, hematoloji, onkoloji, endokrinoloji, nefroloji, acil) başvuran hastalara anket uygulayarak değerlendirme yaptık.

TAT kullanımını ile; hastaların başvurdukları bölümler, kronik hastalık tanısı olup olmaması, cinsiyete, anne - baba yaşı/ öğrenim durumu/ mesleği, ailenin ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu da bize TAT kullanımını ile sosyodemografik özellik arasında fark olmadığını, başvuran her hastanın potansiyel TAT kullanıcı olabileceğini göstermektedir.

TAT kullanımını ile ilgili %69'u kullandığı yöntem ile ilgili sağlık çalışanına danışmamıştır. Danışmayanların %97,8'i buna gerek duymadığını bildirmiştir. TAT yöntemlerinin doğal kaynaklı olması masum ve zararsız olacağı yönünde aldatıcı bir maske takmaktadır.

Kullandıkları yöntem ile bilgiyi katılımcıların %62'si tavsiye üzerine öğrenirken, %50,3'ü medyadan öğrenmiştir. Son yıllarda basın/yayın organlarının daha çok hayatımıza girmesi, bilgiye daha kolay ulaşır olması ile insanların alternatif tedavi ile ilgili bilgileri medyadan elde etmesi kaçınılmazdır. Buna paralel olarak da bilgi kirliliği de artmıştır. Medya okuryazarlığının artışı ile bunun bir miktar önleneceğini düşünmekteyiz. Bu nedenlerle, bireylerin medyayı doğru okuyan, kendilerine iletilen mesajları belirli bir süzgeçten geçiren, medya kurumlarının işleyişini bilip, doğruyu yanlış ayırt edebilen kitleler oluşturmanın önemli olduğunu altını çizebiliriz.

En sık bağışıklık sistemini güçlendirmek amacı ile kullandığını saptanmıştır. Masum gibi görünen bu neden aslında bazı hastalıkların tedavisini engellemekte ya da geciktirmektedir.

Yöntemleri en çok aktardan temin ettikleri bulunmuştur. Aktar, baharatçı ve benzeri dükkanlardan ürün temin edileceğinde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından izin alınmış, denetimi yapılan yerlerden almaları önerilmektedir.

Şikayetlerini azaltmak için kullanan hastaların %92,7'si kullanımdan sonra şikayetlerinde azalma olduğunu bildirmiştir. Bu şikayetler arasında en sık olanlar ise kabızlık, öksürük, boğaz ağrısı gelmektedir.

Bu sonuçlar ışığında önerimiz; toplumun çoğunluğu tarafından kabul görülen/ kullanılan alan olan Tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi görmezden gelmemeliyiz, her başvuran bireye TAT kullanma durumu ayrıntılı biçimde sorgulanmadır, hastalar TAT yöntemleri hakkında ciddi bir şekilde bilgilendirilmelidir, bilimsel olarak kanıtlanmış, onaylanmış yöntemler uygun hastalara, uygun dozlarda, uygun zamanlarda önerilebilir. Ancak bu şekilde, TAT yöntemlerini ticari amaçlarla suistimal edenlere fırsat vermemiş oluruz. Sağlık çalışanları olarak görevimizin tüm insanların sağlığını korumak ve optimum seviyede tutmak olduğunu unutmamalıyız.



7. EKLER

7.1. EK-1 Etik Kurul Formu



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



| | | |
|----------------------|---------|--|
| Etik Kurul Bilgileri | Adı | Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu |
| | Adres | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kât 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ |
| | Telefon | 0262 303 74 50 |
| | Faks | 0262 303 74 63 |
| | E-Posta | gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr |

| | | | | | |
|-------------------|---------------------------------------|---|--|---|--|
| Başvuru Bilgileri | Araştırmacının Adı | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine Başvuran Çocuk Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) Kullanım Sıklığı ve Yakınlarının TAT Tutum ve Farkındalık Durumu | | | |
| | Araştırma Proje Numarası | KÜ GOKAEK 2017/328 | | | |
| | Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı | Doç. Dr. Tuncay Müge ALVUR | | | |
| | Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı | Aile Hekimliği | | | |
| | Araştırma Merkezi | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği | | | |
| | Destekleyici | | | | |
| | Araştırmacının Türü | Uzmanlık Tezi | | | |
| | Araştırmaya Katılan Merkezler | Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/> | Çok Merkezli <input type="checkbox"/> | Ulusal <input checked="" type="checkbox"/> | Uluslararası <input type="checkbox"/> |

| Değerlendirilen Belgeler | Belge Adı | Var | Yok | Açıklama |
|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|
| | Başvuru Dilekçesi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Başvuru Formu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Araştırmacının Türü | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anket Çalışması |
| | Araştırma Protokolü | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Kullanılacak Form Örnekleri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Aydınlatılmış Onam Formu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Araştırma Bütçesi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Literatür Örneği | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Taahhütname | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | İzin Belgeleri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Başhekimlik Onayı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Özgeçmişler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Değişiklik Bilgi Formu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Proje Sonuç Formu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Diğer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

| | | |
|------------|-----------------------|-------|
| Belge Kodu | Rev. Tarihi / No.su: | Sayfa |
| Onay formu | 18.10.2017/KOGOEK01.2 | 1/2 |

| | |
|-----------------|--|
| Karar Bilgileri | Karar No: KÜ GOKAEK 2017/16.13 Proje No: 2017/328 Tarih: 24/11/2017 |
| | Doç. Dr. Tuncay Müge ALVUR sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input checked="" type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.* |

| | |
|-------------|--|
| Dayanakları | Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi |
|-------------|--|

Etik Kurul Üyeleri

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile İlişki | | Toplantıda Bulunma | | İmza |
|---|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------|
| | | | E | K | E | H | E | H | |
| Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye | Genel Cerrahi | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye | Restoratif Diş Tedavisi | Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye | Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Canan Baydemir Üye | Biyostatistik | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Semil Selçen Göçmez Üye | Farmakoloji | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye | Histoloji ve Embriyoloji | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör | Tıp Tarihi ve Etik | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye | Biyokimya | Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |

* Gerekçe ve öneriler:

uygundur. 19.06.2018 sk

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

| | | |
|------------|-----------------------|-------|
| Belge Kodu | Rev. Tarihi / No.su: | Sayfa |
| Onay formu | 18.10.2017/KOGOEK01.2 | 2/2 |

7.2. EK-2 Çalışma İzin Yazıları

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİMDALİ BAŞKANLIĞINA

Araştırmacısı olduğum "Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Polikliniklerine Başvuran Çocuk Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi (TAT) Kullanım Sıklığı Ve Yakınlarının TAT tutum ve farkındalık durumu " isimli çalışmamın çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniği, çocuk hematoloji polikliniği, çocuk endokrinoloji polikliniği, çocuk onkoloji polikliniği, çocuk nöroloji polikliniği, çocuk gastroenteroloji polikliniğinde yürütülebilmesi için tarafınızdan izin arz ederim.

Amaç: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Polikliniklerine Başvuran Çocuk Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi(TAT) Kullanım Sıklığı Ve Yakınlarının TAT Tutum Ve Farkındalık Durumunu belirlemek.

Yöntem: Sosyodemografik özellikler, tamamlayıcı ve alternatif tedavi alma durumu (tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanıp kullanmadığı, kullanıyor ise hangi yöntemleri ne kadar zamandır hangi şikayetler için kullandığını, yöntem ile fayda/zarar görüp görmediğini) ve tamamlayıcı ve alternatif tıp ile ilgili görüşlerini içeren 44 soruluk anket katılımcılara yüzyüze görüşme ile uygulanacaktır. Anket doldurmadan önce hastadan aydınlatılmış onam alınacaktır.

Araştırma görevlisi Dr. Gülşah Uzun



Tez Sorumlu Hocası Doç. Dr. Tuncay Müge Alvr





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

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınızda araştırma görevlilerinden Dr Gülşah Uzun, çocuk polikliniklerine başvuran hastaların yakınlarının alternatif tedavi kullanım sıklığı ve bu konuda tutum ve farkındalığını araştırmayı hedefleyen anket çalışmasının yapılması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür. Bilgilerinize sunulur. Saygılarımla.

Prof Dr Nazan SARRER
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Nazan SARRER
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
Gözetmen: Dr. Gülşah Uzun
Dış No: 2007/405137-1538/10
Telefon: 11476012

7.3. EK-3 Onam Formu

T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL (İNVAZİV) OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın katılımcı, bu çalışmanın amacı; modern tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen, çeşitli sağlık bakım sistemleri, yöntemleri ve ürünleri olarak tanımlanan tamamlayıcı ve alternatif tedavinin günümüzde artarak devam eden kullanımıyla ilgili çocuk hastalardaki kullanım sıklığını, hangi yöntemlerin kullanıldığı, hangilerinden fayda/zarar görüldüğü ve hasta yakınlarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi ile ilgili görüşlerini, düşüncelerini öğrenmektir.

Sizin bu çalışmada yer almanız tamamen rastlantısalıdır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak istediğinizi beyan edebilirsiniz. Çalışmaya katılmanız durumunda ekte yer alan anket sorularını eksiksiz cevaplamanızı istiyoruz. Çalışmadan elde edilen kimlik bilgileriniz de dahil olmak üzere diğer tüm bilgiler sorumlu araştırmacılar da saklı tutulacak ve sadece araştırmanın bilimsel sonuçlarının yayınlanması amacıyla kullanılacaktır. Anketin uygulamasını kabul etmeniz onam verdiğiniz anlamına gelmektedir

Bu araştırma ile ilgili karşılaşılabileceğiniz her türlü soru ve sorunla ilgili olarak Doç.Dr. Müge ALVUR veya Dr. Gülşah UZUN (Aile Hekimliği Anabilim Dalı -303 7527) ile görüşebilirsiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya katılan araştırmacılar: Doç. Dr.Tuncay Müge ALVUR (Aile Hekimliği A.D.)

Araş. Gör. Dr. Gülşah UZUN (Aile Hekimliği A.D.)

7.4. EK-4 Anket Formu

Tarih:

Anketin doldurulduğu bölüm:

Hastanın şikayeti:

A.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- 1) Anketi dolduran kişi: Anne Baba Kardeş Diğer (.....)
- 2) Çocuğun doğum tarihi: (gün/ay/yıl)
- 3) Çocuğun cinsiyeti: Kız Erkek
- 4) Tanılı hastalık var mı?
 Evet ise tanıyı ve ne zamandır tanılı olduğunu belirtiniz.....
.....
 Hayır
- 5) Ameliyat öyküsü var mı?Evet ise ne olduğunu belirtiniz
Hayır
- 6) Çocuğun son 1 yılda hastalığı nedeni ile hastanede yatarak tedavi gördüğü ve/veya hastalığı nedeni ile okula gidemediği oldu mu?
 Evet ise süreleri belirtiniz
 Hayır
- 7) Anne ve/veya baba çalışıyorlarsa son 1 yılda çocuğun hastalığından dolayı işe gidemediği oldu mu?Evet ise süreyi belirtiniz
Hayır
- 8) Annenin yaşı:
- 9) Anne öğrenim durumu: Okur yazar değil Okur yazar İlkokul
Ortaokul Lise Üniversite
- 10) Baba yaşı:
- 11) Baba öğrenim durumu: Okur yazar değil Okur yazar İlkokul
Ortaokul Lise Üniversite
- 12) Anne mesleği: Ev hanımı Çiftçi İşçi Esnaf
Memur Emekli Öğrenci Diğer (.....)
- 13) Baba mesleği: Çiftçi İşçi Esnaf Memur
Emekli İşsiz Öğrenci Diğer (.....)

- 14) Aile tipi: Çekirdek Geniş Dağılmış
- 15) Ailenin toplam çocuk sayısı:
- 16) Hanedeki yaşayan sayısı:
- 17) Ailenizin sosyal güvencesi nedir? SGK Özel sigorta Yok
- 18) Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?
- Gelir giderden fazla
- Gelir ile gider eşit
- Gelir giderden az
- 19) Hanenizin aylık geliri yaklaşık ne kadardır?
- 0-1500 TL
- 1501-4500 TL
- 4501-7500 TL
- 7501 ve üzeri
- 20) Eviniz kendinize mi ait? Evet Kira Diğer (.....)

B. TAMAMLAYICI ALTERNATİF TEDAVİ ALMA DURUMU

1. Çocuğunuzun hastalığına yönelik tamamlayıcı / alternatif tedavi yöntem / yöntemlerini kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır (Cevabınız hayır ise 16. soruya geçiniz)

2. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntem/yöntemleri olarak hangilerini tercih ediyorsunuz ve ne kadar süredir kullanıyorsunuz? (Birden fazla şık seçilebilir) (Kullanma sürelerini şıkların yanında ki noktalı alanlarda belirtiniz)

- 1) Bitkisel yöntemler (kullandığınız yöntemlerin ne olduğunu süreleriyle beraber belirtiniz)
- Bitki çayları.....
- Bitkisel yağlar.....
- Bitki karışımlar.....
- Macunlar.....
- Pekmez.....
- Kullanmıyor

2) Belirli bir beslenme programı kullanma:

- Vitaminler Protein ağırlıklı beslenme
- Akdeniz tipi Ekmekten yoksun-Karatay
- Diğer Kullanmıyor

3)Hayvansal ürünler Arıpoleni..... Bildircin yumurtası

Köpek balığı kıkırdağı Diğer.....

Arı sütü Kullanmıyor

4)Yoga/Reiki Kullanmıyor

5)Akupunktur/Manyetik alan tedavisi Kullanmıyor

6)Sanatsal aktiviteler: Müzik Dans

Resim Diğer

Kullanmıyor

7)Dini inançlar/dini uygulamalar

- Dua etmek
- Hocaya okutmak
- Muska takmak
- Kullanmıyor

8)Geleneksel uygulamalar

- Sülük uygulama
- Kupa çektirme
- Kullanmıyor

9)Diğer(Açıklayınız)

.....

3.Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı için doktorunuza danıştınız mı?

- Evet Kullanmamı onayladı
- Kullanmamı onaylamadı
- Fikir belirtmedi
- Hayır Olumsuz tepki vereceğini düşündüm
- Gerek duymadım

4. Kullandığınız yöntem/yöntemlerden doktorunuz dışındaki sağlık personelinin (hemşire, hastabakıcı vs) haberi var mı?

- Hayır
 Evet (Cevabınız evet ise kim olduğunu belirtiniz

5. Bu yöntem/yöntemleri ne amaçla kullanıyorsunuz?(birden fazla şık seçilebilir)

- Doktorun uyguladığı tedavi yerine
 Şikayetleri azaltmak için (Şikayetlerinizi belirtiniz)
 Tedavinin yan etkilerini azaltmak için
 Bağışıklık sistemini güçlendirmek
 Tedaviyi destekleyici olarak
 Psikolojik olarak rahatlamak için
 Hastalığa karşı her şeyi yapmak için
 Diğer

6. Tamamlayıcı ve alternatif tedavinin amacınıza yönelik faydası oldu mu?

- Fikrim yok Etkili olmadı Az etkili oldu
 Etkili oldu Çok etkili oldu

7. Faydalı oldu ise en çok hangi yöntem/yöntemlerin faydası oldu?

.....

8. Bu yöntem/yöntemleri kullandıktan sonra şikayetlerinizde azalma oldu mu?

- Hayır
 Evet (Hangi şikayetlerde azalma oldu?

9. Kullandı iseniz tamamlayıcı ve alternatif tedavinin yan etkileri (zararı) oldu mu?

- Fikrim yok Zararı olmadı Az zararı oldu
 Zararı oldu Çok zararı oldu

10. Zararlı oldu ise en çok hangi yöntem/yöntemlerin zararı oldu?

.....

11. Bu zarar neydi? :.....
.....

12. Bu yöntem/yöntemlerden hakkında nasıl bilgi aldınız? (Birden fazla şık seçilebilir)

- Doktor Hemşire Hastabakıcı Televizyon Radyo
 Gazete Dergi İnternet Eczaneden Arkadaş tavsiyesi
 Bu yöntemi kullanan başka bir hasta tavsiyesi
 Diğer (Açıklayınız)

13. Bu yöntem/yöntemleri nasıl temin ediyorsunuz?

- Aktardan alıyorum Eczanelerden alıyorum
 Doğadan kendim topluyorum İnternette alıyorum
 Marketten Pazardan
 Diğer (Açıklayınız

14. Bu yöntem/yöntemleri kullanmaya sizi yönlendiren neler oldu? (birinin önerisi, her şeyi yapmak için,

15. Bu yöntem/yöntemler için ayda ortalama ne kadar para harcıyorsunuz?

- 50 lira ve altı 50-100 lira arası
 100-250 lira arası 250 lira ve üstü

16. Tedaviyi desteklemek için yaptığınız diyet var mı?

- Hayır
 Evet (diyetinizi tarif eder misiniz?)

ALTERNATİF TIP UYGULAMALARI İLE İLGİLİ GÖRÜŞLER

1. Alternatif tedavi yöntemleri insanların doğru tıbbi tedavi almalarını geciktirir.
 Doğru Yanlış
2. Alternatif tedavi yöntemleri ancak tıbbi tedavinin yetersiz olduğu yerde son seçenek olarak kullanılmalıdır. Doğru Yanlış
3. Doktora başvurmadan önce alternatif tedavi yöntemlerini uygulamak gerekir.
 Doğru Yanlış
4. Alternatif tedavi yöntemleri vücudu savunmaya hazırlar ve tıbbi tedaviye daha iyi cevap verir. Doğru Yanlış
5. Alternatif tedavi yöntemleri ancak basit hastalıklar için kullanılabilir, ağır ciddi hastalıklarda kullanılmaz. Doğru Yanlış
6. Alternatif tedavi yöntemleri tıbbi tedavi kadar etkilidir.
 Doğru Yanlış
7. Alternatif tedavi yöntemleri tedavi edici olarak kullanılmadan önce daha çok bilimsel kanıt elde edilmelidir. Doğru Yanlış
8. Alternatif tedavi yöntemleri hakkında kimden danışılmalıdır?
 Doktor Hemşire Hastabakıcı Eczacı
 Daha önceden hastalığı geçiren kişiler
 Diğer.....

8. KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Dokken D, Sydnor-Greenberg N. Exploring complementary and alternative medicine in pediatrics: parents and professionals working together for new understanding. *Pediatric Nursing*. 2000;26(4):383.
2. Ernst E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bulletin of the world health organization*. 2000;78:258-66.
3. Sandler Ad Bds, Wc C, et al. Counseling families who choose complementary and alternative medicine for their child with chronic illness or disability. *Pediatrics*. 2001;107(3):598-601.
4. Suzuki N. Complementary and alternative medicine: a Japanese perspective. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2004;1(2):113-8.
5. Organization WH. Legal status of traditional medicine and complementar. 2001;
6. Tokaç M. Geleneksel tıbbi akademik yaklaşım: GETTAM. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg*. 2013;28:82-5.
7. Report of the IBC on traditional medicine systems and their ethical implications; 2013. :25.
8. Defining and describing complementary and alternative medicine. Panel on Definition and Description, CAM Research Methodology Conference, April 1995. *Altern Ther Health Med*. Mart 1997;3(2):49-57.
9. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*. 2008;18(1).
10. Karadeniz C. Cancer and alternative therapy. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*. 2000;9(1):1.
11. Yıldız İ. Kanser hastalarında tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanımı. *Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye*. 2006;
12. Angell M, Kassirer JP. Alternative Medicine — The Risks of Untested and Unregulated Remedies. *New England Journal of Medicine*. 17 Eylül 1998;339(12):839-41.
13. Brigden ML. Unproven cancer therapies: A multi-headed hydra. *Annals-Royal College Of Physicians And Surgeons Of Canada*. 1998;31:9-18.
14. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, vd. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *Jama*. 1998;280(18):1569-75.
15. Gaudet TW. Integrative medicine: the evolution of a new approach to medicine and to medical education. *Integrative Medicine*. 1998;11:67-73.
16. Rafferty AP, McGee HB, Miller CE, Reyes M. Prevalence of complementary and alternative medicine use: state-specific estimates from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *American Journal of Public Health*. 2002;92(10):1598-600.
17. Vallerand AH, Fouladbakhsh JM, Templin T. The use of complementary/alternative medicine therapies for the self-treatment of pain among residents of urban, suburban, and rural communities. *American Journal of Public Health*. 2003;93(6):923-5.
18. Karahancı ON, Öztoprak ÜY, Ersoy M, Zeybek Ünsal Ç, Hayırlıdağ M, Örnek Büken N. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği ile yönetmelik taslağı'nın karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 2015;2(2):117-26.
19. Lu Y, Hernandez P, Abegunde D, Edejer T. The world medicines situation 2011. *Medicine expenditures World Health Organization, Geneva*. 2011;
20. World Health Organization. (31 March 2003). *Traditional Medicine Report (Report no: A56/18)*. Geneva: World Health Organization. s:1-4.

21. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, vd. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of oncology*. 2005;16(4):655-63.
22. Ceylan S, Azal Ö, Taşlipinar A, Türker T, Açikel CH, Gulec M. Complementary and alternative medicine use among Turkish diabetes patients. *Complementary therapies in medicine*. 2009;17(2):78-83.
23. Haliloglu B, İşgüven P, Yıldız M, Arslanoğlu İ, Ergüven M. Complementary and Alternative Medicine in Children with Type 1 Diabetes Mellitus. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. Eylül 2011;3(3):139-43.
24. Arıkan D, Sivrikaya SK, Olgun N. Complementary alternative medicine use in children with type 1 diabetes mellitus in Erzurum, Turkey. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(15):2136-44.
25. Çetin OB. Eskişehir’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Sosyoekonomi*. 2007;6(6).
26. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(2):112-22.
27. Özcebe H, Sevcen F. Çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi konu alan araştırmaların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2009;52:283-194.
28. Davis MP, Darden PM. Use of complementary and alternative medicine by children in the United States. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2003;157(4):393-6.
29. Loman DG. The use of complementary and alternative health care practices among children. *Journal of Pediatric Health Care*. 2003;17(2):58-63.
30. Barnes P, Bloom B. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl Heal Stat Rep*. 2008;12:1–24.
31. Simpson N, Roman K. Complementary medicine use in children: extent and reasons. A population-based study. *Br J Gen Pract*. 2001;51(472):914-6.
32. Zollman C, Vickers A. ABC of complementary medicine: Users and practitioners of complementary medicine. *BMJ: British Medical Journal*. 1999;319(7213):836.
33. Ernst E. The role of complementary and alternative medicine. *BMJ: British Medical Journal*. 2000;321(7269):1133.
34. Chang KH, Brodie R, Choong MA, Sweeney KJ, Kerin MJ. Complementary and alternative medicine use in oncology: a questionnaire survey of patients and health care professionals. *BMC cancer*. 2011;11(1):196.
35. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What’s In a Name? NCCIH. 2011 [Erişim 16 Ekim 2018]. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
36. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. [Erişim 27 Eylül 2018]. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>
37. Horasanlı E, Burhanettin U, AYTEKİN YE. Medikal akupunktur. *Yeni Tıp Dergisi*. 2008;25(2):70.
38. Özçelik H, Fadiloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*. 24(1):48-52.
39. Yavuz M. Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1st edition, FE Aslan (Editor). 2006;42:135-47.
40. Bulut İ. Ankara üniversitesi tıp fakültesi çocuk onkoloji hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım sıklığı ve özellikleri, *Uzmanlık Tezi*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 2016.
41. Cabioğlu MT, Ergene N. Akupunkturun etki mekanizmaları ve klinik uygulamaları. *Genel Tıp Dergisi*,(13). 2003;1:35-40.

42. Ernst E. The usage of complementary therapies by dermatological patients: a systematic review. *British journal of dermatology*. 2000;142(5):857-61.
43. Chen C-J, Yu H-S. Acupuncture, electrostimulation, and reflex therapy in dermatology. *Dermatol Ther*. 2003;16(2):87-92.
44. Kalyon TA. Akupunktur Tedavisi. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2007;53.
45. Guidelines for Clinical Research on Acupuncture. [Erişim16 Ekim 2018]. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2948e/>
46. White AR, Filshie J, Cummings TM. Clinical trials of acupuncture: consensus recommendations for optimal treatment, sham controls and blinding. *Complementary therapies in medicine*. 2001;9(4):237-45.
47. Akupunktur Tedavisi Uygulanması Hakkında 17.09.2002 ilk yönetmelik. [Erişim 23 Eylül 2018]. <http://www.akupunkturvetamamlayicitip.org/akupunktur-tedavisi-uygulanmasi-hakkinda-17-09-2002-da-ilk-yonetmelik>
48. Çubukçu B, Meriçli AH, Mat A, Sarıyar G, Sütlüpnar N, Meriçli F. *Fitoterapi*. İ.Ü. Eczacılık Fakültesi Yayın No: 79, İstanbul, 2002.
49. Şarışen Ö, Çalışkan D. *Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat (!)*. Sted. 2005;14(8):182-7.
50. Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine: herbal medicine. *BMJ: British Medical Journal*. 1999;319(7216):1050.
51. Özbek H. Cinsel ve jinekolojik sorunların tedavisinde bitkilerin kullanımı. *Van Tıp Dergisi*. 2005;12(2):170-4.
52. Sheikh NM, Philen RM, Love LA. Chaparral-associated hepatotoxicity. *Archives of internal medicine*. 1997;157(8):913-9.
53. Woolf GM, Petrovic LM, Rojter SE, Wainwright S, Villamil FG, Katkov WN, vd. Acute hepatitis associated with the Chinese herbal product jin bu huan. *Annals of internal medicine*. 1994;121(10):729-35.
54. Mostefa-Kara N, Pauwels A, Pines E, Biour M, Levy V. Fatal hepatitis after herbal tea. *The Lancet*. 1992;340(8820):674.
55. Miller LG. Herbal medicinals: selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interactions. *Archives of internal medicine*. 1998;158(20):2200-11.
56. Linde K, Ramirez G, Mulrow CD, Pauls A, Weidenhammer W, Melchart D. St John's wort for depression—an overview and meta-analysis of randomised clinical trials. *Bmj*. 1996;313(7052):253-8.
57. Gözüm S, Arıkan D, Büyükavcı M. Complementary and alternative medicine use in pediatric oncology patients in eastern Turkey. *Cancer Nurs*. Şubat 2007;30(1):38-44.
58. Gamsızkan Z, Kurt E, Yücel A, Kartal M. Hekimlerin fitoterapi ürünlerine bakış açısı. *J Clin Anal Med*. 2011;2:1-3.
59. Karadeniz C, Pınarlı FG, Oğuz A, Gürsel T, Canter B. Complementary/alternative medicine use in a pediatric oncology unit in Turkey. *Pediatric blood & cancer*. 2007;48(5):540-3.
60. Aversa R, Petrescu RV, Apicella A, Petrescu FI. About homeopathy or« Similia similibus curentur». *American Journal of Engineering and Applied Sciences*. 2016, 9 (4): 1164.1172.
61. İlhan F. Stay Healthy with Homeopathy. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*. 2018;1(1):29-34.
62. Milgrom LR. Homeopathy and the new fundamentalism: a critique of the critics. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2008;14(5):589-94.

63. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine. McWhinney, Freeman. Textbook of Family Medicine. Türkçe Çevirisi 1. Baskı 2012,18.
64. Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine: homoeopathy. BMJ: British Medical Journal. 1999;319(7217):1115.
65. Mathie RT, Robinson TW. Outcomes from homeopathic prescribing in medical practice: a prospective, research-targeted, pilot study. Homeopathy. 2006;95(4):199-205.
66. Jacobs J, Jonas WB, Jimenez-Perez M, Crothers D. Homeopathy for childhood diarrhea: combined results and metaanalysis from three randomized, controlled clinical trials. The Pediatric infectious disease journal. 2003;22(3):229-34.
67. Kartopu A. Dinler tarihinde dinin tarifiyle ilgili farklı görüşler. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana. 2009.
68. Köksoy S. Yataklı sağlık kuruluşlarında çalışan doktor, hemşire ve ebelerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları. Mersin Üniversitesi; 2008.
69. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? The Nursing Clinics of North America. 2003;38(3):495-508.
70. Gray RE, Fitch M, Goel V, Franssen E, Labrecque M. Utilization of complementary/alternative services by women with breast cancer. Journal of health & social policy. 2003;16(4):75-84.
71. Nazar KY. Nazara karşı tuzla yapılan pratikler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 2002;2:558-61.
72. Seeman TE, Dubin LF, Seeman M. Religiosity/spirituality and health: a critical review of the evidence for biological pathways. American psychologist. 2003;58(1):53.
73. Meisenhelder JB, Chandler EN. Faith, prayer, and health outcomes in elderly Native Americans. Clinical Nursing Research. 2000;9(2):191-203.
74. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. Adv Data. 27 Mayıs 2004;(343):1-19.
75. Friedman T, Slayton WB, Allen LS, Pollock BH, Dumont-Driscoll M, Mehta P, vd. Use of alternative therapies for children with cancer. Pediatrics. 1997;100(6).
76. Sood A, Ebbert JO, Sood R, Stevens SR. Complementary treatments for tobacco cessation: a survey. Nicotine & Tobacco Research. 2006;8(6):767-71.
77. Pilkington K, Rampes H, Richardson J. Complementary medicine for depression. Expert Rev Neurother. Kasım 2006;6(11):1741-51.
78. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Richardson J. Yoga for depression: the research evidence. J Affect Disord. Aralık 2005;89(1-3):13-24.
79. Saper RB, Sherman KJ, Cullum-Dugan D, Davis RB, Phillips RS, Culpepper L. Yoga for chronic low back pain in a predominantly minority population: a pilot randomized controlled trial. Alternative therapies in health and medicine. 2009;15(6):18.
80. Michalsen A, Bock S, Lütke R, Rampp T, Baecker M, Bachmann J, vd. Effects of traditional cupping therapy in patients with carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. The journal of pain. 2009;10(6):601-8.
81. Farhadi K, Schwebel DC, Saeb M, Choubsaz M, Mohammadi R, Ahmadi A. The effectiveness of wet-cupping for nonspecific low back pain in Iran: a randomized controlled trial. Complementary therapies in medicine. 2009;17(1):9-15.

82. El Sayed SM, Mahmoud HS, Nabo MMH. Methods of wet cupping therapy (Al-Hijamah): in light of modern medicine and prophetic medicine. *Alternative & Integrative Medicine*. 2013;1-16.
83. Bamfarahnak H, Azizi A, Noorafshan A, Mohagheghzadeh A. A tale of Persian cupping therapy: 1001 potential applications and avenues for research. *Complementary Medicine Research*. 2014;21(1):42-7.
84. Okumuş, Müyesser. "Kupa Tedavisi ve Hacamat. " *Ankara Medical Journal* 16.4.
85. Kemper KJ, Sarah R, LicAc MPH, Silver-Highfield E, Xiarhos E, Barnes L, vd. On pins and needles? Pediatric pain patients' experience with acupuncture. *Pediatrics*. 2000;105(Supplement 3):941-7.
86. Al-Rubaye KQA. The clinical and histological skin changes after the cupping therapy (Al-Hijamah). *J Turk Acad Dermatol*. 2012;6(1):1261a1.
87. Kim T-H, Kang JW, Kim KH, Lee MH, Kim JE, Kim J-H, vd. Cupping for treating neck pain in video display terminal (VDT) users: a randomized controlled pilot trial. *Journal of occupational health*. 2012;54(6):416-26.
88. Al-Jawad M, Saeed AM, Badawy AE, Elfattah N. Evaluation of wet cupping therapy [Hijama] as an adjuvant therapy in the management of bronchial asthma. *Indian J Physiother Occup Ther*. 2011;5:122-6.
89. Ötleş S. Bal ve bal teknolojisi (Kimyası ve Analizleri) Alaşehir Meslek Yüksekokulu Yayınları. Yayın; 1995.
90. Ulusoy E. Bal ve apiterapi. *Uludağ Arıcılık Dergisi*. 2012;2012(3).
91. Uygulamalar. [Erişim16 Ekim 2018]. <http://getatportal.saglik.gov.tr/TR,8506/uygulamalar.html>
92. Meda A, Lamien CE, Romito M, Millogo J, Nacoulma OG. Determination of the total phenolic, flavonoid and proline contents in Burkina Fasan honey, as well as their radical scavenging activity. *Food chemistry*. 2005;91(3):571-7.
93. Molan P, Betts JA. Clinical usage of honey as a wound dressing: an update. *Journal of wound care*. 2004;13(9):353-6.
94. El Denshary ES, Al-Gahazali MA, Mannaa FA, Salem HA, Hassan NS, Abdel-Wahhab MA. Dietary honey and ginseng protect against carbon tetrachloride-induced hepatonephrotoxicity in rats. *Experimental and Toxicologic Pathology*. 2012;64(7-8):753-60.
95. Syazana MSN, Halim AS, Gan SH, Shamsuddin S. Antiproliferative effect of methanolic extraction of tualang honey on human keloid fibroblasts. *BMC complementary and alternative medicine*. 2011;11(1):82.
96. Paul IM, Beiler J, McMonagle A, Shaffer ML, Duda L, Berlin CM. Effect of honey, dextromethorphan, and no treatment on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2007;161(12):1140-6.
97. Shadkam MN, Mozaffari-Khosravi H, Mozayan MR. A comparison of the effect of honey, dextromethorphan, and diphenhydramine on nightly cough and sleep quality in children and their parents. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2010;16(7):787-93.
98. Çelemlı Ö, Özkırım A. Bal arılarından gelen sağlık: propolis. *Bilim ve Teknik*. 2011;(526):28-31.
99. Sezer E, ATICI E. Selçuklu ve Osmanlılarda müzikle tedavi yapılan hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010;36(1):29-32.
100. Yener YA. Müziğin çocuklar ve yaşlılar için önemi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2011;29(29):119-24.
101. Doğan B. *Avrupada müzikle tedavi*. İstanbul: Ezgi Yayıncılık. 2006.

102. Müzikterapi Sertifikalı Eğitim Programı Standartları Hakkında Duyuru. [Erişim 02 Ekim 2018]. <http://www.shgm.saglik.gov.tr/TR,12741/muzikterapi-sertifikali-egitim-programi-standartlari-hakkinda-duyuru.html>
103. Suhartini S. Effectiveness of music therapy toward reducing patient's anxiety in intensive care unit. *Nurse media journal of nursing*. 2010;2(1).
104. Yildirim S, Gürkan A. Müzigin, kemoterapi yan etkilerine ve kaygi düzeyine etkisi*/The influence of music on anxiety and the side effects of chemotherapy. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8(1):37.
105. Babacan A, Alcali D. Ağrı hastalarında müzikoterapinin etkinliği, Gazi Üniversitesi. Yayınlanmamış Makale, Ankara. 2008.
106. Guney E, İşeri E, Güvenç O. Otistik bozukluklu çocuklarda müzik terapisi. *Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi*. 2009;14-7.
107. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. [Erişim 02 Ekim 2018]. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130816-16.htm>
108. Rautiainen S, Manson JE, Lichtenstein AH, Sesso HD. Dietary supplements and disease prevention—a global overview. *Nature Reviews Endocrinology*. 2016;12(7):407.
109. Shane-McWhorter L. Dietary supplements for diabetes: an evaluation of commonly used products. *Diabetes Spectrum*. 2009;22(4):206-13.
110. Geller AI, Shehab N, Weidle NJ, Lovegrove MC, Wolpert BJ, Timbo BB, vd. Emergency department visits for adverse events related to dietary supplements. *New England Journal of Medicine*. 2015;373(16):1531-40.
111. Bailey RL, Gahche JJ, Miller PE, Thomas PR, Dwyer JT. Why US adults use dietary supplements. *JAMA internal medicine*. 2013;173(5):355-61.
112. Atalay D, Erge HS. Gıda takviyeleri ve sağlık üzerine etkileri. *Food And Health*. 2018;4(2):98-111.
113. Harding KL, Judah RD, Gant CE. Outcome-based comparison of Ritalin® versus food-supplement treated children with AD/HD. *Alternative Medicine Review*. 2003;8(3):319-30.
114. Yetley EA. Multivitamin and multiminerall dietary supplements: definitions, characterization, bioavailability, and drug interactions—. *The American journal of clinical nutrition*. 2007;85(1):269S-276S.
115. Scott JA, Kearney N, Hummerston S, Molassiotis A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer: a UK survey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2005;9(2):131-7.
116. Lee MM, Lin ss, wrensch mr, adler sr, eisenberg d. Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. *Journal of the national cancer institute*. 2000;92(1):42-7.
117. Eseceli H, Değirmencioğlu A, Kahraman R, Üniv B, Bandırma MYO, Bandırma EEP. Omega yağ asitlerinin insan sağlığı yönünden önemi. *Türkiye*. 2006;9:24-6.
118. omega-3-6-9-yag-asitleri-ve-saglik-uzerine-etkileri-doc-dr-gamze-akbulut.pdf. [Erişim 07 Ekim 2018]. <http://www.aeo.org.tr/omega-3-6-9-yag-asitleri-ve-saglik-uzerine-etkileri-doc-dr-gamze-akbulut.pdf>
119. Ward OP, Singh A. Omega-3/6 fatty acids: alternative sources of production. *Process Biochemistry*. 2005;40(12):3627-52.
120. Jatoi A, Rowland K, Loprinzi CL, Sloan JA, Dakhil SR, MacDonald N, vd. An eicosapentaenoic acid supplement versus megestrol acetate versus both for patients with cancer-associated wasting: a North Central Cancer Treatment Group and National Cancer Institute of Canada collaborative effort. *Journal of Clinical Oncology*. 2004;22(12):2469-76.

121. Kar S, Wong M, Rogozinska E, Thangaratinam S. Effects of omega-3 fatty acids in prevention of early preterm delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized studies. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016;198:40-6.
122. Kaya Y, Duyar HA, Erdem ME. Balık yağ asitlerinin insan sağlığı için önemi. *Su Ürünleri Dergisi* 21 (3-4): 365-370
123. Keys A. Coronary heart disease in seven countries. *Circulation*. 1970;41(1):186-95.
124. Keys A, Fidanza F, Scardi V, Bergami G, Keys MH, Di Lorenzo F. Studies on serum cholesterol and other characteristics of clinically healthy men in Naples. *AMA archives of internal medicine*. 1954;93(3):328-36.
125. Ersoy G, Özdemir G. Akdeniz diyetinin sağlığa yararları. *Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences*. 2010;22(1):75-84.
126. Harwood JL, Yaqoob P. Nutritional and health aspects of olive oil. *European Journal of Lipid Science and Technology*. 2002;104(9-10):685-97.
127. Bayram B, Özçelik B. Zeytinyağının biyoaktif bileşenleri ve sağlık üzerine yararları. *Akademik Gıda*. 2012;10(1):77-84.
128. Arslan E, Seven Ü, Güçer Ş. Zeytinyağının beslenmedeki önemi. I.Ulusal Zeytin Öğrenci Kongresi 17-18 Mayıs 2008 / Edremit-Balıkesir.
129. İmamli H, Akça F. Probiyotik kullanımının sağlığa ve sportif performansa etkileri. *Sportmetre*, 2018,17(2),196-208.
130. Chávarri M, Marañón I, Villarán MC. Encapsulation Technology To Protect Probiotic Bacteria. İçinde: *Probiotics*. InTech; 2012:501-40.
131. Akan E, Kınık Ö. Gıda üretimi ve depolanması sırasında probiyotiklerin canlılıklarını etkileyen faktörler-Factors Effecting Probiotic Viability During Processing and Storage of Food. *Celal Bayar Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*. 11(2).
132. Markowiak P, Ślizewska K. Effects of probiotics, prebiotics, and synbiotics on human health. *Nutrients*. 2017;9(9):1021.
133. Karatepe P, Yalçın H. Kefirli sağlık. *Iğdır Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 30 Haziran 2014;4(2):23-30.
134. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. [Erişim 07 Ekim 2018]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/02/20090216-8.htm>
135. Odet G. Fermented milks. *Bulletin-International Dairy Federation*. 1995;(300):98-100.
136. Zubillaga M, Weill R, Postaire E, Goldman C, Caro R, Boccio J. Effect of probiotics and functional foods and their use in different diseases. *Nutrition Research*. 2001;21(3):569-79.
137. Gödekmerdan A, Arusan S, Bayar B, Sağlam N. Tıbbi sülükler ve hirudoterapi. *Türkiye Parazitol Derg*. 2011;35:234-9.
138. Ayhan H, Mollahaliloğlu S, AD HS. Tıbbi sülük tedavisi: hirudoterapi. *Ankara Medical Journal*. 2018;(1):141-8.
139. Doğan HD. Ellerin İyileştirme sanatı: refleksoloji. *Eur J Basic Med Sci*. 2014;4(4):89-94.
140. Kurt S, Can G. Refleksoloji ve kullanım alanları. *Sağlıkla*; 2013.
141. Jean D, Cyr C. Use of complementary and alternative medicine in a general pediatric clinic. *Pediatrics*. 2007;120(1):e138-41.
142. Low E, Murray DM, O'Mahony O, Hourihane J. Complementary and alternative medicine use in Irish paediatric patients. *Irish journal of medical science*. 2008;177(2):147-50.

143. Zuzak TJ, Zuzak-Siegrist I, Simões-Wüst AP, Rist L, Staubli G. Use of complementary and alternative medicine by patients presenting to a paediatric Emergency Department. *European journal of pediatrics*. 2009;168(4):431-7.
144. Van Dam FS, Renckens CN. The use of complementary and alternative medicine in children at a general paediatric clinic and parental reasons for use. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2006;150(27):1539.
145. Ozturk C, Karayagiz G. Exploration of the use of complementary and alternative medicine among Turkish children. *Journal of clinical nursing*. 2008;17(19):2558-64.
146. Taşar MA, Potur ED, Kara N, Bostancı İ, Dallar Y. Düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarına tamamlayıcı veya alternatif tıp uygulamaları: Ankara Hastanesi verileri. *Turkish Journal of Pediatric Disease*. 2011;5(2):8.
147. Giray Bozkaya Ö, Akgün İ, Birgi E, Çinkoğlu A, Gög K, Karadeniz D. Anne babaların çocuklarında uyguladıkları alternatif tıp yöntemleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008;22(3):129-35
148. Tuncel T, Şen V, Kelekçi S, Karabel M, Şahin C, Uluca Ü, vd. Kronik hastalığı olmayan çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Türk Ped Ars*. 2014;49:148-53.
149. Orhan F, Sekerel BE, Kocabas CN, Sackesen C, Adalioglu G, Tuncer A. Complementary and alternative medicine in children with asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2003;90(6):611-5.
150. Jan MM, Basamh MS, Bahassan OM, Jamal-Allail AA. The use of complementary and alternative therapies in Western Saudi Arabia. *Saudi medical journal*. 2009;30(5):682-6.
151. Muslu GK, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2008;51:62-67.
152. Akbulut UE, Çakır M. Fonksiyonel gastrointestinal problemi olan çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2015;58:17-22.
153. Bülbül SH, Turgut M, Köylüoğlu S. Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri. 2009;8.
154. RTÜK. 10 Soruda Medya Okuryazarlığı. [Erişim 14 Ekim 2018]. <http://www.medyaokuryazarligi.gov.tr/sorular.php>
155. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. [Erişim 14 Ekim 2018]. <https://www.titck.gov.tr/Duyurular/DuyuruGetiri?d=2538>