

DÜŞÜK GELİR DÜZEYİNE SAHİP AİLELERİN ÇOCUKLARINA TAMAMLAYICI VEYA ALTERNATİF TIP UYGULAMALARI: ANKARA HASTANESİ VERİLERİ

THE COMPLEMENTARY OR ALTERNATIVE MEDICINE PRACTICES IN CHILDREN OF LOW-INCOME FAMILIES: DATA OF ANKARA HOSPITAL

M. Ayşin TAŞAR¹, E. Derya POTUR¹, Nursel KARA¹, İlknur BOSTANCI², Yıldız DALLAR¹

¹ S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

² S.B. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Giriş: Ülkemizde düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarına uyguladıkları “Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp” (TAT) yöntemleri hakkında yapılmış çalışma yoktur. Bu çalışma, düşük gelir düzeyine sahip ailelerin TAT uygulamalarını araştırmak için planlandı.

Materyal-metot: Çocuk Polikliniğine başvuran ebeveynlere anket formu uygulandı. Demografik özellikler ve TAT uygulamaları sorgulandı.

Bulgular: Polikliniğe başvuran 0-15 yaş arası 500 çocuğun ebeveynine anket uygulandı. Ailelerin gelir düzeyi yoksulluk sınırının altındaydı.

Ailelerin %87’si TAT yöntemleri kullandıklarını ifade ettiler. TAT başlama yaşı ortancası 0.0 yıl (0-5) olarak saptandı ve ailelerin %52’si yenidoğan döneminde uygulamaya başlamıştı. TAT uygulamalarının en sık nedeni kabızlıktı (n=282).

En sık kullanılan TAT uygulamaları bitki çayı içirme (n=156), zeytin/badem yağı içirme (n=140) idi. Anne ve baba eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0.000).

Tartışma: Bu çalışmada düşük gelir düzeyine sahip olan ve başkentte yaşayan hasta grubunda TAT uygulamalarının yenidoğan döneminden itibaren başladığı ve sağlıkçıların önerisi olmadan yaygın olarak kullanıldığı sonucuna varıldı.

Anahtar Sözcükler: Tamamlayıcı tıp, alternatif tıp, yenidoğan, çocuk

Yazışma Adresi:

Uzm. Dr. M. Ayşin Taşar
Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Kliniği

e-posta: aysintasar@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction: In our country, there hasn't been any study on the "Complementary and Alternative Medicine" (CAM) practices among the children of low-income families yet. In our study our aim was to investigate the CAM practices among low-income families.

Material-Method: The questionnaire form was filled by the parents, who admitted to our Pediatric Outpatient Clinic. Demographic data of the families and the CAM used by them were questioned.

Evidences: The parents of the children (age between 0-15years) who admitted to our outpatient clinic, filled up the questionnaire form. The income level of all the families was below the poverty line. 87 % (n=345) of the families stated that they used CAM methods. The median starting age for CAM using was determined as 0.0 year (0-5) and 52 % of families started in the newborn period.

The most frequent reason for CAM practices was constipation (n=282).

The most frequently used CAM practices on children were giving them herbal tea (n=156) and olive/almond oil (n=140).

A statistically significant correlation between the educational level of mother and father and their CAM usage was observed (p=0.000).

Discussion: Our aim was to remark the CAM practices which are being used beginning from the neonatal period and which are widely used without the 'health providers' advice, are applied by our group of parents who have low-income status and live in the capital.

Key Words: Complementary medicine, alternative medicine, neonate, child

GİRİŞ:

Birleşmiş Milletler Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından tanımlanan "Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp" (TAT) uygulamaları tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu tanıma göre "tamamlayıcı ve alternatif tıp" belirli bir zaman dilimi içinde, 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 alanıdır (1). Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp uygulamaları tüm dünyada, tüm yaş gruplarında, özellikle yaşlılar ve süregen hastalığı olan çocuklarda, artan oranlarda ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Kanser, HIV enfeksiyonu, multipl skleroz, romatolojik hastalıklar ve

astım gibi süregen hastalıklarda kullanım sıklığı iki kat fazla bildirilmektedir (2-4).

Genel pediatriye kullanımını araştıran çalışmalarda TAT uygulamaları % 11'den % 54'e kadar değişen sıklıklarda bildirilmektedir (5-6). Ülkemizde çocukluk çağında TAT uygulamaları hakkında kısıtlı sayıda çalışma vardır ve bu çalışmaların çoğu süregen hastalıkları olan çocuklarda yapılmıştır. Orhan ve arkadaşlarının astımlı çocukları değerlendirdikleri çalışmada olguların %49'unun TAT kullandıkları ve en çok tercih edilen şeklin bildircın yumurtası olduğu saptanmıştır (7). Tip 1 diabetes mellitus, kanser tanısı alan çocuklarda bu oran %52 ve %77 bulunmuş, en sık bitkisel ürünler kullanıldığı belirtilmiştir (8-9). Öztürk ve arkadaşlarının genel çocuk toplumunda TAT kullanım sıklığı araştıran çalışmasında

TAT kullanma sıklığı %57 bulunmuş ve en sık kullanılan yöntem, diğer çalışmalarda olduğu gibi, bitkisel ürünler olarak saptanmıştır (10). Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin yükselmesi ile kullanım sıklığının arttığı saptanan çalışmaların yanında etkisi olmadığı yönünde de çalışmalar mevcuttur (7,10-12).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları özellikle karaciğer ve böbrek fonksiyonları iyi gelişmemiş olan çocuklarda zararlı yan etkilere neden olabilmektedir (13). Özellikle bitkisel ürünlerle yan etkiler bildirildiği gibi tıbbi tedaviyi geciktirme, bırakma gibi etkileri de vardır (14).

Ülkemizde düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarına TAT uygulamaları hakkında yapılmış çalışma yoktur. Bu çalışma düşük gelir düzeyine sahip ailelerin TAT uygulamaları ve kullanımlarını etkileyen faktörleri tanımlamak için planlandı.

MATERYAL-METOD:

Çalışma, S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Polikliniğinde Ağustos–Aralık 2008 tarihleri arasında kesitsel olarak yapıldı. Hastanemiz özellikle yüksek göç alan ve düşük gelir düzeyine sahip ailelerin oturduğu bölgelere hizmet vermektedir.

Genel Çocuk Polikliniğine başvuran olgulardan ankete katılmayı kabul eden aileler çalışmaya alındı. Acil polikliniğine başvuran ve yatarak tedavi gören olgular, ankete katılmayı kabul etmeyen aileler çalışma dışında bırakıldı. Anket, çocukların muayenesi ve tetkikleri bittikten sonra aynı çocuk doktoru tarafından ebeveynlerle yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Anket formu iki kısımdan oluşmaktaydı. İlk bölümde demografik özellikler (yaş, cinsiyet, anne-baba yaşı, anne-baba eğitim durumları, memleketi, kaç yıldır Ankara’da yaşadıkları, aylık gelirleri), çocuğun süregen hastalığı, annenin doğum sonrası bebek bakımı ile ilgili eğitim alması sorgulandı. İkinci bölümde kullandıkları TAT çeşitleri, ilk kullanma zamanı, ne sıklıkta - ne için kullandığı, kimin önerdiği, yarar veya zararları sorgulandı.

Kullanım sıklığı değerlendirilirken nadir (haftada birden az) ve sık (haftada birden fazla) olarak sınıflandırıldı.

Gelir düzeyi, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Ağustos 2008 verilerine göre değerlendirildi. Bu verilere göre dört kişilik bir ailenin açlık sınırı 729.83 YTL ve yoksulluk sınırı 2.377,30 YTL olarak belirlendi (15). Yoksulluk sınırı altında geliri olan aileler düşük gelir düzeyine sahip olarak kabul edildi.

Anket çalışmasına katılmayı kabul eden ailelerden onam alındı. Lokal Etik Komiteden onam alındı (EPK no:0323).

Tüm istatistiksel veriler SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler için student-t testi, ki-kare testleri kullanıldı. Anlamlı düzey $p < 0.05$ kabul edildi.

BULGULAR:

Ağustos Polikliniğe başvuran 0-15 yaş arası 672 aileye anket uygulanması teklif edildi. Ankete katılmayı kabul eden 500 çocuğun (ortalama 4 ± 3.6 yıl) ebeveynine anket uygulandı. Anket sonuçlarına göre olguların % 52’si kızdı.

Çalışmaya alınan annelerin yaş ortalaması 28 ± 5 yıl (17-42), baba yaş ortalaması 31 ± 5.3 yıl (22-50) olarak saptandı.

Tüm ailelerin gelir düzeyi yoksulluk sınırının altındaydı. Ailelerin % 77’si açlık sınırının altında gelir düzeyine sahipti.

Ailelerin memleketleri sorgulandığında %77’si İç Anadolu, %12’si Doğu ve Güneydoğu Anadolu, %6’sı Marmara ve %5’i Karadeniz Bölgesi olarak belirtti.

Olgulardan %6’sı ($n=31$) süregen bir hastalığa sahipti (astım, demir eksikliği anemisi, doğumsal kalp hastalığı, motor mental retardasyon, epilepsi).

Ailelerin %87’si ($n=435$) TAT yöntemleri kullandıklarını ifade ettiler. Ailelerin TAT başlama yaşı ortancası 0.0 yıl (0-5) olarak saptandı ve ailelerin %52’si yenidoğan döneminde uygulamaya başlamıştı. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarını ailelerin %50.5’i ($n=222$) haftada birden az, % 30’u ($n=130$) hastalandıkça kullanıyordu; %17’si ($n=72$) sık, %2.5’i ($n=11$) her gün kullandıklarını belirttiler. Tamamlayıcı alternatif tıp uygulama-

sı uygulayan ve uygulamayan ailelerin özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir.

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp uygulamalarının en sık nedeni kabızlık (n=282) idi, diğer sık nedenler tıbbi olmayan geleneksel uygulamalar (n=194) ve grip (n=139) olarak saptandı (Tablo 2). Nadir nedenler arasında kaşların belirginleşmesi (n= 13), pişik (n= 6), göbeğinin çıkması (n= 5) ve bebeğin uyuması (n= 4) mevcuttu.

En sık kullanılan TAT uygulamaları bitki çayı içirme (n=156), zeytin/badem yağı içirme (n=140), kırklama/tuzlama (n=108) idi (Tablo 3,4).

Ailelerin %35'i çoklu uygulama yapmıştı ve bunların %83'ü yenidoğan döneminde TAT kullanmaya başlayan ailelerden oluşmaktaydı. Çoklu uygulama yapanların %84'ü tıbbi olmayan geleneksel yöntemleri kullanmıştı.

Tablo 1: Tamamlayıcı- Alternatif Tıp Uygulamalarını kullanan ve kullanmayan ailelerin özellikleri

	Tüm hastalar (n=500)	TAT (+) (n=435)	TAT(-) (n=65)	p
Cinsiyet (kız)(%)	260(52)	236(54.2)	30(46)	0.103
Anne yaşı (yıl)(±SD)	28±5 (17-42)	28.5	29.0	0.403
Baba yaşı (yıl)(±SD)	31±5.3(22-50)	31.7	31.8	0.909
Köken aldığı bölge (%)				0.217
İç Anadolu	385(77)	335(77)	50(78)	
Doğu-Güney Doğu Anadolu	60(12)	57(13)	3(4)	
Karadeniz	25(5)	21(4.8)	4(6)	
Marmara	30(6)	22(5.2)	8(12)	
Anne eğitim (%)				0.000
Okuryazar değil	8(1.6)	8(1.8)	-	
Okuryazar	31(6.2)	31(7.1)	-	
İlköğretim	337(67.4)	320(73.6)	17(27)	
Lise	94(18.8)	66(15.2)	28(43)	
Yüksekokul	30(6.0)	10(2.3)	20(30)	
Baba eğitimi(%)				0.000
Okuryazar değil	-	-	-	
Okuryazar	14(2.8)	14(3.2)	-	
İlköğretim	284(56.8)	274(63)	10(15.4)	
Lise	155(31)	134(30.8)	21(32.3)	
Yüksekokul	47(9.4)	47(3)	34(52.3)	
Ailenin gelir düzeyi (%)				0.000
Yoksulluk sınırının altında	115(23)	70(16)	50(77)	
Açlık sınırının altında	385(77)	365(84)	15(23)	
Süregen hastalık (%)	31(6)	23(5.3)	8(12)	0.047
Bebek bakımı eğitimi alan anneler (%)	136(27)	82(19)	54(83)	0.000

TAT: Tamamlayıcı alternatif tıp

Tablo 2: Ailelerin TAT uygulama nedenleri (n)

TAT Uygulama Nedenleri	n	%
Kabızlık	282	56.4
Tıbbi olmayan geleneksel uygulamalar	194	39
Grip	139	28
Gaz	86	17.2
Sarılık	82	16.4
Öksürük	71	14
Kansızlık, kuvvetlenme	66	13.2
İshal	47	9.4
Ateş	30	6
Kaşların belirginleşmesi	13	2.6
Astım	7	1.4
Pişik	6	1.2
Göbeğinin çıkmaması	5	1

TAT: Tamamlayıcı alternatif tıp

Tablo 3: Ailelerin kullandıkları TAT çeşitleri

TAT	n	%
Bitki Çayları	156	31
Zeytin/badem yağı içirme	140	28
Pekmez	69	13.8
Bal	60	12
Arı sütü	6	1.2
Kahve limon	4	0.8
Masaj	4	0.8
Hindistan cevizi	3	0.4
Balık yağı	2	0.4
Bıldırcın yumurtası	1	0.2

TAT: Tamamlayıcı alternatif tıp

Yenidoğan döneminde aileler en sık sarılık (n=72), kabızlık (n=109), gaz (n=66) nedeniyle TAT kullandıklarını ifade ettiler.

Uygulamaların % 60'nı aile büyükleri önermişti; % 37'si çevreden duymuştu. Sağlıkçıların önerme oranı ise % 2'ydi.

Ailelerin %70'i TAT uygulamalarının yararlı olduğunu, %3'ü faydasız olduğunu ve %1'i zararlı olduğunu belirtti. Kullanan olguların % 26'sı ise faydası olup-olmadığını bilmediğini belirtti.

Tablo 4: Ailelerin kullandıkları tıbbi olmayan TAT çeşitleri

TAT Uygulama Nedenleri	n	%
Kırlama/tuzlama	108	21.6
Sarı giydirme	75	15
Ekmeğe koyma	42	8.4
Sirke sürme	30	6
Nazar boncuğu	16	3.2
Altın takma	15	3
Kaş çizme	13	2.6
Kola-aspirin	10	2
Yemeni bağlama	8	1.6
Kundağa sarmak	7	1.4
Toprağa yatırma	6	1.2
Göbek bağlama	5	1
Kurşun dökme	4	0.8
Burun üst kısmını kesme	1	0.2

TAT: Tamamlayıcı alternatif tıp

Anne ve baba eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0.000). Okur-yazar olmayan ve ilköğretimi bitirmemiş olan anne (n=39) ve babaların (n=14) hepsinin TAT kullandığı saptandı. İlköğretim mezunu olan annelerin %95'i, üniversite eğitimi alan annelerin %33'ü TAT kullanmıştı.

Süregen hastalığa sahip çocukları olan ailelerin %74'ü (n=23) TAT kullanmıştı, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0.047).

Ailelerin % 27'si (n=136) doğum sonrası sağlık personelinin bebek bakımı ile ilgili eğitim aldıklarını ifade ettiler. Doğum sonrası bebek bakımı ile ilgili eğitim alan annelerin %60'ı (n=82), eğitim almayan annelerin %97'si (n=353) TAT kullanıyordu; bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.000).

TARTIŞMA

"Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp", klasik ilaç biliminin bir parçası olarak kabul edilmeyen, tıbbi ve sağlık sistemleri, uygulamaları ve ürünleri olarak bildirilmektedir (16).

Erişkinlerde olduğu gibi çocukluk yaş grubunda da TAT kullanımı son yıllarda hızla artmaktadır. Çalışma-

ların büyük çoğunluğu süregen hastalığı olan çocuklarda yapılmıştır. Genel çocuk toplumunda yapılan çalışmalar oldukça azdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1996 yılında genel çocuk toplumunda TAT kullanım sıklığı %1.8 olarak bildirilirken 2007 yılında "National Health Interview Survey" sonuçlarına göre bu oran %11.8 saptanmıştır (17,18). Birdee ve arkadaşları, aynı ülkede, 18 yaş altı çocuklarda son 12 ayda 8.7 milyon çocuğun vitamin dışı TAT kullandığını göstermiştir (19). Genel çocuk toplumunda TAT kullanım oranları Kanada'da %54, İrlanda'da %38, İsviçre'de %58, Hollanda'da %30 olarak bildirilmektedir (6,20-22).

Ülkemizde genel çocuk toplumunda TAT kullanımını araştıran çok az sayıda çalışma vardır. İzmir'de, Öztürk ve arkadaşları tarafından 600 ebeveyn ile görüşülerek yapılan çalışmada TAT kullanım sıklığı %57 olarak saptanmıştır (10). Kırıkkale'de, Bülbül ve arkadaşları 477 ebeveyn ile görüşerek son bir yılda kullandıkları TAT uygulamalarını değerlendirdikleri çalışmada kullanım sıklığını %27.2 bulmuşlardır(11). Çalışmamızda TAT kullanım sıklığı % 87 olarak bulundu.

Literatürde gelir düzeyi yüksek olanlarda daha sık kullanım oranları bildiren yayınlar olduğu gibi gelir düzeyi ile ilişkili olmadığını gösteren yayınlarda mevcuttur (6, 18, 19, 23). Öztürk'ün çalışmasında ihtiyaçlarını karşılayabilen ailelerin oranı %75, Bülbül'ün çalışmasında %79 idi (10,11). Bu çalışmada, ailelerin hepsinin gelir düzeyi yoksulluk sınırının altında idi. Ayrıca açlık sınırının altında olanlarda kullanım oranı belirgin olarak fazla saptandı. Ailelerin gelir düzeyi azaldıkça TAT kullanım sıklığı da artmakta idi. Amerika'da ergenlerde yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde düşük gelir düzeyinde TAT kullanım sıklığı daha fazla bulunmuştur (24).

TAT uygulamaları sıklığı ailelerin eğitim durumları ile ilgilidir. Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anne eğitim düzeyi arttıkça hem kendilerine hem de çocuklarına TAT uygulama sıklığının arttığını saptamışlardır (10). Amerika'da yapılan iki ulusal çalışmada ebeveyn eğitim düzeyi ile kullanım sıklığının arttığı gösterilmiştir (18,19). İrlanda ve İsviçre'de yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça kullanım sıklığının

arttığı saptanmıştır (20-21). Orhan ve arkadaşlarının astımlı çocuklarda yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyi ile ilişkisi bulunmamıştır (7). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada eğitim düzeyinin düşük olması ile kullanım sıklığının arttığını saptanmıştır (25). Çalışmamızda da bu çalışmaya benzer olarak anne ve baba eğitim düzeyi azaldıkça kullanım sıklığının arttığı saptandı.

Literatürde çocukluk yaş grubunda TAT kullanımının yaşla birlikte arttığı bildirilmektedir (17,21). Özellikle ergen yaş grubunda daha fazla olduğunu bildiren yayınlarda mevcuttur (19,20). Bu çalışmamızda TAT başlama yaşı sıfır yaş olarak bulundu ve ailelerin %52'si yenidoğan döneminde başladıklarını ifade ettiler. Çalışmamıza benzer olarak Suudi Arabistan'da bir yaş altı çocuklarda daha sık kullanıldığı saptanmıştır (25).

Süregen hastalıklarda TAT kullanımı hem erişkinlerde hem de çocukluk yaş grubunda yüksek oranlardadır. Astım, kanser, epilepsi, orak hücreli anemi, otizm ve hiperaktivite / dikkat eksikliği olan çocuklarda çalışmalar yapılmıştır (26-30). Ülkemizde çocuklarda TAT kullanım sıklığı astımda %49, diabetes mellitüste %52, kanser hastalarında % 75 olarak bildirilmektedir (7-9). Çalışmamız genel çocuk toplumunda yapıldığı için süregen hastalığı olan çocuklar az oranda (%6) saptandı. Buna rağmen süregen hastalığı olan çocuklarda kullanım sıklığı daha yüksek bulundu.

Çalışmamızda ebeveynlerin çocuklarına tıbbi tanıli hastalıklardan daha çok belirtiler ve bulgulara göre TAT uygulamaları yaptıkları saptandı. En sık kullanım nedeni kabızlık, gripal hastalıklar ve gaz şikayeti idi. Bülbül ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da aynı şekilde en sık nedenler kabızlık, öksürük ve gaz sancısı şikayetleri olarak saptanmıştır (11). Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise en sık solunum sistemi hastalıkları nedeniyle TAT kullanımı saptanmış olup onu mide-bağırsak sistemi hastalıkları izlemiştir (10). Pitetti ve arkadaşları %58 oranında solunum sistemi hastalıklarında kullanıldığını belirtmektedir (23). Jean ve arkadaşları en sık kas-iskelet sistemi hastalıkları (%27) ve psikolojik hastalıklarda (%24) kullanımını saptamışlardır (6). Barnes ve arkadaşları da en sık olarak sırt- boyun ağrılarında (%6.7) kullanıldığını saptamışlardır (18). Bu iki çalışma-

da özellikle kas- iskelet sistemi şikayetlerinde sık kullanılmasının çalışmaya alınan hastaların yaşlarının daha büyük olması nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz.

Bizim çalışmamızda, en sık kullanılan TAT çeşidi bitki çayları (%31) ve zeytin/badem yağı içirme (%28) idi. Bunun nedeni yaş grubumuzun daha erken özellikle yenidoğan döneminde kullanmaya başlamasıdır. Ayrıca çalışmamızda tıbbi olmayan geleneksel yöntemlerin olguların %39'una uygulandığı saptandı. Türkiye'den yapılan çalışmalarda da bitkisel ürünlerin daha sık tercih edildiği görülmektedir (10,11). Literatürde ise daha çok "chiropractic, homeopati, naturopathic tedavi, mind-body teknikleri"nin kullanıldığı bildirilmektedir. Fakat ülkemizde bu uygulamalar bilinmemekte ve kullanılmamaktadır (5,19,20,22,23).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları özellikle karaciğer ve böbrek fonksiyonları iyi gelişmemiş olan çocuklarda zararlı yan etkilere neden olabilmektedir (13). Bunun dışında tıbbi tedaviyi geciktirme ve bırakma gibi dolaylı yan etkileri de mevcuttur (14). İsveç'te TAT uygulamalarının yan etkileri araştıran bir çalışmada en sık ürtiker, döküntü ve kontakt dermatit saptanmış, hastaların % 2'sinde anafilaksi, %2.8'in de karaciğere toksik etkileri olduğu görülmüş ve yedi hastanın yan etkiler nedeniyle öldüğü bildirilmiştir (31). Çalışmamızda zararlı etkileri olan geleneksel yöntemlerin de kullanıldığı saptandı. Toprağa yatırma, kundağa sarmak, burnun üst kısmını kesme, sirke sürme ve kurşun dökme gibi zararlı uygulamaların halen kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca çocukların büyük bir çoğunluğuna yenidoğan döneminden itibaren TAT kullanıldığı ve çoklu uygulamalar yapıldığı dikkate alınırsa bu konu daha önemli olmaktadır.

Çalışmada, ailelerin sadece %1'i zararlı etkilerinin olduğunu, %77'si yararı olduğunu belirtti. Bu oranlar ailelerin bu yöntemleri kullanmaya ve çevresine önermeye devam edeceğinin göstergesi olabilir. Bunun için geniş çaplı, toplum eğitiminin yapılması gereklidir.

Çalışmamızda TAT uygulamalarını %60'nı aile büyüklerinin önerdiği saptandı. Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da TAT uygulamalarının %55'ini aile üyeleri, %16'sını arkadaşlar, %17'sini doktorlar, %2.7'sini hemşire önermiş, % 8.5'i internet/ televizyon-

dan bilgi edinmişti (10). Bülbül ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %31 aileler, %21.9 arkadaşlar ve %6.5 doktorlar tarafından TAT uygulamaları önerilmişti (11). Doktorlar tarafından önerilme oranları İsviçre'de %42, Kanada'da %28 oranlarında bildirilmiştir (6,21). Çalışmanın eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük aileler ile yapılmış olması, uygulamaların genellikle tıbbi olmayan geleneksel yöntemler olması bu oranların farklı olmasını açıklamaktadır.

Yapılan çalışmalarda TAT kullanan ebeveynlerin tıbbi tedavilerden memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (6). Ayrıca tıbbi tedavilerin yan etkilerinden korkma, umutsuzluk, tinsel boyutunun olması, kolay kabul görmesi, girişim gerektirmemesi, kolayca erişilebilmesi ve ebeveynin güvenilir olduğunu düşünmesi nedenleri ile kullandıkları saptanmıştır (4,32). Bu çalışmada ailelere neden TAT kullandıkları sorulmadığı için veri elde edilemedi.

Bu çalışmada doğum sonrası bebek bakımı alan ailelerin daha az TAT kullandıkları saptandı. Bu bulgu aileleri çocuk bakımı hakkında bilgilendirmenin, TAT uygulaması hakkında bilgi verilmese bile, aileleri bilinçlendirmede önemlidir. Literatürde bu yönde yapılmış bir çalışma bulunmadı.

Bu çalışma hastanemize başvuran ailelere uygulanmış olup sadece düşük gelir düzeyine sahip ailelerde yapılmıştır. Tüm gelir grupları ve daha fazla olgu sayısı ile daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çocukluk çağı hastalıklarına bütüncül yaklaşımında ülke gerçekleri ve gelenekleri önemli yer tutmaktadır. Düşük gelir düzeyine sahip ve başkentte yaşayan hasta grubunda TAT uygulamalarının yenidoğan döneminden itibaren başladığı, sağlıkçıların önerisi olmadan yaygın olarak kullanıldığı ve eğitim ile önlenilebileceği saptandı.

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp uygulamasının ülkemizde yaygın olarak kullanıldığını göz önünde tutularak hastalar bu yönden sorgulanmalı, ucuz ve tedavide yeri olanları desteklenmeli, pahalı ve faydasız/zararlı olanlar hakkında aileye bilgi verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Defining and describing complementary and alternative medicine. Panel on Definition and Description, CAM Research Methodology Conference, April 1995. *Altern Ther Health Med* 1997;3(2):49-57.
2. Moquin B, Blackman MR, Mitty E, Flores S. Complementary and alternative medicine (CAM). *Geriatr Nurs* 2009;30(3):196-203.
3. Zollman C, Vickers A. ABC of complementary medicine. Users and practitioners of complementary medicine. *BMJ* 1999;319(7213):836-8.
4. Kurt E, Bavbek S, Pasaoglu G, Abadoglu O, Misirligil Z. Use of alternative medicines by allergic patients in Turkey. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2004;32(5):289-94
5. Spigelblatt L, Lainé-Ammara G, Pless IB, Guyver A. The use of alternative medicine by children. *Pediatrics* 1994;94(6 Pt 1):811-4.
6. Jean D, Cyr C. Use of complementary and alternative medicine in a general pediatric clinic. *Pediatrics* 2007;120(1):138-41.
7. Orhan F, Sekerel BE, Kocabas CN, Sackesen C, Adalioglu G, Tuncer A. Complementary and alternative medicine in children with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;90(6):611-5.
8. Arıkan D, Sivrikaya SK, Olgun N. Complementary alternative medicine use in children with type 1 diabetes mellitus in Erzurum, Turkey. *J Clin Nurs* 2009;18(15):2136-44.
9. Genç RE, Senol S, Turgay AS, Kantar M. Complementary and alternative medicine used by pediatric patients with cancer in western Turkey. *Oncol Nurs Forum* 2009;36(3):159-64.
10. Ozturk C, Karayagiz GJ. Exploration of the use of complementary and alternative medicine among Turkish children. *Clin Nurs* 2008;17(19):2558-64.
11. Hızal Bülbül S, Turgut M, Köylüoğlu S. Çocuklarda Tıp Dışı Alternatif Uygulamalar konusunda Ailelerin Görüşleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009;52(4):195-203.
12. Gözüm S, Arıkan D, Büyükavci M. Complementary and alternative medicine use in pediatric oncology patients in eastern Turkey. *Cancer Nurs* 2007;30(1):38-44.
13. Muslu Karayağız G, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008;51(1):62-7.
14. Cohen NM, Kemper K. Complementary therapies in pediatrics: a legal perspective. *Pediatrics* 2005;115(3):774-80.
15. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu. Erişim: <http://www.turkis.org.tr/index.snet>. Erişim tarihi: Ağustos 2008
16. National Institutes of Health. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Erişim: <http://nccam.nih.gov>. Erişim tarihi: Ekim 2010.
17. Davis MP, Darden PM. Use of complementary and alternative medicine by children in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157(4):393-6.
18. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl Health Stat Report* 2008;10(12):1-23.
19. Birdee GS, Phillips RS, Davis RB, Gardiner P. Factors associated with pediatric use of complementary and alternative medicine. *Pediatrics* 2010;125(2):249-56.
20. Low E, Murray DM, O'Mahony O, O'B Hourihane J. Complementary and alternative medicine use in Irish paediatric patients. *Ir J Med Sci* 2008;177(2):147-50.
21. 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. *Eur J Pediatr* 2009;168(4):431-7.
22. Vlioger AM, van de Putte EM, Hoeksma H. The use of complementary and alternative medicine in children at a general paediatric clinic and parental reasons for use. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150(11):625-30.
23. Pitetti R, Singh S, Hornyak D, Garcia SE, Herr S. Complementary and alternative medicine use in children. *Pediatr Emerg Care* 2001;17(3):165-9.
24. Wilson KM, Klein JD. Adolescents' use of complementary and alternative medicine. *Ambul Pediatr* 2002;2(2):104-10.
25. Jan MM, Basamh MS, Bahassan OM, Jamal-Allail AA. The use of complementary and alternative therapies in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2009;30(5):682-6.
26. Singer L, Karakis I, Ivri L, Gross M, Bolotin A, Gazala E. The characteristics of complementary and alternative medicine use by parents of asthmatic children in Southern Israel. *Acta Paediatr* 2007;96(11):1693-7.
27. Bishop FL, Prescott P, Chan YK, Saville J, von Elm E, Lewith GT. Prevalence of complementary medicine use in pediatric cancer: a systematic review. *Pediatrics* 2010 ;125(4):768-76.
28. Oshikoya KA, Senbanjo IO, Njokanma OF, Soipe A. Use of complementary and alternative medicines for children with chronic health conditions in Lagos, Nigeria. *BMC Complement Altern Med* 2008;8:66.
29. Levy SE, Hyman SL. Use of complementary and alternative treatments for children with autistic spectrum disorders is increasing. *Pediatr Ann* 2003;32(10):685-91.
30. Sawni A. Attention-deficit/hyperactivity disorder and complementary/alternative medicine. *Adolesc Med State Art Rev* 2008;19(2):313-26.
31. Jacobsson I, Jönsson AK, Gerdén B, Hägg S. Spontaneously reported adverse reactions in association with complementary and alternative medicine substances in Sweden. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18(11):1039-47.
32. Ernst E. The role of complementary and alternative medicine. *BMJ* 2000;321(7269):1133-5.