

**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**KANSERLİ HASTALARIN TAMAMLAYICI VE
ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNİ
KULLANIMI**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Zülfükar BİLGE**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Abdurrahman IŞIKDOĞAN**

DİYARBAKIR - 2010

TEŞEKKÜR

Bilimsel düşünme ve çalışmayı bizlere öğreten, engin bilgi ve birikimlerini bizimle paylaşan, bugünlere gelmemizde büyük emeği olan, hekimliği bizlere öğreten değerli hocamız Prof. Dr. Ekrem MÜFTÜOĞLU' na başta olmak üzere, İç Hastalıkları A.B.D. Başkanımız Prof. Dr .M.Emin YILMAZ'a yetişmemde büyük emekleri olan bütün değerli öğretim üyeleri; Prof. Dr. Vedat GÖRAL, Prof. Dr. Orhan AYYILDIZ, Prof. Dr. Abdurrahman IŞIKDOĞAN, Prof. Dr. Kendal YALÇIN, Doç. Dr. Alpaslan TUZCU, Doç.Dr. Muhsin KAYA, Yrd. Doç. Dr. Deniz GÖKALP, Yrd. Doç. Dr. Hasan KAYABAŞI, Yrd. Doç. Dr. M.Ali KAPLAN'a ve Dr. Yaşar YILDIRIM'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Rotasyon eğitimim sırasında bilgilerini benden esirgemeyen Kardiyoloji A.B.D. , Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.B.D. , Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz A.B.D. ve Biyokimya A.B.D. başkanlarına ve değerli öğretim üyelerine,

Birlikte çalışmaktan her zaman büyük mutluluk ve onur duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma ve İç Hastalıkları A.B.D. çalışanlarına teşekkürlerimi sunuyorum.

Güçlerini her zaman arkamda hissettiğim sevgili annem, babam ve kardeşlerim'e, beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, ihtisas süremde bütün sıkıntılarıma katlanan sevgili eşim Yeşim'e ve aramıza katıldığı günden beri mutluluğumuzu katlayan kızım Zerya'ya sonsuz teşekkürler.

Dr. Zülfükar BİLGE

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR.....	1
İÇİNDEKİLER.....	2
KISALTMALAR.....	3
TABLolar.....	4
1- ÖZET	5
2- SUMMARY	7
3- GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	9
4- KANSER HAKKINDA GENEL BİLGİLER.....	9
4.1. TANIM VE TARİHÇE	11
4.2. EPİDEMİYOLOJİK BİLGİLER.....	11
4.3. ETYOLOJİ.....	12
4.4. KORUNMA VE ÖNLEM.....	17
4.5. TEDAVİ YÖNTEMLERİ.....	18
4.5.1. KANSER CERRAHİSİ.....	18
4.5.2. RADYASYON TEDAVİSİ.....	19
4.5.3. MEDİKAL ONKOLOJİK TEDAVİLER.....	20
5- TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER.....	29
5.1. ALTERNATİF MEDİKAL SİSTEMLER.....	29
5.2. ZİHİN VÜCUT TIBBİ.....	31
5.3. BİYOLOJİK TABANLI TEDAVİLER.....	32
5.4. MANİPÜLATİF VE VÜCUT TEMELLİ TEDAVİLER.....	34
5.5. ENERJİ TERAPİLERİ.....	35
6- MATERYAL VE METOD.....	38
7- BULGULAR.....	41
8- TARTIŞMA.....	53
9- KAYNAKLAR.....	60

KISALTMALAR

TAT	:.....	Tamamlayıcı ve alternatif tedavi
M.Ö.	:.....	Milattan önce
M.S.	:.....	Milattan sonra
HBV	:.....	Hepatit B virüsü
HCV	:.....	Hepatit C virüsü
HPV	:.....	Human papilloma virüsü
EBV	:.....	Epstein-Barr virüsü
HTLV	:.....	İnsan T hücresi lösemi virüsü
HHV8	:	İnsan herpes virüsü 8
OKS	:.....	Oral kontraseptif
HRT	:.....	Hormon replasman tedavisi
MALT	:.....	Mucosa associated lymphatis tissue lymphomas
WHO	:.....	Dünya sağlık örgütü
DNA	:.....	Deoksiribo nükleik asit
RNA	:.....	Ribo nükleik asit
ADH	:.....	Antidiüretik hormon
VEGF	:.....	Vasküler endotelial büyüme faktörü
ATRA	:.....	All-trans retinoik asit
NIH	:.....	The National Institutes for Health
NCCAM	:.....	The National Center for Complementary and Alternative Medicine
SPSS	:.....	Statistical Package for the Social Sciences
CAM	:.....	Complementary and alternative medicine

TABLÖLAR

Sayfa

Tablo-1 : TAT kullanımı hasta değerlendirme anket formu.....	39
Tablo-2 : Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	42
Tablo-3 : Hastaların tıbbi özellikleri.....	43
Tablo-4 : Sosyodemografik özelliklerin TAT kullanımı ile ilişkisi-1.....	45
Tablo-5 : Sosyodemografik özelliklerin TAT kullanımı ile ilişkisi -2.....	46
Tablo-6 : Tanı ve TAT kullanımı arasındaki ilişki.....	47
Tablo-7 : Tanı sırasındaki evre ile TAT kullanımı arasındaki ilişki.....	47
Tablo-8 : Küratif veya palyatif tedavi ile TAT kullanımı.....	48
Tablo-9 : Tanıdan beri geçen süre ile TAT kullanımı arasındaki ilişki.....	48
Tablo-10 : Yapılan tedaviler ve TAT kullanımı arasındaki ilişki.....	49
Tablo-11 : Yakınlarında kanser hastası olanlarda TAT kullanımı	50
Tablo-12 : Hangi TAT yöntemini kullanıyorsunuz ?.....	51
Tablo-13 : TAT yöntemlerine neden başvurduunuz ?.....	51
Tablo-14 : Kullandığınız TAT yöntemini nereden öğrendiniz ?.....	51
Tablo-15 : Uyguladığınız TAT yöntemine ayda ne kadar para harcıyorsunuz ?.....	52

1- ÖZET

Giriş :

Son yıllarda tüm dünyada ve ülkemizde tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemlerine olan ilgi giderek artmaktadır. Bu yöntemlerin çoğunun etkinliği ispatlanmamış olmasına rağmen özellikle kanser hastaları tarafından tercih edilmektedir.

Araştırmamızdaki amacımız; bölgemizdeki kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanım sıklığını ve kullanılan yöntemleri ortaya çıkarmak, TAT kullanıcılarının sosyodemografik ve tıbbi özelliklerini belirlemek ve hastaları bu uygulamaları kullanmaya yönlendiren nedenleri saptamaktır.

Materyal – Metod :

Bu çalışma ekim 2009 ve mart 2010 tarihleri arasında, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bölümü'nde ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalar arasında yapıldı. Veriler hastaların takip edildikleri dosyalarından ve hazırlanan anket formlarının değerlendirilmesinden elde edilmiştir. Hazırlanan anket formlarında, hastaların TAT yöntemlerini kullanım sıklığını, en sık kullanılan yöntemleri ve hastaları bu yöntemleri kullanmaya yönlendiren nedenleri belirlemeye yönelik soruların yanında, hastaların TAT kullanımıyla ilişkili olabileceği düşünülen sosyodemografik ve tıbbi özelliklerini ortaya koymaya yönelik sorulara da yer verildi.

Bu anket formu hastalara yaklaşık 15 dakika süren yüz yüze görüşmelerle uygulanmış olup elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.5 (Statistical Package for the Social Sciences) programıyla değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalarda chi-square testi kullanılmıştır, sonuçlar % 95 güven aralığında $p < 0.05$ anlamlılık sınırı olarak belirlenmiştir.

Bulgular :

Bu çalışmaya 173'ü kadın, 151'i erkek toplam 324 hasta katılmıştır. Hastaların %62'si (n:201) en az bir TAT yöntemini kullanmaktaydı. En sık kullanılan yöntemler bitkisel yöntemler olup tüm hastaların % 51.2'si ve TAT kullanıcılarının ise % 82.5'i (n:166) en az bir çeşit bitkisel yöntem kullanmaktaydı. Bitkisel yöntemleri kullanan hastaların % 40.9'u (n:68) bitkileri karışım olarak kullanırken % 39.8'i (n:66) tek bitki olarak ısırgan otu veya tohumunu, %19.3'ü ise diğer bitkileri kullanmaktaydı.

TAT kullanımı ile ilişkili bulunan faktörler; yaş, eğitim durumu, tanı sırasında metastatik kanser olması, palyatif tedavi alıyor ya da almış olmak, hastalığın 1 yıldan daha uzun süredir tanısının konulmuş olması ve kemoterapi almış olmaktır ($p < 0.05$).

Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, sağlık güvencesi, yaşadığı yerin kırsal kesim ya da şehir olması, mesleği, ekonomik durumu, hastaneye ulaşımını nasıl sağladığı, tanısı (ya da kanser bölgesi), yakın çevresinde kanser hastasının olması, radyoterapi almış olması ve kanser nedeniyle cerrahi yapılmış olması TAT kullanımı ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmamıştır ($p > 0.05$). TAT yöntemlerine başvuran hastaların % 47.2'si (n:95) herhangi bir şikayeti olmadan kanser tanısı konulduğu için bu yöntemlere başvurmuştur. Hastaların % 50.4'ü (n:101) akraba, arkadaş gibi yakınlarının yönlendirmesiyle TAT yöntemlerini kullanmışlardır. Tüm hastaların % 30.8'i ya da TAT kullanıcılarının % 49.7'si (n:100) kullandıkları bitkisel yöntemleri kemoterapi ile birlikte kullanmışlardır. Hastaların % 49.7'si TAT yöntemlerine ayda 100 TL'den daha az para harcamışken, % 38.3'ü hiç para harcamamış ve bu yöntemleri kendi imkanlarıyla elde etmiştir.

Sonuç :

Kanser hastaları arasında TAT kullanımı oldukça yaygındır. En sık tercih edilen yöntemler özellikle bitkisel olanlar olup bu hastaların önemli bir kısmı kemoterapi ile birlikte kullanmaktadır. Doktorların bu hastalardaki alternatif tedavi arayışlarının farkında olması ve bu yönelimlerinin sebeplerini anlamaya çalışması gerekir. Böylece bu hastalardaki bitkisel ilaç kullanımının kemoterapi ilaçları ile yaratacağı olası toksisite ve hastaların ticari amaçlarla suistimal edilmesi engellenebilir.

Anahtar kelimeler: Tamamlayıcı ve alternatif tıp, kanser, bitkisel tedaviler

SUMMARY

Purpose:

In recent years, countries all over the world and in our country complementary and alternative therapies (CAM) methods are becoming increasingly popular. Most of these methods are unproven efficacy but are especially preferred by cancer patients. The aim of our study was; to uncover the frequency and methods of complementary and alternative medicine at cancer patients in our region and so to uncover , demographic and medical characteristics ofand identify patients using these applications to the referring reason to investigate

Material and methods:

This study was made between October 2009 and March 2010 at Dicle University Medical Faculty Department of Medical Oncology, inpatients and outpatients who were treated included to the study. The data from the files of patients were followed and the evaluation was obtained from the questionnaire. The data from the files of patients were followed and the evaluation was obtained from the questionnaire prepared. The questionnaires of patients included the frequency of CAM using, the most frequently method, to lead the reason for using patients this method besides these questionnaire also included CAM using may be related with the socio-demographic caharacterics, medical characteristics were put forward.

The questionnaire to the patients face to face interviews were made lasting approximately 15 minutes, the data obtained were applied to computers SPSS 11.5 (Statistical Package for the Social Sciences) program was evaluated. Chi-square test was used for comparison results for % 95 confidence was set at $p < 0.05$ significance limit.

Results:

173 female and 151 male in the total 324 patients were included to the study. % 62 patients were using at least one CAM method. The most frequently method was herbal , % 51.2 of all patients and % 82.5 of CAM patients were taken at least one herbal species. % 40.9 of patients were taken herbals mixtures and % 39.8 of them were using single herbal as nettle (*Urtica dioica*) or seeds, % 19.3 were using other herbals.

CAM use is associated with factors such as age, educational status, at diagnosis metastatic cancer, paliative therapy or need to be taken, diagnosing time was longer than 1 year and taken chemotherapy ($p < 0.05$).

Patients gender, marital status, health insurance, the areas rural or city to have, occupation, economic status, hospital transportation to how to provide, the diagnosis (or the cancer area), in the vicinity of cancer patients have radiotherapy have been receiving from cancer surgery has been CAM use is was no statistically significant ($p > 0.05$). % 47.2 (n:95) of patients who were taken CAM were diagnosed cancer without any complaint so they admitted to this method. % 50.4 (n:101) of these patients CAM methods as the guidance of their firends and relatives. % 30.8 of all patients and % 49.7 (n:95) CAM users, had used herbal methods have been used in combination with chemotherapy. % 49.7 patients of CAM therapies while spending less money than 100 TL a month, and % 38.3 and those have not spent any money earned by their own means.

Conclusion:

CAM use among cancer patients is quite common. The most commonly preferred methods, especially herbal ones, and a significant portion of these patients are used in combination with chemotherapy. Doctors seeking alternative treatment in these patients should be aware of and try to understand the causes of these trends is needed. Thus the use of herbal medicine in patients with chemotherapy drugs for commercial purposes would create a potential for toxicity and patient abuse can be prevented.

Key words: Complementary and alternative medicine, cancer, herbal treatment

3- GİRİŞ VE AMAÇLAR

Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) konvansiyonel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen çeşitli sağlık sistemleri, uygulamaları ve tıbbi ürünler topluluğu olarak tanımlanır. Tamamlayıcı tıp ile alternatif tıp tanımları birbirinden farklıdır. Tamamlayıcı tıp, konvansiyonel tedavilere ilave olarak kullanılan tedavi yöntemleri iken alternatif tıp ise standart tıbbi tedavilerin yerine kullanılan tedavilerdir. Bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış geleneksel tedavi yöntemlerinin modern tıp ile birlikte kullanılması ise entegre tıp olarak adlandırılır (1).

Hastalar bu amaçla özel diyetler, çeşitli bitkisel karışımlar, vitaminler, geleneksel doğu ve batı tıbbi yöntemleri, zihin-beden müdahaleleri, manipülatif tedaviler ve çeşitli enerji tedavileri gibi alternatif tedavi yöntemlerini kullanmaktadırlar.

Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin tüm dünyada kullanımı son yıllarda giderek artmaktadır. Yapılan araştırmalara göre Amerikada yaşayan yetişkinlerin yaklaşık % 38'i çocukların ise yaklaşık %12'si TAT yöntemlerinden en az birini kullanmaktadırlar (1). Araştırmalar özellikle kanser hastalarının önemli bir kısmının TAT yöntemlerine başvurduğunu ortaya koymuştur. Yapılan bir çalışmada kanser hastalarının % 83.3'ünün en az bir TAT yöntemini kullandığını ve yine bu hastaların % 62.6'sının vitaminler ve bitkisel ürünlere başvurduklarını göstermiştir (2).

TAT uygulamalarına tüm dünyada giderek daha fazla ilgi duyulması nedeniyle bu uygulamalar ticari olarak da giderek artan ciddi bir sektör halini almıştır. 2007 yılında Amerikadaki erişkin nüfusun bu sektöre toplam 33.9 milyar dolar para harcadığı saptanmıştır (1). Yıllık maliyetin bu kadar fazla olması ve özellikle kendini çaresiz hisseden hasta grubundaki alternatif tedavi arayışları hastaları suistimal edilmeye açık bir hale getirebilir. TAT yöntemlerin kullanımı ile ilgili yanıtlanması gereken en önemli sorular bu yöntemlerin gerçekten etkili olup olmadığı, güvenilirliği ve kemoterapi ilaçlarıyla olası etkileşimleridir. Çeşitli bitkiler veya bazı TAT uygulamaları konvansiyonel kemoterapi ile metabolik olarak etkileşebilirler, bu etkileşim sonucunda kemoterapinin etkisini azaltabilirler ve tedavinin etkinliği bozabilirler. Yine bu uygulamalardan bazı bitkisel tedavilerin direkt toksik etkileri ortaya çıkabilir (3). TAT yöntemlerin büyük bir kısmının araştırılmamış olmasına ve etkinliğine dair yeterli kanıt bulunmamasına rağmen hastalar tarafından tercih edilmeye devam edilmektedir (4,5).

Kanser hastalarının büyük bir kısmının alternatif tedavi arayışlarına yönelmesinin sebebi, bu hastalığın diğer hastalıklara göre daha ciddi, daha ağırlı olması, kemoterapinin ciddi yan etkilerinin olması ve toplumda daha fazla ölümü çağrıştıran bir hastalık olarak algılanmasından kaynaklanabilir. Kanserli hastalar arasında TAT uygulamalarının yüksek oranda tercih edilmesi hastalığın doğası ve şiddetiyle ilişkili olsa bile, kişinin inanç sistemi, kültürel veya etnik kökeni ile de yakından ilişkilidir (3).

Tüm dünyada ve Türkiyede kanser hastalarının TAT yöntemlerini kullanmalarıyla ilgili yapılmış çalışmalar vardır. Bu konuda farklı bölgelerden yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışmanın yapılmasındaki amaç: bölgemizdeki kanser hastalarının TAT yöntemlerini kullanma sıklığını ve kullanılan yöntemleri belirlemek, TAT kullanıcılarının sosyodemografik ve tıbbi özelliklerini ortaya çıkarmak ve hastaları TAT yöntemlerini kullanmaya yönlendiren nedenleri saptamaktır.

4- KANSER HAKKINDA GENEL BİLGİLER

4.1. TANIM VE TARİHÇE

Kanser, hücrelerin aşırı ve kontrolsüz çoğalmalarına, immün sistemin kontrolünden kaçmalarına ve sonuç olarak uzaktaki dokuları da tutarak metastazlar oluşturmalarına olanak sağlayan metabolik ve davranışsal değişiklikler geçirdikleri, çok aşamalı bir süreçtir (6,7). Neoplazi sözcüğü yunanca bir sözcük olup “yeni büyüme” anlamına gelmektedir. Kanser ve neoplazi sözcükleri genellikle aynı anlamda kullanılır ve kontrolsüz, anormal hücre çoğalmasını ifade ederler (7).

Kanser sadece modern tarihin hastalığı olmayıp yüzyıllar öncesinde antik Yunan, Roma ve İran’daki yazarlar tarafından tanımlanmış, metinlerinde tedavilerinden bahsedilmiştir. Eski Mısır bilimcisi Amerikalı Edwin Smith’ in çevirdiği yaklaşık M.Ö. 2500 yıllarına ait papirüslerde kadınlarda görülen meme kanserinden bahsedilmiştir (7).

Kanser sözcüğünü ilk defa Hipokrat (M.Ö. 460) kullanmış dokularda büyüyen, ülser, sıcak, kırmızı ve ağrılı şişlikleri “karkinoma” olarak tanımlamıştır. Galen (M.S. 131-200) ise lezyonu bir yengece benzettiğinden “cancer” olarak adlandırmıştır. Kanser üzerinde ilk bilimsel mikroskobik inceleme Marcello Malpighi (1628-1694) tarafından yapılmış , bugün bilinen bir çok kanser tipi ise Morgagni (1682-1771) tarafından tanımlanmıştır (8).

4.2. EPİDEMİYOLOJİK BİLGİLER

Kanser günümüzde tüm dünyada en önemli sağlık problemlerinden biri olup mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenleri arasındadır. Bir çok ülkede nedeni bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerden sonra ikinci sırada yer alır (9). Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu’nun verilerine göre 2008 yılında tüm dünyada 12.4 milyon yeni kanser vakası ve 7.6 milyon kanser nedenli ölümün olduğu tahmin edilmektedir. Küresel çapta akciğer kanseri en yaygın kanser ve kanserle ilişkili ölüm nedenidir (7).

Kanser türlerinin sıklığı gelir gruplarına göre farklılık gösterir. Yüksek gelir grubundaki ülkelerde akciğer, meme, prostat ve kolorektal kanserler yaygın iken (10), düşük ya da orta gelir grubundaki ülkelerde ise mide, karaciğer, ağız boşluğu ve serviks kanserleri daha yaygındır (11,12).

Amerikada erkeklerde en sık görülen üç kanser sırasıyla % 25 prostat, % 15 akciğer, %10 kolorektal kanserler iken, kadınlarda en sık görülen üç kanser % 27 meme, % 14 akciğer, % 10 kolorektal kanserlerdir. En sık ölüme neden olan kanserler ise erkeklerde sırasıyla % 30 akciğer, % 9 prostat, % 9 kolorektal kanserler iken kadınlarda % 26 akciğer, % 15 meme, % 9 kolorektal kanserler olarak sıralanır (13).

Türkiyede her yıl 150.000 yeni kanser vakasının ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Ülkemizde erkeklerde görülen ilk üç kanser sırasıyla akciğer % 52.7, prostat % 24.3, deri % 20, kadınlarda görülen ilk üç kanser ise sırasıyla meme % 35.4, deri % 17.8, tiroid % 8.4'tür (14). Kanser ile ilgili gerçek verilere ulaşmak amacıyla ülkemizde kanser kontrol çalışmaları 1940'lı yıllarda kurumsallaşmaya başlamış, 1982 yılında ise kanser vakaları 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha kanununun 57. maddesi gereği bildirim zorunlu hastalıklar listesine alınmıştır. Ancak buna rağmen kanserle ilgili ülkemizdeki gerçek verilere henüz tam olarak ulaşılamadığı düşünülmektedir (14).

4.3. ETYOLOJİ

Kanserin etiyolojisinde çok çeşitli nedenler suçlanmaktadır (7).

1- Tütün ile ilişkili olanlar (tütün içimi, pasif içicilik, dumansız tütün):

Tütün kullanımı kanser, kalp ve damar hastalıkları, kronik akciğer hastalığı gibi bir çok kronik hastalık ile yakından ilişkilidir (15).

Tütün içimi başta akciğer kanseri olmak üzere, ağız boşluğu, hipofarenks ve sinüsler, orofarenks, larenks, ösefagus, mide, pankreas, karaciğer, mesane, böbrek, serviks ve miyeloid lösemi gibi bir çok farklı tipte kansere neden olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde tütün içimi insanlardaki tüm kanserlerin yaklaşık % 30'undan sorumludur (16).

Akciğer kanseri sigaranın neden olduğu tüm kanserler arasında sigarayla ilişkili en yüksek orana sahip kanser türüdür. Sigara içme süresi içicilerde artan kanser riskinin en önemli belirleyicisidir ve bu risk içilen sigara sayısı ile orantılı olarak artmaktadır.

Tütün dumanı içerdği polisiklik aromatik hidrokarbonlar ve tütüne özel nitrozaminlerle insanlarda saptanmış en yaygın kanserojendir.

Pasif içicilik akciğer kanserine, koroner kalp hastalığı, kronik akciğer hastalıkları gibi bir çok hastalığa yol açar ve fetüsün gelişimi üzerinde olumsuz etkilere neden olur . Hiç sigara içmeyenlerdeki akciğer kanserlerinin yaklaşık % 10-15'i pasif içicilikten kaynaklanmaktadır.

Dumansız tütün kullanımının oral kanser, farenks, ösefagus ve pankreas kanserlerine neden olduğu gösterilmiştir (7) .

2- Enfeksiyöz nedenler :

Dünya genelinde kanserlerin yaklaşık % 15-20'si enfeksiyöz ajanlardan kaynaklanır. Bunlar arasında, hepatit B virüsü (HBV) ve hepatit C virüsü (HCV) ile ilişkili olan hepatoselüler karsinom, human papilloma virüsü (HPV) ile ilişkili serviks, vulva, penis kanserleri, Epstein-Barr virüsü (EBV) ile ilişkili lenfomalar ve diğer kanserler, insan T hücreli lösemi virüsü (HTLV) ile ilişkilendirilen lösemi, insan herpes virüsü 8 (HHV8) ile ilişkilendirilen kaposi sarkomu, helicobacter pylori ile ilişkilendirilen gastrik kanser ve Schistosoma haematobium ile ilişkilendirilen mesane kanseri sayılabilir.

3- Alkol tüketimi :

Alkol içimi ile ağız boşluğu, farenks, larenks, ösefagus, karaciğer, kolon, rektum ve kadınlarda meme kanseri arasında ilişki saptanmıştır.

4- Üreme faktörleri ve endojen hormonlar :

Üremeye ilgili faktörler meme, endometriyum, over ve prostat kanserlerinin etyolojisiyle yakından ilişkilidir (7). İlk menstrüasyon yaşı, ilk ve son doğumun yapıldığı yaş, gebelik sayısı, menopoz yaşı, kanser riskiyle ilişkilidir. Endojen cinsiyet steroidlerine uzun süreli maruz kalma, menopoz sonrası kadınlarda meme ve endometriyum kanseri riskini artırır. İlk gebeliğin erken yaşta olması, multiparite ve uzun süreli emzirmenin meme kanseri riskinde azalmaya yol açtığı bilinmektedir (17). İlk menstrüasyonun erken yaşta, menopozun ise geç yaşta olması, nulliparite, hormon replasman tedavisi ve obezite gibi risk faktörleri endojen hormonların endometriyum kanserine neden olabileceğini düşündürmektedir (18).

İnfertilite, doğurganlığın düşük olması ve ailede over kanseri öyküsünün varlığı over kanseri riskini artırırken oral kontraseptif kullanımı, emzirme, histerektomi veya tüp ligasyonunun over kanserine karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir (19).

5- Ekzojen hormonlar :

Oral kontraseptif (OKS) kullanımı over ve endometriyum kanseri riskini azaltır ve kullanımı kestikten sonra da bu etkileri en az 20 yıl süreyle devam eder. OKS kullanımı sırasında meme ve serviks kanseri riskinde, menopoz sırasında hormon replasman tedavisi (HRT) alanlarda meme kanseri riskinde artış görülebilir. Fakat kullanımı kestikten sonra bu etkileri 5-10 yıl içinde giderek azalır. Karşılanmamış östrojen veya HRT endometriyal kanser riskini artırırken kesin olmamakla beraber kolorektal kanser riskini azaltabileceği söylenmektedir (20) .

6- Diyet ve beslenme :

Diyet ve kanser arasındaki ilişkiyle ilgili bilgiler son zamanlarda yapılan çalışmalarla giderek değişmektedir. Araştırmalar bazı belirli kanserlerin dışında, diyetin kanserlerin ancak çok küçük bir kısmıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle yağlı diyet, meyve, sebze ve et yeme alışkanlığının kolorektal, meme ve prostat kanserlerinin ortaya çıkmasıyla ilgili olmadığı yada çok az az bir kısmı ile ilişkili olduğu görülmüştür (7).

7- Obesite :

Yapılan çalışmalar obesitenin hem kadın hem de erkeklerde özofagus karsinomuyla, böbrek kanseriyle, erkelerde kolon kanseriyle, kadınlarda meme, endometriyum ve safra kesesi kanserleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Obesitenin prostat kanseriyle ilişkisini gösteren yeterli bir kanıt bulunamamıştır (21,22,23).

8- Fiziksel aktivite :

Fiziksel aktivitenin kanserden koruyucu olduğu, özellikle de meme ve kolon kanseriyle ilgili yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Fiziksel inaktivite kanser gelişimi için bir risk faktörüdür (21).

9- İyonize radyasyon :

İyonize radyasyona hem doğal hem de endüstriyel olan tıbbi ve diğer kaynaklarla maruz kalınması ile lösemi, meme kanseri ve tiroid kanseri başta olmak üzere çeşitli kanserlerin oluşma riski artabilir.

10- Güneş ışığı ve ultraviyole radyasyon :

Güneş ışığına maruz kalınmasının kutanöz melanom, bazal cilt kanseri ve skuamoz cilt kanserinin başlıca sebebi olduğu gösterilmiştir (24).

11- Elektromanyetik radyasyon :

Elektrik enerjisi iletimiyle üretilen düşük frekanslı elektromanyetik alanlar çocukluk dönemi lösemisi riski artışı ile ilişkilendirilmiştir.

Mobil telefonların yaydığı radyo frekansı radyasyon birçok çalışmada araştırılmıştır. Mobil ya da cep telefonlarının uzun süreli ve yoğun kullanımı orta derecede glioma, parotid bezi tümörlerine ve akustik nörinoma yol açabilir (7).

12- Çevre kirliliği ve mesleki maruziyet :

Asbest, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, ağır metaller ve silika gibi bir çok önemli karsinogene mesleki maruziyet söz konusudur.

Mesleki kanserler önlenabilir hastalıklar grubundandır. Çevrede bilinen, olası bir çok karsinojen madde bulunur. Bunlardan asbest akciğer, plevra, periton kanseriyle, aflatoksinler karaciğer kanseriyle, arsenik ve bileşikleri akciğer,deri kanseriyle, benzen lösemiyle, silika partikülleri akciğer kanseriyle, formaldehit nazofarenks kanseriyle, krom akciğer,burun kavitesi kanseriyle, tetrakloroetilen lenfomayla, ösefagus kanseriyle, ultraviyole A,B,C ışınları deri kanseriyle ilişkili olan bazı çevresel karsinojenlerdendir (7).

13- Genetik duyarlılık :

Kansere karşı genetik duyarlılığın nedeni, kanser gelişmesine yatkınlık oluşturan duyarlılık genlerinde belirli dizilim değişikliklerinin kalıtım yoluyla aktarılmasıdır. Kansere duyarlılık oluşturan genler onkogenler, tümör baskılayıcı genler veya risk modifiye edici genlerdir. Bunlardan en iyi bilinenleri Li-Fraumeni duyarlılık geni P 53, meme-over kanseri duyarlılık geni BRCA1, BRCA2 verilebilir. Kolon kanseri için bilinen duyarlılık genleri olan APC, MLH1, MSH2, retinoblastoma predispozisyon geni RB ve melanoma predispozisyon geni CDKN 2A (p16) bunlardan bazılarıdır (7).

14- Tıbbi ve iyatrojenik :

Kronik inflamasyon; akciğer kanseri, mezotelyoma, özafagus, kolorektal, mesane ve bazı diğer kanserlerde yüksek riskle ilişkilendirilmiştir. Şistozomiasis sonrasında mesane kanseri, pelvik enflamatuvar hastalığı sonrasında over kanseri, Barret metaplazisi sonrasında özafagus kanseri, inflamatuvar kalın bağırsak hastalığı, ülseratif kolit ve Crohn's hastalığı sonrasında kolorektal kanser, silikosis, asbestosis sonrasında akciğer kanseri ve mezotelioma, kronik pankreatit sonrasında pankreas kanseri görülebilir.

İnflamatuvar olaylar viral ve bakteriyel karsinogenesiste de önemli bir faktördür, H. Pylori sonrasında mide kanseri ve MALT lenfoma, Human Papillloma virüsü sonrasında serviks kanseri, hepatit B ve C virüsü sonrasında karaciğer kanseri ve Human Herpes virüsü tip 8 enfeksiyonunun ardından Kaposi sarkomu görülebilir. Siroz hastası olanlar daha fazla primer karaciğer kanseri yakalanma riski taşımaktadırlar. Diyabet endometriyal, kolorektal, karaciğer ve muhtemelen pankreas kanserlerinde yüksek riskle ilişkilidir.

Kemoterapi başta lösemi, olmak üzere karaciğer, serviks, cilt kanserlerine yol açabilir, immünosüpresif tedavi alanlarda lenfoma görülebilir. Post menopozal hormon replasman tedavisi alanlarda meme, endometrium, over kanserleri,oral kontraseptif kullanımıyla meme, karaciğer, serviks kanseri riski artar. Fenasetin kullanımı renal pelvis kanseri riskini artırır. Tanısal amaçlı radyasyon içeren tetkiklerle ya da radyoterapi ile etkilenen organlar ve yakın çevresi kanser gelişmesi açısından risk altındadır (7,25,26).

4.4. KORUNMA VE ÖNLEM

Yaşam tarzındaki bazı değişiklikler ile hem genel yaşam kalitesi arttırılabilir hem de kansere bağlı bir çok ölüm önlenabilir.

Bunlar :

- ✓ Sigaraya başlamamak ya da sigara kullanımının terkedilmesi
- ✓ Obesitenin önlenmesi
- ✓ Fiziksel aktivitenin arttırılması
- ✓ Hayvansal kaynaklı yağların kullanımının kısıtlanması, sebze ve meyve ağırlıklı beslenme
- ✓ Alkol alımının engellenmesi ya da sınırlandırılması
- ✓ Güneşe maruziyetin önlenmesi veya koruyucu önlemlerin alınması
- ✓ Kansere neden olabilecek mesleki veya çevresel faktörlerin kontrol altına alınması olarak sayılabilir.

Ayrıca kanser gelişimini engelleyebilecek ya da gelişebilecek bir kanserin erken tanınmasını sağlayarak daha kolay tedavi edilmesine olanak sağlayan bazı halk sağlığı programları mevcuttur

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından desteklenen bu programlar:

- ✓ 25 yaşından itibaren kadınlara serviks kanseri yönünden tarama yapılması
- ✓ 50 yaşından itibaren kadınlara meme kanseri yönünden tarama yapılması
- ✓ 50 yaşından itibaren hem kadınlara hem de erkeklere kolorektal kanser yönünden tarama yapılması
- ✓ Hepatit B virüsüne yönelik aşılama programlarına katılmak (7,27).

4.5. TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Kanser tedavisi planlanırken temel olarak tümörün histolojik tipi, tümör yükü ve spesifik organ tutulumunun boyutu yani evresi, spesifik kanser tipine ait biyolojik özellikler ve diğer prognostik faktörler göz önünde tutulmalıdır (28).

Günümüz modern tıbbında kanser tedavisine üç temel yaklaşım vardır. Bunlar kanser cerrahisi, radyasyon tedavisi ve medikal onkolojik tedavilerdir. Dördüncü bir tedavi yöntemi olan biyolojik tedaviler (sitokinler, antikorlar, aşılar) kanser tedavisine yeni bir boyut kazandırmıştır.

4.5.1. KANSER CERRAHİSİ :

İlk kanser cerrahisinin M.Ö. 1600' lü yıllarda Mısır'da gerçekleştirildiği sanılmaktadır (29).

Kanser cerrahisi çok çeşitli amaçlar için yapılabilir:

- ✓ Kanser taranmasında veya önlenmesinde cerrahi yapılabilir. Multipl Endokrin Neoplazi 2A ve 2B' nin bir parçası olarak karşımıza çıkabilen medüller tiroid kanserinin önlenmesi amacıyla RET protoonkogenlerini taşıyan kişilere erken yaşta tiroidektomi yapılması, BRCA-1 veya BRCA-2 mutasyonlarına sahip kişilerde yaşam boyu yüksek meme ve over kanseri riski nedeniyle koruyucu amaçlı bu organların çıkarılması bu amaçla yapılabilen cerrahiye iyi bir örnektir (30).
- ✓ Kanser teşhisini, doku tanısını koymak için
- ✓ Kanser boyutunu belirlemek ve evrelemek için
- ✓ Kanser tedavisinde tümörsüz cerrahi sınır kalacak şekilde primer tümörü çıkarmak ya da metastazların çıkarılması için
- ✓ Kanser primer tedavisinden sonra doku ve organların eski şekline ya da fonksiyonuna kavuşturulması amacıyla yaşam kalitesini arttırmak için cerrahi yapılabilir.
- ✓ Kanserde palyasyon sağlamak, hasta konforunu arttırmak için, beslenmenin sağlanması, ağrı kontrolünün sağlanması gibi tıbbi durumlarda yapılabilir.
- ✓ Kanser hastalarında oluşabilecek acil cerrahi durumların tedavisinde yapılabilir. Örneğin tedaviyle ilişkili ya da spontan oluşabilecek organ perforasyonları, büyük çaplı kanamalar, abse tedavisinde, tümöre bağlı spinal kord basılarında ya da plevral effüzyonun tedavisi gibi durumlarda da cerrahi yapılmalıdır.

Kemoterapi ve radyoterapinin gelişmesiyle birlikte radikal cerrahi gereksinimi giderek azalmıştır. Kanser tedavisi planlanırken hastanın kür şansını arttırmak ve cerrahi boyutu en aza indirmek için multimodel bir tedavi yaklaşımı içinde bulunulmalıdır (7,28).

4.5.2 RADYASYON TEDAVİSİ :

Küratif ve palyatif kanser tedavisi uygulamalarında radyoterapi kullanılabilir. Kanser hastalarının % 50'sinden fazlası tedavilerinin bir döneminde mutlaka radyasyon tedavisi görmektedirler. Cerrahi ile kıyaslandığında mortalite ve morbidite ile daha az ilişkilidir. Bazı özel durumlarda doku ve organ bütünlüğünü sağlamak ve fonksiyonunu korumak için küratif olarak kullanılabilir. Örneğin erken larenks kanserinde radyoterapi vokal kord fonksiyonlarını koruyarak küratif tedavi sağlayabilir ya da meme kanserinde yapılan meme koruyucu cerrahi sonrası verilen radyoterapi lokal nüksü azaltabilir.

Radyoterapinin önemli palyatif amaçlı kullanımları vardır. Osteolitik kemik metastazlarında ağrıyı azaltır ve iyileşmeyi hızlandırır. Akciğer kanserinde tümörü küçülterek postobstrüktif enfeksiyonun iyileşmesini kolaylaştırması gibi palyatif kullanım amaçları vardır.

Radyasyon, moleküler oksijenle etkileşime girerek DNA'ya zarar veren ya da kırılmaya yol açan süperoksit, hidrojen peroksit ve hidroksil radikallerini açığa çıkarır. Hem tek hem de çift sarmallı DNA hasarı oluştururlar. Bu kırılmalar tamir edilmezse hücre ölümüne sebep olurlar.

Radyoterapiye bağlı yan etkiler gelişen teknolojiyle birlikte giderek azalmakla birlikte hala görülmektedir. Bunlardan en sık görülenleri bulantı, kusma, iştahsızlık, ses kısıklığı, saç ve kıllarda dökülmelerdir. Bunun dışında baş boyun bölgesine radyoterapi alanlarda ağız kuruluğu, lokal ülserler, ösefajit oluşabilir. Ciltte yanıklar, kemik iliği baskılanması, radyasyon pnömonisi, ishal, mukozit, doku ve organlarda görülen fibrozis, sekonder maligniteler diğer yan etkileri arasındadır (28).

4.5.3. MEDİKAL ONKOLOJİK TEDAVİLER :

Kanser tedavilerinde kullanılan kemoterapi ajanlarının çoğu antiproliferatif etkiye sahiptirler. Bu ilaçlar genellikle kombine tedavide yer alırlar. İdeal bir kanser ilacından beklenen normal dokulara zarar vermeden kanserli dokunun ortadan kaldırılmasıdır. Ancak bu ilaçların çoğunun ciddi yan etkileri söz konusudur.

Özellikle kemik ilgi, kıl folikülleri ve gastrointestinal sistem epitel hücreleri gibi hızlı proliferen olan hücreler sitotoksik ilaçların toksisitelerine daha duyarlıdır. Bu ilaçların nötropeni, anemi, trombositopeni, mukozit, ishal, saç dökülmesi, nörotoksite, nefrotoksite, akciğer fibrozisi, sekonder malignitelerin gelişmesi gibi bir çok ciddi yan etkileri vardır (28,31).

BAZI ANTİNEOPLASTİK AJANLAR VE YAN ETKİLERİ :

Normal bir hücre siklusu G0, G1, S, G2 ve M olmak üzere 5 faza ayrılır. M fazı hücrelerin mitoz fazıdır, G0 dinlenme fazı olup hücrelerin bu dönemde bölünme kapasiteleri yoktur. G1 fazı DNA sentezinden önce yer alan ve RNA sentezinin yapıldığı dönemdir. S fazı mitoz öncesinde DNA sentezinin yapıldığı dönemdir. G2 fazı ise S fazından sonra ve mitozdan hemen önce yer alır, nükleus mitoz için hazırlanır.

Bazı kanser ilaçları hücre siklusu içindeki fazlardan herhangi birine spesifik etki gösterirken, bazı ilaçlar ise hücreye her dönem sitotoksik etki yaparak faza spesifik etki göstermezler. En etkili sitotoksik ajanların çoğu DNA hasarı oluşturur. Sitozin arabinosid, hidroksiüre, 6-merkaptopürin ve metotreksat S fazına spesifik ajanlardan bazılarıdır. Vincristin, vinblastin ve paklitaksel M fazına spesifik etki ederlerken, alkilleyici ajanlar, nitrozürel, antitümör antibiyotikler, prokarbazin, sisplatin, dakarbazin gibi ilaçlar ise faza spesifik olmayan ajanlardır (32,33).

A- ALKİLLEYİCİ AJANLAR :

Nitrojen Mustard :

Mekloreタミン Hodgkin ve non Hodgkin lenfomalarda kullanılır.

Siklofosfamid ve İfosfamid akut lösemilerde, kronik lenfositik lösemide, Hodgkin ve non Hodgkin lenfomalarda, multipl myelomda, nöroblastomda, meme, over, akciğer kanserlerinde, Wilm's tümöründe, serviks, testis kanserlerinde ve yumuşak doku sarkomu gibi bir çok kanser tedavisinde kullanılır.

Bu grupta yer alan diğer bir ilaç olan Melfalan ise Multipl myelom, meme ve over kanserlerinde kullanılırken, Klorambusil kronik lenfositik lösemide, Hodgkin ve non Hodgkin lenfomalarda kullanılır.

Etileniminler ve Metileniminler :

Bu gruptan Altretamin over kanserinde, Tiyotepa ise meme, over ve mesane kanserlerinde kullanılır.

Metilhidrazin türevleri :

Prokarbazin Hodgkin hastalığında kullanılır.

Triazenler :

Dakarbazin ve temozolomid malign melanom, yumuşak doku sarkomları, gliom ve Hodgkin hastalığında kullanılır.

Alkil sülfonat :

Busulfan kronik myelositer lösemide kullanılır.

Nitrozüreler :

Karmustin, Hodgkin ve non Hodgkin lenfomalarda, primer beyin tümöründe ve melanomlarda kullanılırken bu grupta yer alan diğer ilaç olan Streptozosin ise malign pankreatik insülinomalar ve karsinoid tümör gibi endokrin tümörlerde etkilidir.

Platin bileşikleri :

Sisplatin, Karboplatin ve Oksaliplatin bu grubun üyeleridir. Testis, over, mesane, ösefagus, akciğer ve kolon kanseri gibi bir çok kanserin tedavisinde kullanılır.

Alkilleyici ajanların genel yan etkileri :

Kemik ilgi toksisitesi, mukozal toksisite, nörotoksisite, pulmoner fibrozis, venookluzif hastalıklar, hemorajik sistit, nefrotoksisite, ilaç verilirken damar dışına çıkması sonucu ülserasyonlar, kadınlarda ve erkeklerde gonadotoksisite ve lösemi oluşumu gibi ciddi bir çok toksik etkiye sahiptirler (28,32,33,34).

B- ANTİMETABOLİTLER

Folik Asit Analogları :

Metotreksat akut lösemilerde, koryokarsinomda, meme, baş boyun ve akciğer kanserlerinde, osteosarkomda, mesane kanserinde kullanılır.

Pemetreksat mezotelyoma ve akciğer kanserinde kullanılır. Başlıca toksisiteleri kemik iliği, gastrointestinal sistem üzerinedir. Karaciğer fibrozisine, siroza ve böbrek toksisitesine yol açabilirler. Akut kimyasal araknoidite, akut nörotoksositeye, kimyasal pnömoniye ve ensefalopatiye diğer neden olabilirler.

Primidin Analogları :

Flourourasil ve kapasitabin meme, kolon, ösefagus, mide, pankreas, baş ve boyun kanserlerinde kullanılır. Akut serebellar sendroma, anjinaya, nistagmusa, fotosensitiviteye, el ayak sendromuna, gastrointestinal toksositeye, miyelosupresyona, alopesiye, kimyasal konjunktivite ve kardiyak toksositeye yol açabilirler.

Bu grubun diğer üyesi olan Sitarabin başta akut miyeloblastik lösemilerde, blastik fazdaki kronik miyelositer lösemilerde, akut lenfoblastik lösemilerde ve non Hodgkin lenfomalarda kullanılır. Ağır miyelosupresyona, serebellar disfonksiyona, döküntülere, alopesiye, mukozite ve kimyasal konjunktivite yol açabilir.

Gemsitabin, ileri evre pankreas kanserinde, metastatik meme kanserinde, over ve akciğer kanserlerinde kullanılır. Döküntü, alopesi, mukozit, miyelosupresyon, pulmoner ödem, hemolitik üremik sendrom ve fibrozis gibi yan etkilere yol açabilirler.

Pürin Analogları ve ilişkili inhibitörler :

Merkaptopürin akut lösemilerde kullanılır. Döküntü, alopesi, mukozit, hepatotoksosite, tümör lizis sendromu, derinin skuamöz hücreli kanseri ve akut myeloblastik lösemilerin gelişmesine neden olabilirler.

Pentostatin, Kladribin, Fludarabin saçlı hücreli lösemi, kronik lenfositik lösemi ve non Hodgkin lenfomalarda kullanılır. Başlıca toksisite bulguları miyalji, ajitasyon, döküntü, otoimmün hemolitik anemi, mukozit, periferik nöropati, optik nörit, koma ve miyelosupresyondur (32,33,34,35).

C- DOĞAL ÜRÜNLER :

Vinka Alkaloidleri :

Vinblastin ve Vinorelbin meme, akciğer, testis kanserlerinde, Hodgkin ve non Hodgkin lenfomalarda kullanılırlar. Uygulanan bölgedeki ekstrevasyonu doku nekrozuna yol açabilir. Alopesi, stomatit, oftalmopleji, miyelosupresyon, mukozit ve uygunsuz ADH salınımı sendromuna yol açabilirler.

Vincristin akut lenfoblastik lösemide, lenfomalarda, multipl myelomada, küçük hücreli akciğer kanserinde, meme kanserinde ve nöroblastom gibi bir çok hastalıkta kombinasyon tedavilerinde kullanılır. Nörotoksisite, miyelosupresyon, mukozit ve uygunsuz ADH salınımı sendromuna yol açabilirler.

Taksanlar :

Paklitaksel, Dosetaksel over, meme, akciğer, mesane, baş ve boyun kanserlerinde kullanılırlar. Nötropeni, miyalji, periferik nöropati, mukozit, hipersensitivite reaksiyonları, periferik ve pulmoner ödem bilinen yan etkileridir.

Epipodofilotoksinler :

Etoposid ve Teniposid, testis tümörü, lenfomalar, küçük hücreli akciğer kanseri, kaposi sarkomu ve akut miyeloblastik lösemide kullanılır. Esas yan etkileri miyelosupresyon, gastrointestinal yan etkiler, alopesi, mukozit, anafaksi, flebit, hepatotoksisite ve sekonder malignitelerdir.

Kamptotekinler :

Topotekan, İrinotekan over kanseri, hematolojik maligniteler, küçük hücreli akciğer kanseri, kolon kanseri, nöroblastom ve rabdomiyosarkomda kullanılır. Ağır miyelosupresyon, diyare, mukozit, alopesi, karaciğer enzimlerinde yükselme sık görülen toksisite bulgularıdır.

Antibiyotikler :

Daktinomisin Wilm's tümörü, ewing sarkomu, testis kanseri, koryokarsinom ve embriyonal rabdomiyosarkomun kombinasyon tedavilerinde yer alır. Miyelosupresyon, mukozit gibi yan etkileri vardır. Daunorubisin akut lösemilerde kullanılır.

Doksorubisin yumuşak doku ve kemik sarkomlarında, akut lösemilerde, lenfomalarda, meme, genitoüriner sistem, tiroid, akciğer ve mide kanserleri gibi bir çok kanserde kullanılır.

En sık görülen akut yan etkiler bulantı, kusma, alopesi, mukozit ve miyelosupresyondur.

Antrasiklinlerin cilt altına ekstrevasyonu ciddi nekroza neden olur. Akut dönemde kardiyak aritmiye, kronik dönemde ise kümülatif dozla ilişkili olarak geri dönüşümsüz kardiyomiyopatiye yol açabilirler.

Antrasenedion :

Mitoksantron akut myeloblastik lösemide, meme ve prostat kanserinde kullanılır. Ateş, bulantı, stomatit, mukozit, flebit, dermatit, alerjik reaksiyonlar, miyelosupresyon gibi yan etkileri vardır. Bleomisin testis, serviks kanseri, deri kanseri, baş-boyun kanserleri, rektum kanseri ve lenfomaların tedavisinde kullanılır. Hafif miyelosupresyon yapar. Anaflaktik reaksiyonlara yol açabilir. En önemli yan etkisi kümülatif doza bağlı pulmoner fibrozistir.

Mitomisin :

Baş- boyun, meme, akciğer kanserinde, gastrointestinal ve genitoüriner sistem kanserlerinin tedavisinde kullanılır. Miyelosupresyona ve kemik iliği hipoplazisine yol açabilir. Bulantıya, kusmaya, interstisyel pnömoniye , nefrotoksisiteye ve hemolitik üremik sendroma yol açabilir.

Enzimler :

L-Asparaginaz akut lenfoblastik lösemilerde kullanılır. Aşırı duyarlılık reaksiyonları, tromboz, pankreatit gibi yan etkilere sahiptir (32,36,37).

D- HEDEFE YÖNELİK TEDAVİLER

1- Monoklonal Antikorlar

Rituksimab :

B hücrelerinin yüzeyindeki bir belirteç olan CD 20'yi hedef alır. CD 20 (+) lenfomalarda kullanılır. Bulantı, kusma, döküntü yapabilir. Hematolojik, kardiyak ve renal toksisiteye yol açabilir.

Trastuzumab :

İnsan epidermal büyüme faktör (HER-2) reseptörünü hedef alır. HER-2 aşırı ekspresyonu gösteren meme kanserinde kullanılır. Kemik iliği supresyonu, diyare, kardiyomiyopati ve hipersensitivite reaksiyonlarına yol açabilir.

Tositumomab, İbritumomab :

CD 20'yi hedef alan bir monoklonal antikordur. CD 20 (+) dirençli non Hodgkin lenfomalarda kullanılır. Asteni, mielosupresyon, anjiyoödem, plevral effüzyon yan etkilerindendir.

Alemtuzumab :

Tüm B ve T hücrelerinin yüzeyinde bulunan CD 52'yi hedef alan bir antikordur. KLL'nin tedavisinde kullanılır. Hematolojik toksisiteye ve fırsatçı enfeksiyonlara yol açabilir.

Gemtuzumab :

CD 33'ü hedef alan bir monoklonal antikordur. Akut myeloblastik lösemide kullanılır. Nötropeniye, trombositopeniye, hiperbilüribinemiye ve karaciğer enzimlerinde artışa yol açabilir.

Cetuximab :

Kolorektal kanserlerde irinotekan ile kombine kullanılır. Akneiform döküntü, ateş, asteni ve yorgunluk yapabilir.

Bevasizumab :

Vasküler endotelial büyüme faktörüne (VEGF) karşı geliştirilmiş bir monoklonal antikordur. Anjiyogenezisi engeller . Kolorektal kanserler, küçük hücreli dışı akciğer kanseri, meme kanserinde kullanılır. Santral sinir sistemi metastazı olanlarda kanamaya neden olabilir. Gastrointestinal perforasyona, kanamaya, tromboemboliye, nefrotik sendroma diyareye, bulantı ve kusmaya yol açabilir.

2- Küçük Moleküller :

Küçük moleküller, kanser hücrelerindeki aktif olan bazı özel yolları hedef alarak onların büyüme kabiliyetini değiştirir.

İmatinib :

Tirozin kinaz inhibitörüdür. Özellikle kronik miyelositer lösemide ve gastrointestinal stromal tümörlerde kullanılır. Miyelosupresyon, diyare, bulantı, kusma, sıvı retansiyonu gibi toksisite bulguları vardır.

Nilotinib :

İmatinib'e dirençli, Philadelphia (+) Kronik miyelositer lösemisinin tedavisinde kullanılır.

Gefitinib :

Transmembran hücre yüzey reseptörleriyle ilgili çeşitli tirozin kinazların intraselüler fosforilasyonunu inhibe eder. Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde kullanılır.

Bortezomib :

Bir tersinir 26 S proteazom inhibitörüdür. Refrakter multipl myelomada kullanılır. Halsizlik, ateş, bulantı, kusma, anemi, trombositopeni ve periferik nöropati yapabilir.

Sunitinib :

Bir tirozin kinaz inhibitörü olup, özellikle renal hücreli karsinomlar ile gastrointestinal stromal tümörlerde kullanılır.

Sorafenib :

Tirozin kinaz inhibitörüdür. Metastatik renal hücreli kanser ve hepatoselüler kanser tedavisinde kullanılır.

Erlotinib :

Tirozin kinaz inhibitörüdür. Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde kullanılır.

Denilökin Diftitoks :

İnterlökin-2 ile birleştirilmiş A ve B difteri toksin fragmanlarından oluşan bir interlökin- 2 reseptör spesifik füzyon proteinidir. Kutanöz T hücreli lenfomalarda kullanılır. İshal, bulantı, vasküler kaçak sendromu, ateş ve hipotansiyon yapabilir (28,31,32,36,37).

E-DİĞERLERİ :

Hidroksiüre :

Kronik miyelositer lösemi'nin, polisitemia vera'nın, esansiyel trombositozun, baş- boyun kanserlerinin ve metastatik melanomun tedavisinde kullanılır. Yüksek dozlarda miyelosupresyona, interstisyel pnömoniye, mukozite ve megaloblastik anemiye neden olabilir.

Farklılaştırıcı ajanlar :

All-trans retinoik asit (ATRA) ve arsenik trioksit diferansiyasyonu sağlamak amacıyla akut promyelositik lösemide kullanılır. ATRA sendromuna yol açabilir.

Talidomid :

Multipl myelomda kullanılır.

Biyolojik yanıt değiştiriciler :

İnterferonlar hematolojik maligniteler ve solid tümörlerde etkilidir. Hairy cell lösemi, Kaposi sarkomu, kronik miyelositer lösemi, multipl myelom, düşük dereceli non Hodgkin lenfomalarda, metastatik melanomlarda ve renal hücreli kanserlerde kullanılır. İştahsızlık, kilo kaybı, kardiyak aritmiler, bulantı, kusma, lökopeni, miyalji, grip benzeri şikayetlere ve hepatik disfonksiyona yol açabilir.

İnterlökin-2 immünmodülatör bir sitokindir. Renal karsinom ve melanomada etkilidir.

Levamisol :

İmmün sistemi uyaran bir antihelmintikdir. Kolon kanserinde kullanılabilir (32,36,37).

F-KANSERDE ENDOKRİN AJANLAR İLE TEDAVİ

Steroid hormonlar ve anti hormonlar :

Meme, prostat ve uterus kanserlerinde özellikle yararlıdırlar.

Östrojenler ve östrojen reseptör modulatörleri :

Tamoksifen, raloksifen, toremifen bu gruptadır. Tamoksifen malign dokularda östrojen reseptörüne bağlanır. Hormon reseptörü eksprese eden meme kanserinde kullanılır. Sıcak basmaları, sıvı retansiyonu ve tromboemboli gibi yan etkileri vardır.

Aromataz inhibitörleri :

Aminoglutetimid, anstrazol, letrozol, exemestane başlıca olan aromataz inhibitörleridir. Postmenopozal kadınlarda meme kanserinde kullanılır. Baş dönmesi, bulantı, kusma, deri döküntüsü gibi yan etkilere yol açarlar.

Antiandrojenler :

Bikalutamid, flutamid, nilutamid bu gruptadır. Prostat kanserinde kullanılırlar. Mastodini, galaktore, jinekomasti, tüy kaybı, görme bozukluğu gibi yan etkileri vardır.

Progestinler :

Meme kanseri ve endometrium kanserinde kullanılırlar. En sık kullanılanları megestrol asetat ve medroksiprogesteron asetat'tır. Megestrol asetat aynı zamanda kanser kaşeksisinde iştah arttırıcı olarak da kullanılır.

Glukokortikoidler :

Glukokortikoid ilaçlar lenfolitik etkilidirler. Akut lenfoblastik lösemi, lenfomalar ve multipl myelomun tedavisinde kullanılırlar. Ayrıca hiperkalsemi ve beyin ödemi gibi kanser komplikasyonlarının tedavisinde de kullanılabilirler.

Gonadotropin salıverici hormon (GnRH, LHRH) : Prostat kanserinde kullanılır. Leuprolid asetat ve goserelin asetat'ın uzun etkili formları mevcuttur (32,37).

5- TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER

Günümüzde bir çok insan içinde bulundukları sağlık problemleri nedeniyle TAT yöntemlerini kullanmaktadır (1). TAT kullanımı son yıllarda hem gelişmekte olan hem de endüstrileşmiş ülkelerde giderek artmıştır (38,39).Yapılan araştırmalar kanser hastalarının önemli bir kısmının TAT yöntemlerine başvurduğunu ortaya çıkarmıştır (40,41).

TAT yöntemlerine artan ilgi nedeniyle 1998 yılında Amerika’da ulusal sağlık enstitüsüne (The National Institutes for Health (NIH) bağlı ulusal tamamlayıcı ve alternatif tıp merkezi kurulmuştur (The National Center for Complementary and Alternative Medicine) (NCCAM). Bu merkezin amacı TAT uygulamaları hakkında bilimsel araştırmalar yapmak, bunların etkinliğini ve güvenilirliğini inceleyip halkı bilgilendirmek ve kanıtlanmış tedavilerin modern tıbbı entegrasyonunu sağlamaktır.

NCCAM’ a göre tamamlayıcı ve alternatif tedaviler , şu anda geleneksel (konvansiyonel) tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamaları grubudur (1). Amerikan kanser birliği ve NCCAM tamamlayıcı tedavileri modern tıbbın önerdiği tedavilerle birlikte kullanılan tedaviler olarak tanımlarken, alternatif tedavileri ise hastalığın geleneksel tedavisi yerine kullanılan uygulamalar olarak tanımlar (1,42).

Bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış geleneksel tedavi yaklaşımlarının bilimsel tedavilerle birlikte kullanılabilmesinin yararlı olabileceğine dair bazı bulgular elde edilmiştir. Bilimsel temeli olan bu birlikteliğe entegre tıp adı verilir. Entegre tıp uygulayıcıları bilimsel tıp ile uyumlu olacak şekilde tamamlayıcı tıp tedavilerini uygularlar (1,43).

NCCAM tamamlayıcı ve alternatif tedavileri gruplandırarak 5 kategoriye ayırmıştır.

5.1. ALTERNATİF MEDİKAL SİSTEMLER:

Batı kültüründen gelişmiş homeopati, naturopati ve batı dışı kültürlerden gelişmiş Ayurveda, geleneksel Çin tıbbı ve Tibet tıbbı gibi medikal sistemleri içerir.

Homeopati :

Avrupa kökenli bir alternatif tıp yöntemidir. Tarihte ilk defa Alman Dr. Samuel C Hahnemann (1755-1843) tarafından kurulup geliştirilmiştir. İyileştirme yöntemini benzeri benzerle tedavi etme esasına dayandırır. Dr. Hahnemann ve diğer homeopati uygulayıcıları bir hastalığın, benzer bir hastalığa yol açan maddelerin çok küçük dozlarda verilmesiyle tedavi edileceğine inanırlar. Homeopatinin temel prensiplerinden biri de, tedavide kullanılan bitkisel veya hayvansal ürünlerin, minerallerin ve sentetik maddelerin 100 kata kadar varabilen miktarlarda seyreltilerek kullanılabilmesidir. Buna göre, herhangi bir madde sağlıklı bir kişide hastalık belirtileri oluşmasına yol açıyorsa, aynı hastalık belirtilerini gösteren bir hasta o maddeyle tedavi edilebilir. 1700'lü yıllarda dönemin ciddi bir hastalığı olan sıtmanın doğasını anlamak için kinin isimli ilacı tekrarlayan dozlarda kullanan sağlıklı uygulayıcılarda sıtma benzeri tablonun ortaya çıkması nedeniyle homeopati uygulayıcıları tezlerinin doğru olduğuna inanmışlardır, daha sonra da sıtmanın tedavisinde parazitin seyreltilmiş miktarlarının hastalara uygulanmasıyla benzeri benzer ile tedavi etmek tezinin desteklendiği ileri sürülmüştür (1,43,44,45).

Naturopati :

Naturopatinin kökenleri antik Yunanistan'a kadar dayanır. Naturopati, diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte bitkiler, masaj ve manipülasyon gibi tamamlayıcı ve alternatif tıp tedavileri aracılığıyla vücudun kendi kendini iyileştirme yeteneğini desteklemeye çalışır (42).

Ayurveda :

Ayurveda ya da Ayurvedik tıp Hindistan kökenli bir antik sağlık sistemidir. Çin ve Tibet sağlık sistemlerini etkilemiştir. Modern tıp hastalığın tedavisini hedeflerken Ayurvedik tıp ise hastalığı önlemeyi, sağlığı korumayı hedefler. Beden, akıl ve ruh arasındaki dengenin hastalıkları önlediğine ya da iyileştirdiğine inanılır. Kullanılan tedavi yöntemleri bitkisel ürünler, masaj ve yoga gibi bedensel terapileri içerir (42,45,46).

Geleneksel Çin Tıbbı :

Doğu kültürüne ait bir tamamlayıcı tıp sistemidir. Çin bitkisel tıbbı yaklaşık olarak 4000 yıldır uygulanmaktadır. Çin bitkisel tıbbında uygulanan doğal ürünler: bitkisel karışımlar, hayvansal ürünler, böcekler, taş ve minerallerdir. Doğal ürünler dışında meditasyon, masaj ve akupunktur gibi uygulamaları da kullanır (1,43).

5.2. ZİHİN-VÜCUT TIBBİ:

Zihin yoluyla vücut sağlığını etkilemeyi hedefler. Biofeedback, hipnoz, meditasyon, yoga, dua veya dinsellik ve sanat terapisi (müzik yada dans) gibi yöntemlerle tedavi etmeyi amaçlar.

Meditasyon:

Latince “meditaio” sözcüğünden türemiş olup batı dilinde “derin düşünme” anlamına gelir. Kişinin iç huzuruna ve özüne ulaşmasına olanak veren zihnini denetleme tekniklerine verilen isimdir (39,43). Meditasyon sırasında kasların gevşediği, kan basıncı ve vücut sıcaklığının azaldığı, dokuların oksijen ihtiyacının azaldığı gözlemlenmiştir (49).

Yoga:

Yoga kelime olarak Sanskritçe “birleştirmek, bütünleşmek” anlamına gelir. 2000 yıl kadar önce Hindistan’da doğmuştur (50). Aynı zamanda Hindistan’ın geleneksel bir tedavi yöntemi olan Ayurveda’nın bir parçası olarak da karşımıza çıkar.Yoga’nın bedeni, zihni ve ruhu eğiten en eski yöntemlerden biri olduğu sanılmaktadır. Bir çok uygulama biçimi vardır.

Uygulamaların çoğu meditasyon, duruş ve nefes kontrolüne dayanır (43,51). Yapılan çalışmalar kanserli hastalarda hem hastalığın, hem de tedaviye bağlı yan etkilerin giderilmesinde etkili olduğu ve yaşam kalitesini arttırdığı görülmüştür (44).

Dinsellik:

Dinsellik, insanların kendilerinden daha büyük daha yüce bir yaratıcının varlığına inanması ve onun farkına varması durumudur. Dinsellik, dua yada farklı ibadet şekilleriyle dışa vurulabilir (43). Dini inançlar, insanların kendilerinden yüce bir varlıkla bağlantı kurmalarına ve hayatın anlamına dair bilgileri elde etmeye çalışmalarına yardımcı olmaktadır (52).

Dua etme çoğu toplumda iyileştirici bir uygulama olarak kabul edilir. Dua etme şekli dini inançlara göre farklılıklar göstermektedir. İnançlı olma ve dua tedavisinin günümüzde başta kanser olmak üzere ciddi birçok hastalıkta yararlı olduğunu gösteren bir çok çalışma mevcuttur. İleri evre kanseri olan hastalarda yapılan 43 çalışmanın değerlendirilmesinde dinselliğin sorunlarla başa çıkabilme yeteneğini arttırdığı gösterilmiştir.

Meme kanserli hastalarda dinsel ve duanın depresyon sıklığını azalttığı, bağışıklık sistemini güçlendirdiği görülmüştür (43). Ayrıca vücut ağrılarının neden olduğu depresyon ve anksiyetenin tedavisinde de etkili olmaktadır (53,54).

Müzik Tedavisi:

Hastaların müzikle tedavisi eski Yunan uygarlığına dayanmaktadır. Müziğin tedavi edici etkilerinin olması nedeniyle eski çağ medeniyetlerinden günümüze kadar gelmiştir. Müzik ile sosyal ilişkiler daha fazla geliştirilebilir ve konsantrasyonun sağlanmasında etkilidir (55). Çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılır. Kanserli hastalarda anksiyetenin azaltılmasında, bulantı ve kusmanın tedavisinde yararının olduğu gösterilmiştir. Yaşam kalitesini arttırdığı ve son dönem kanser hastalarında gevşemeye yol açarak etkili olduğu görülmüştür (43).

Hipnoterapi:

Hipnoz sözcük, bakış yada başka araçlarla telkine yatkınlık oluşturan, algı, bellek, duygu ve düşüncede değişikliklerin gerçekleşebildiği uyku ile uyanıklık arasında bir durumdur. Çeşitli davranış bozukluklarının tedavisinde, korku ve endişenin giderilmesinde, kanser hastalarında bulantı, kusmanın giderilmesinde, depresyon gibi bir çok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır (56). Hipnoz ile ilgili ilk kanıtlar antik Yunan da M.Ö. 1400 yıllarına dayanmaktadır. Eski Yunan'da histerinin ve gerginliğin tedavilerinde kullanılmıştır. 1958 yılında Amerikan Tıp Birliği hipnozun tıpta kullanılabileceğini kabul etmiştir (57,58).

5.3. BİYOLOJİK TABANLI TEDAVİLER:

Tamamlayıcı ve alternatif tıp'daki biyolojik tabanlı uygulamalar, doğada bulunan bitki, yiyecek ve vitaminler gibi maddelerden sağlanır. Diyet takviyeleri, bitkisel ürünler ve diğer doğal olarak bilinen ama bilimsel olarak henüz kanıtlanmamış tedaviler (örneğin köpek balığı kıkırdığı kullanarak kanseri tedavi etmeye çalışmak) bu gruptan sayılabilir.

Aromaterapi:

Çiçek, bitki ve ağaçlardan elde edilen esansiyel yağların, sağlık ve iyilik durumunu yükseltmek için genellikle inhaler yoldan alınmasıyla gerçekleştirilen bir tamamlayıcı tıp yöntemidir (1). Aromaterapide kullanılan esansiyel yağlar duygu durumunun kontrolünde, hafızanın arttırılmasında, demans'ta kognitif fonksiyonların düzenlenmesinde etkilidir. Ayrıca anksiyolitik ve antidepresan olarak da kullanılmaktadır (59,60).

Fitoterapi:

Fitoterapi, tıbbi bitkilerle tedavi etmek anlamına gelir. Bitkilerin, kök, yaprak, tohum veya çiçeklerinde bulunan kimyasal maddelerden yararlanılarak hastalıkların tedavi edilmesidir (61). Fitoterapi, günümüzde alternatif tıp konuları arasında yer alır ve tarihi süreç içerisinde bir çok tıp bilimine öncülük etmiştir. Fitoterapi terimini ilk defa 1870-1953 yılları arasında yaşayan Fransız doktor Henri Lenclerc'in La Presse Medikal adlı dergide kullandığı sanılmaktadır (62). Bitkisel ürünler doğal oldukları için sıklıkla güvenli olarak algılanırlar, ancak pek çok bitki yüksek oranda toksiktir. Diğer tamamlayıcı tıp yöntemlerine göre bitkisel tedaviler toksisite ve yan etkileri açısından çok daha risklidir (63).

Çinde geleneksel bitki bazlı tedaviler toplamdaki tıbbi tüketimin % 30-50'sini oluşturur (64). Tüm dünyada bitkisel ürünlerin tedavi amacıyla kullanımı bu kadar yaygın olduğu halde yapılan çalışmalarda elde edilen etkinliklerle ilgili kanıtlar sınırlıdır. 2001'de Amerika'da en yaygın olarak kullanılan 10 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 kantaron'un etkili olduğuna dair istatistiksel anlamlı sonuçlar çıkmıştır. Bu 10 bitkiden geriye kalan 6 bitkinin etkin olduğuna dair bilgiler ise çok sınırlıdır (62).

Ülkemizde kanser hastalarının TAT yöntemlerini kullanmasıyla ilgili yapılan kapsamlı bir araştırmada en sık kullanılan TAT yönteminin bitkisel karışımların olduğu ve bitkilerden de en sık ısırgan otu ve tohumunun tercih edildiği saptanmıştır (65). Isırgan otunun bilimsel ismi *Urtica dioica*'dır. Isırgan otunun özellikle benign prostat hiperplazisinde etkili olduğu, semptomları azalttığı görülmüştür. Ancak yapılan çalışmalar ısırgan otunun kanseri tedavi edici hiç bir etkisinin olmadığını ortaya koymuştur (43).

5.4. MANİPÜLATİF VE VÜCUT TEMELLİ TEDAVİLER:

Vücudun manipüle edilmesi esasına dayanır. Masaj, şiropraktik yada osteopatik manipülasyon bu gruptandır.

Masaj tedavisi:

Masaj tedavisinin geçmişi 5000 yıl kadar öncesine dayanmaktadır. Eski uygarlıklardan Hint'lilerin, Grek'lerin, Çin'lilerin ve Mısır'lıların masaj tedavisini kullandıkları bilinmektedir (66). Masaj yumuşak dokuları mekanik olarak uyararak lokal kan akımını artırma , fizyolojik ve psikolojik etkilerin ortaya çıkarılması işlemidir (67).

Masaj uygulanmasıyla vazodilatasyon sağlanır, cilt ısısı artar ve kalp atım hızında azalma olur. Etki mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber kas dokusunda laktik asit üretiminde azalmaya neden olduğu, bağ doku iyileşmesini uyardığı, lenfatik ve venöz dolaşımı arttırarak bu etkileri yaptığı düşünülmektedir (68,69). Kas spasmlarında, tendinit, bursit, miyozit, uykusuzluk, migren, dismenore gibi bir çok tıbbi durumun tedavisinde kullanılabilirken ateroskleroz, tromboemboli, akut flebit, sinovit ve deri enfeksiyonunun varlığı durumlarında kontrendikedir (66,70). Kansere bağlı kemik metastazlarının bulunduğu durumlarda fraktürlere neden olabileceğinden dikkatli uygulanmalıdır (58).

Şiropraktik manipülasyon:

Şiropraktik manipülasyon el ile uygulama anlamına gelir. Bu yaklaşımın temelinde, ağrıyı gidermek, sağlığı geliştirmek için omurga ve eklemlere yapılan uygulamalarla, sinir sistemi ve doğal savunma mekanizmalarını etkilemesi yer alır. Şiroterapi daha çok kas, eklem, kemik, tendon, kıkırdak ve ligamentlerin yer aldığı bağ dokularının ve kas iskelet sistemi hastalıklarını tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır (1).

Osteopatik manipülasyon:

Osteopatik manipülasyon, vücut yapılarından kaynaklanan mekanik sorunları düzeltmeyi ve tedavi etmeyi amaçlayan manipülatif uygulamalardır. Fiziksel terapi ve uygun duruş öğretiminin birleştirilmesiyle tedavi etmeyi hedefler (1).

5.5. ENERJİ TERAPİLERİ

Enerji terapileri enerji alanlarının kullanımıyla tedaviyi sağlar. İki tür enerji tedavisi vardır.

a) Biyofield terapileri : Reiki, qi gong, akupunktur, terapötik dokunuş

b) Biyoelektromanyetik bazlı terapiler: Alternatif ya da doğru akım gibi elektromanyetik alanların kullanımını içerir.

Reiki:

Reiki 20. yüzyılın başında Japonya'da ortaya çıkmış bir enerji terapi şeklidir. Reiki uygulayıcıları evrensel enerjiyi bir kişiye uzaktan ya da ellerini değdirerek transfer etmeye çalışırlar. Enerji aktarımı ile iyileştirmeye dayalı olduğuna inanılan bir yöntemdir. Reiki tekniği vücutta oluşan enerji dengesizliklerini ve negatif enerji blokajlarını çözebilmek için kendi bedenimizdeki yetersiz kalan enerjiyi dengeleyip tamamlar.

Temelde bilinç değişikliği gerçekleştirerek ruhsal, dolayısıyla da fiziksel iyileşme sürecini başlattıklarını düşünürler. Reiki'nin fiziksel, zihinsel ya da duygusal sorunların tümünde kullanılabileceği ve önemli bir yan etkisinin olmadığı ifade edilmektedir (71,72,73).

Akupunktur :

Akupunktur, geleneksel Çin Tıbbı'nda kullanılan tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarından biri olup, Çin'de ortaya çıkışı en az 2000 yıl öncesine kadar dayanan bir iyileştirme yöntemidir. Günümüzde vücut üzerindeki anatomik noktaların çeşitli yöntemlerle uyarılmasını içeren bir grup işlem olarak tanımlanabilir. Bilimsel olarak üzerinde en fazla çalışılan akupunktur tekniği, cildin el veya elektriksel uyarılarla manipüle edilen ince, sert metal iğnelerle penetrasyonuna dayanmaktadır (1). Geleneksel Çin tıbbı'na göre beden, temel öğeler ve enerji arasındaki dengeden oluşur. Hastalıkların bu temel öğeler ve enerji arasındaki dengenin bozulmasından kaynaklandığına inanılır. İnsan vücudundaki enerjiye “qi” denir. Bu enerjinin anatomik olmayan, meridyen olarak isimlendirilen bir yapıda dağılım gösterdiğine inanılır. Bu inancıya göre her organın meridyeni bulunmaktadır, bu meridyenler üzerine uygulanan akupunktur ile bozulan qi akımının yeniden düzeltildiğine ve hastaların iyileştirildiğine inanılır (43).

Akupunktur'un batı ülkelerinde de ilgi görmesi nedeniyle etki mekanizması tartışılmaya başlanmış ve bu konuda çok çeşitli araştırmalar yapılmıştır. ABD'de akupunktur'a ilginin artmasıyla birlikte 1989 yılında Dünya Sağlık Örgütü bünyesinde akupunktur'un bilimsel temellerini araştırmak üzere bir çalışma grubu oluşturulmuştur. "Akupunktur İçin Klinik Araştırma Metodolojisi Çalışma Grubu" adı verilen bu grup beş yıl süren incelemeler sonunda, 1994'te Japonya'da bir akupunktur kılavuzu hazırlamıştır (74).

Yapılan araştırmalar neticesinde akupunturun bazı endikasyonları ve kontrendikasyonları belirlenmiştir (75,76) .

Endikasyonları :

- ✓ İlaçlarla geçmeyen ağrılı durumlar
- ✓ İlaçların çok yan etki yaptığı durumlar
- ✓ İlaçlarını azaltmak isteyen hastalar
- ✓ Operasyon ya da kemoterapi sonrası aşırı bulantı ve kusma
- ✓ Tedaviye yanıt vermeyen vazomotor semptomlar
- ✓ Radyasyon rektiti
- ✓ Aşırı yorgunluk hissi
- ✓ Uyku bozuklukları

Kontrendikasyonları:

1. Klasik akupunktur

- ✓ Aşırı iğne fobisi olanlar
- ✓ Pıhtılaşma bozukluğu
- ✓ Lenfödemli ekstremiteler
- ✓ Tümör ve açık yaralar
- ✓ Spinal instabilite

2. Kalıcı iğne akupunktur

- ✓ Kalp kapak hastalıkları
- ✓ Nötropenik hastalar

3.Elektro-akupunktur

- ✓ İnttrakardiyak defibrilatör olan hastalar

4.Rölatif Kontrendikasyonlar

- ✓ Gebelik
- ✓ Epilepsi
- ✓ Konfüzyonlu hastalar

Qi Gong :

Geleneksel Çin tıbbının bir parçasıdır . Hareket, meditasyon ve nefes kontrolünü kombine eder. Amacı ise, kan akışını ve qi akışını geliştirmeyi sağlamaktır (1).

Terapötik dokunuş :

Bu yöntemin uygulayıcıları, sahip olduklarını düşündükleri şifa verici enerjiyi, ellerini diğer kişinin vücuduna değdirerek, ondaki enerji dengesizliklerini belirleyip, iyileştirmeyi amaçlar (1).

6- MATERYAL VE METOD

Bu araştırmada kanser hastalarının TAT yöntemlerini kullanma sıklığını ve kullanılan yöntemleri belirlemek, TAT kullanıcılarının sosyodemografik ve tıbbi özelliklerini ortaya çıkarmak ve hastaları bu yöntemleri kullanmaya yönlendiren nedenleri saptamak amaçlandı.

Çalışma grubu, ekim 2009 ve mart 2010 tarihleri arasında, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bölümü'nde yatarak ve ayaktan tedavi gören hastalardan oluşturuldu. Çalışmada elde edilen veriler hastaların takip edildikleri dosyalarından ve TAT kullanımıyla ilgili literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan anket formlarının hastalara uygulanmasıyla sağlandı. Hazırlanan anket formlarında, hastaların TAT kullanım sıklığını, en sık kullanılan yöntemleri ve hastaları bu yöntemleri kullanmaya yönlendiren nedenleri belirlemeye yönelik soruların yanında, TAT kullanımıyla ilişkili olabileceği düşünülen hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerini ortaya koymaya yönelik sorulara da yer verildi (Tablo-1). Anket her hastayla yüz yüze yapıldı ve her hastaya yaklaşık 15 dakika süre ayrıldı.

Çalışmaya dahil edilen hastalar 16 yaşından büyük, patolojik olarak kanser tanısı konulmuş olan, hematolojik maligniteler dışındaki, solit organ kanserli hastalar olarak belirlendi. Bu özellikler dışındaki hastalar, anket yapmayı kabul etmeyen hastalar ve genel durumu anket sorularını cevaplandırabilecek kadar iyi olmayan hastalar çalışma dışında tutuldu.

Çalışmada 324 hastanın verileri değerlendirmeye alındı. Bu hastaların 151'i erkek, 173'ü bayan hastalardan oluşmaktaydı. Hastaların medyan yaşı 48 olarak bulundu.

İstatiksel değerlendirme :

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.5 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik programıyla değerlendirildi ve karşılaştırmalarda chi-square testi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında $p < 0.05$ anlamlılık sınırı olarak belirlendi.

Tablo-1: TAT KULLANIMI HASTA DEĞERLENDİRME ANKET FORMU

Protokol no:

Tarih :

1- Hasta no:

2- İsim :

3- Telefon no:

4- Adres :

5- Cinsiyet :

6- Yaş :

7- Meslek :

8- Medeni durum:

9- İkamet ettiği yer:

a- İl

b- İlçe

c- Köy veya kasaba

10-Öğrenim durumunuz

a- Okuma yazma bilmiyorum

d- Orta okul mezunu

b- Okur-yazarım

e- Lise mezunu

c- İlkokul mezunu

f- Üniversite mezunu

17- Tanı konulduğundan bu yana geçen süre ne kadardır :

18- Şu ana kadar aldığınız tedaviler nelerdir :

19- Yakın çevresinde kanser hastası olan var mı ?

a- Var

b- Yok

20- Aldığınız tedavi :

a- Küratif ya da adjuvan

b- Palyatif

21- Kemoterapi aldınız mı ?

a- Evet

b- Hayır

22- Radyoterapi aldınız mı?

a- Evet

b- Hayır

23- Hastalığınız nedeniyle hiç cerrahi yapıldı mı?

a- Evet

b- Hayır

24- Alternatif tıp yöntemlerine hiç başvurduğunuz mu?

a- Evet

b- Hayır

25-Alternatif tıp yöntemlerine neden başvurduğunuz?

a- Şikayetlerim için (ağrı, halsizlik, güçsüzlük gibi)

e- Hastalığım nüks ettiği için

b- Kemoterapiye inanmadığım için

f- Vücut direncimi arttırmak için

c- Kemoterapiye destek olması, yan etkilerini azaltması için

g- Hastalığımın kendisi nedeniyle (şikayet yok)

d- Bitkisel tedavinin yararlı olduğunu düşündüğüm için

h- Diğerleri

26- Hangi TAT yöntemini kullanıyorsunuz ?

- a- Bitkisel yöntemler
- b- Hayvansal kaynaklı
- c- Hidroklimatoloji
- d- Akupunktur
- e- Yoga
- f- Diyet takviyeleri (Bal, pekmez, arı poleni gibi)
- g- Dini yöntemler
- h- Ozon tedavisi
- i- Diğerleri

27- Kullandığınız TAT yöntemini nereden öğrendiniz ?

- a- TV- Gazete gibi medya araçlarından
- b- İnternette
- c- Başka bir hastadan
- d- Sağlık çalışanlarından (doktor, hemşire)
- e- Baharatçılar, aktarlar
- f- Akraba, arkadaş gibi yakınlarım önerdi
- g- Diğerleri

28- Kaç çeşit alternatif tıp yöntemine başvurduunuz?

- a- 1
- b- 2
- c- 3
- d- 4
- e- 5
- f- 6

29- Bitkisel ilaç kullandıysanız kullandığınız bitkisel ilacın adı nedir ?

30- Kullandığınız bitkisel yöntemi kemoterapi ile birlikte hiç kullandınız mı?

- a- Evet
- b- Hayır

31- Kullandığınız bitkisel yöntemi hangi yoldan kullandınız ?

- a- Oral
- b- Topikal
- c- Paranteral
- d- İnhaler
- e- Diğer yollar

32- Kullandığınız bitkisel yöntemi nereden temin ettiniz ?

- a- Yaşadığım ilden
- b- Yaşadığım il dışından
- c- Ülke dışından

33- Kullandığınız bitkisel ilaçlardan yarar gördünüz mü?

- a- Evet
- b- Hayır
- c- Bilmiyorum

34- Kullandığınız bitkisel ilaçların yan etkisini gördünüz mü?

- a- Evet
- b- Hayır

35- Kullandığınız bitkisel ilaçların ne gibi yan etkisini gördünüz açıklayınız ?

36- Uyguladığınız TAT yöntemine ayda ne kadar para harcıyorsunuz ?

- a- Aylık 100 TL'den az
- b- Aylık 100-250 TL arası
- c- Aylık 250-500 TL arası
- d- Aylık 500 TL'den fazla
- e- Hiç para ödemiyoum kendi imkanlarımla temin ediyorum

37- Bitkisel ilaçları ne kadar süre kullandınız?

- a- Birkaç gün
- b- Birkaç hafta
- c- Birkaç ay
- d- Birkaç yıl

7- BULGULAR

Çalışmada 324 hastanın verileri değerlendirildi. Bu hastaların 173'ü kadın (% 53.4), 151'i erkek (% 46.6) idi. Hastaların yaş dağılımı 16-85 yaşları arasında olup medyan yaş 48'di. Hastalardan en az bir TAT yöntemini kullananların sayısı 201'di (% 62). En sık kullanılan TAT yöntemi bitkisel kaynaklı yöntemlerdi. Tüm hastaların % 51.2'si ve TAT yöntemlerine başvuran hastaların ise % 82.5'i bitkisel kaynaklı yöntemleri kullanmaktaydı. Bitkisel yöntemleri kullanan hastaların % 40.9'u bitkileri karışım halinde kullanırken, tek başına en sık kullanılan bitki ısırgan otuydu (% 39.8).

Hastaların % 71.3'ü 40 yaş ve üzerindeydi. Hastaların % 50.9'u okuma yazma bilmezken, lise ve üniversite mezunu olanların toplam oranı sadece % 9.6'ı idi. Hastaların % 48.5'i il merkezinde ikamet ediyordu, geriye kalan % 51.5'i ilçe, kasaba ya da köyde yaşamaktaydı, hastaların % 50'si yeşil kart'a sahipti.

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri tablo-2'de verilmiştir.

Bu çalışmadaki hastalarda en sık görülen tanılar sırasıyla meme kanseri % 27.5, gastrointestinal sistem kanserleri % 21.5 ve akciğer kanseridir % 11.7. Tanı sırasında hastaların % 53.4'ü erken evre kanser iken % 46.6'sı metastatik hastalığa sahipti. Tüm hastaların % 93.8'i hastalığına yönelik bir dönem kemoterapi almışken, % 57.4'üne radyoterapi yapılmıştı. Kanser nedeniyle cerrahi yapılan hastaların oranı ise % 61.1'di. Tüm hastaların % 30.6'sının yakın çevresinde daha öncesinde kanser teşhisi konulmuş hastalar mevcuttu.

Çalışmaya katılan hastaların tıbbi özellikleri tablo-3'de verilmiştir.

TABLO-2 : HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ		
	n	%
CİNSİYET		
Kadın	173	53.4
Erkek	151	46.6
Toplam	324	100
MEDENİ DURUM		
Evli	289	89.2
Bekar veya dul	35	10.8
Toplam	324	100
YAŞ		
16-29 Yaş	40	12.3
30-39 Yaş	53	16.4
40-49 Yaş	82	25.3
50-59 Yaş	67	20.7
60 Yaş ve üstü	82	25.3
Toplam	324	100
EĞİTİM DURUMU		
Okuma yazma bilmeyenler	165	50.9
Okur yazar	24	7.4
İlkokul mezunu	84	25.9
Ortaokul mezunu	20	6.2
Lise mezunu	22	6.8
Üniversite mezunu	9	2.8
Toplam	324	100
MESLEK		
İşsiz	200	61.7
Öğrenci	8	2.5
Çiftçi	37	11.4
Memur	13	4.0
İşçi	21	6.5
Esnaf	14	4.3
Emekli	19	5.9
Diğerleri	12	3.7
Toplam	324	100
YAŞADIĞI YER		
İl	157	48.5
İlçe	80	24.7
Köy veya kasaba	87	26.8
Toplam	324	100

TABLO-3: HASTALARIN TIBBİ ÖZELLİKLERİ		
	n	%
TANI		
Meme kanseri	89	27.5
Akciğer kanseri	38	11.7
Gastrointestinal sistem kanserleri	75	23.1
Jinekolojik kanserler	22	6.8
Genitoüriner sistem kanserleri	12	3.7
Baş boyun kanserleri	8	2.5
Kas iskelet sistemi kanserleri	16	4.9
Cilt kanserleri	2	0.6
Santral sinir sistemi tümörleri	8	2.5
Lenfomalar	32	9.9
Primeri belli olmayan	13	4.0
Diğerleri	9	2.8
Toplam	324	100
TANI SIRASINDAKİ EVRE		
Erken evre kanser	173	53.4
Metastatik	151	46.6
Toplam	324	100
ALDIĞI TEDAVİ		
Küratif veya Adjuvan	150	46.3
Palyatif	174	53.7
Toplam	324	100
TANIDAN BERİ GEÇEN SÜRE		
6 Aydan kısa	112	34.6
6-12 Ay arası	74	22.8
1-2 Yıl arası	48	14.8
2-4 Yıl arası	65	20.1
4 Yıldan fazla	25	7.7
Toplam	324	100
KEMOTERAPİ ALANLAR		
Evet	304	93.8
Hayır	20	6.2
Toplam	324	100
YAKIN ÇEVRESİNDE KANSER HASTASI OLANLAR		
Var	99	30.6
Yok	225	69.4
Toplam	324	100

Hastaların TAT kullanımı ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldı. Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, sağlık güvencesi, yaşadığı yerin kırsal kesim ya da şehir olması, mesleği, ekonomik durumu, hastaneye ulaşımını nasıl sağladığı ve tedavisini aldığı merkezlere göre TAT kullanımı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p > 0.05$).

Hastaların TAT kullanımının yaş ile olan ilişkisi değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olduğu ($p=0.002$) özellikle 60 yaşına kadar TAT kullanımının yaş ile birlikte arttığını, 60 yaşından sonra ise TAT kullanımının azaldığı saptandı. Özellikle 50-60 yaşları arasındaki yaş grubunun anlamlı olarak TAT yöntemlerine başvurduğu görüldü.

Hastaların eğitim durumu TAT kullanımı ile karşılaştırıldığında yine anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p=0.017$). Çalışmaya katılan hastalardan lise mezunu olanların TAT yöntemlerini daha az kullandığı görülürken, üniversite mezunlarının bu yöntemleri daha fazla kullandığı görüldü. Çalışmaya katılan 9 üniversite mezunu olan hastaların tamamının TAT yöntemlerine başvurduğu görüldü.

Tablo-4 ve Tablo-5’ de hastaların sosyodemografik özelliklerinin TAT kullanımı ile ilişkisi görülmektedir.

Hastaların TAT kullanımının tıbbi durumlarıyla olan ilişkileri karşılaştırıldı. TAT kullanımı ile tanılar (ya da kanser bölgesi) arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p > 0.05$).

Tablo-6’te hastaların tanılarının TAT kullanımı ile arasındaki ilişki görülmektedir.

TABLO-4 :SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN TAT KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ-1

TAT Kullanımı					
	Evet		Hayır		P
	n	%	n	%	
CİNSİYET					0.399
Kadın	111	55.2	62	50.4	
Erkek	90	44.8	61	49.6	
Toplam	201		123		
MEDENİ DURUM					0.317
Evli	182	90.5	107	87	
Bekar ya da dul	19	9.5	16	13	
Toplam	201		123		
YAŞ					0.002
16-29 Yaş	24	11.9	16	13	
30-39 Yaş	34	16.9	19	15.4	
40-49 Yaş	55	27.4	27	22	
50-59 Yaş	51	25.4	16	13	
60 Yaş ve üstü	37	18.4	45	36.6	
Toplam	201		123		
EĞİTİM DURUMU					0.017
Okuma yazma bilmeyenler	103	51.2	62	50.4	
Okur yazar	18	9	6	4.9	
İlkokul mezunu	52	25.9	32	26	
Ortaokul mezunu	11	5.5	9	7.3	
Lise mezunu	8	4	14	11.4	
Üniversite mezunu	9	4.5	0	0	
Toplam	201		123		
SAĞLIK GÜVENCESİ					0.835
Emekli sandığı	28	13.9	21	17.1	
Yeşil kart	100	49.8	62	50.4	
SSK	56	27.9	30	24.4	
Bağkur	17	8.5	10	8.1	
Özel sağlık sigortası	0	0	0	0	
Sağlık güvencesi yok	0	0	0	0	
Ücretli	0	0	0	0	
Toplam	201		123		
YAŞADIĞI YER					0.595
İl	97	48.3	60	48.8	
İlçe	53	26.4	27	22	
Köy veya kasaba	51	25.4	36	29.3	
Toplam	201		123		

TABLO-5 : SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN TAT KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ-2

TAT Kullanımı					
	Evet		Hayır		P
	n	%	n	%	
MESLEK					0.785
İşsiz	126	62.7	74	60.2	
Öğrenci	4	2	4	3.3	
Çiftçi	23	11.4	14	11.4	
Memur	8	4	5	4.1	
İşçi	12	6	9	7.3	
Esnaf	8	4	6	4.9	
Emekli	10	5	9	7.3	
Diğerleri	10	5	2	1.6	
Toplam	201		123		
EKONOMİK DURUM					0.886
Çok iyi	8	4	4	3.2	
Geçimini kolay sağlayabiliyor	82	40.8	50	40.6	
Geçimini zor sağlayabiliyor	56	27.9	39	31.7	
Başkasının desteğiyle geçiniyor	35	17.4	17	13.8	
Tamamen yardıma muhtaç	20	10	13	10.5	
Toplam	201		123		
HASTANEYE ULAŞIMIN NASIL SAĞLANDIĞI					0.368
Ticari taksi	33	16.4	16	13	
Belediye otobüsü	43	21.4	18	14.6	
Dolmuş	76	37.8	54	43.9	
Kendi araçlarıyla	42	20.9	32	26	
Diğerleri	7	3.5	3	2.4	
Toplam	201		123		
TEDAVİLERİNİ ALDIĞI MERKEZ					0.613
Yaşadığı ilde	70	34.8	43	35	
Yaşadığı ilin dışında	86	42.8	54	43.9	
Yaşadığı ilde ve il dışında	45	22.4	25	20.3	
Yurt dışında	0	0	1	0.8	
Toplam	201		123		

TABLO-6 : TANI VE TAT KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİ

TAT Kullanımı					
TANI	Evet		Hayır		P
	n	%	n	%	
Meme kanseri	60	29.9	29	23.6	0.331
Akciğer kanseri	24	11.9	14	11.4	
Gastrointestinal sistem kanserleri	39	19.4	36	29.3	
Jinekolojik kanserler	12	6	10	8.1	
Genitoüriner sistem kanserleri	9	4.5	3	2.4	
Baş boyun kanserleri	7	3.5	1	0.8	
Kas iskelet sistemi kanserleri	12	6	4	3.3	
Cilt kanserleri	1	0.5	1	0.8	
Santral sinir sistemi tümörleri	5	2.5	3	2.4	
Lenfomalar	16	8	16	13	
Primeri belli olmayan	10	5	3	2.4	
Diğerleri	6	3	3	2.4	
Toplam	201		123		

Hastaların tanı sırasındaki evresi ile TAT kullanımı karşılaştırıldı. Bu karşılaştırmada anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p=0.005$). Tanı sırasında erken evredeki hastaların TAT yöntemlerini daha az kullandığı ve uzak metastazı olanların ise daha büyük bir bölümünün bu yöntemlere başvurduğu görüldü.

Tablo-7’de tanı sırasındaki evre ile TAT yöntemlerinin kullanımı arasındaki ilişki görülmektedir.

TABLO-7 : TANI SIRASINDAKİ EVRE İLE TAT KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİ

TAT Kullanımı					
TANI SIRASINDAKİ EVRE	Evet		Hayır		P
	n	%	n	%	
Erken evre kanser	95	47.3	78	63.4	0.005
Metastatik	106	52.7	45	36.6	
Toplam	201		123		

Hastaların aldıkları tedavilerin küratif ya da palyatif olmasına göre TAT kullanımı karşılaştırıldı ve anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p= 0.001$). Küratif tedavi alanların TAT yöntemlerini daha az, palyatif tedavi alanların ise bu uygulamaları daha fazla tercih ettiği görüldü.

Tablo-8’de hastaların aldıkları tedavinin küratif ya da palyatif olmasına göre TAT kullanımıyla olan ilişkisi görülmektedir.

TABLO-8 : KÜRATİF VEYA PALYATİF TEDAVİ İLE TAT KULLANIMI					
TAT Kullanımı					
ALDIĞI TEDAVİ	Evet		Hayır		P
	n	%	n	%	
Küratif	71	35.3	79	64.2	0.001
Palyatif	130	64.7	44	35.8	
Toplam	201		123		

Hastalığın süresi ile TAT kullanımı arasındaki ilişki değerlendirildi. Tanıdan bu yana geçen süre arttıkça TAT yöntemlerinin daha fazla kullanıldığı görüldü ($p=0.013$). 6 aydan daha kısa süre önce tanı konulan hastaların daha büyük bir bölümünün TAT yöntemlerini kullanmadığı saptandı.

Tablo-9’de hastalık süresi ile TAT kullanımı arasındaki ilişki görülmektedir.

TABLO-9 : TANIDAN BERİ GEÇEN SÜRE İLE TAT KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİ					
TAT Kullanımı					
TANIDAN BERİ GEÇEN SÜRE	Evet		Hayır		P
	n	%	n	%	
6 Aydan kısa	58	28.9	54	43.9	0.013
6-12 Ay arası	44	21.9	30	24.4	
1-2 Yıl arası	31	15.4	17	13.8	
2-4 Yıl arası	48	23.9	17	13.8	
4 Yıldan fazla	20	10	5	4.1	
Toplam	201		123		

Hastaların aldıkları tedaviler ile TAT kullanımı arasındaki ilişki araştırıldı. Kemoterapi alanlarda TAT uygulamalarını kullanımının daha fazla olduğu, kemoterapi almayanların ise bu yöntemleri daha az tercih ettiği istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p=0.01$), hastalığı nedeniyle radyoterapi almış olmak ya da kanser cerrahisinin yapılmış olmasının TAT kullanımı ile istatistiksel olarak ilişkisi görülmedi ($p > 0.05$).

Tablo-10’da yapılan tedavilerle TAT kullanımı arasındaki ilişki görülmektedir.

TABLO-10 : YAPILAN TEDAVİLER VE TAT KULLANIMI					
TAT Kullanımı					
KEMOTERAPİ ALANLAR	Evet		Hayır		P
	n	%	n	%	
Evet	194	96.5	110	89.4	0.01
Hayır	7	3.5	13	10.6	
Toplam	201		123		
RADYOTERAPİ ALANLAR					0.194
Evet	121	60.2	65	52.8	
Hayır	80	39.8	58	47.2	
Toplam	201		123		
CERRAHİ YAPILANLAR					0.256
Evet	118	58.7	80	65	
Hayır	83	41.3	43	35	
Toplam	201		123		

Bu çalışmada tüm hastaların % 30.6’sının yakın çevresinde de kanser hastalarının olduğu saptandı. Ancak yapılan karşılaştırmada yakın çevresinde kanser hastası olan hastaların, TAT yöntemlerini kullanımına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir artış olmadığı görüldü ($p > 0.05$).

Tablo-11’da yakın çevresinde kanser hastası olanlar ile TAT kullanımı arasındaki ilişki görülmektedir.

TABLO-11 : ÇEVRESİNDE KANSER HASTASI OLANLARDA TAT KULLANIMI

TAT Kullanımı						
ÇEVRESİNDE KANSER HASTASI OLANLAR	Evet		Hayır		P	
	n	%	n	%		
	Var	63	31.3	36		29.3
	Yok	138	68.7	87		70.7
	Toplam	201		123		

Tüm hastaların % 62'sinin (n:201) en az bir TAT yöntemini kullandığı görüldü. En sık kullanılan yöntemler bitkisel yöntemler olup tüm hastaların % 51.2'si ve TAT kullanıcılarının ise % 82.5'i (n:166) en az bir çeşit bitkisel yöntemi kullanmaktaydı. Bitkisel yöntemleri kullanan hastaların % 40.9'u (n:68) bitkileri karışım olarak kullanırken % 39.8'i (n:66) tek bitki olarak ısırgan otu veya tohumunu, %19.3'ü ise diğer bitkileri kullanmaktaydı.

TAT kullanıcılarının % 27.3'ü (n:55) bal, pekmez gibi diyet takviyeleri yapan hasta grubu olup ikinci sıklıkta saptanan hasta grubuydu.

Tablo-12'de kullanılan TAT yöntemlerinin oranı verilmiştir.

Tablo-12 : Hangi TAT yöntemini kullanıyorsunuz ?		
	n	%
Bitkisel yöntemler	166	82.5
Hayvansal kaynaklı	3	1.4
Hidroklimatoloji	0	0
Akupunktur	0	0
Yoga	0	0
Diyet takviyeleri (Bal, pekmez, arı poleni gibi)	55	27.3
Dini yöntemler	6	2.9
Ozon tedavisi	1	0.4
En az bir TAT yöntemi kullanan hasta sayısı	201	62
Ankete katılan hasta sayısı	324	

Hastaların % 47.2'sinin (n:95) TAT yöntemlerini kullanma nedeni olarak verdiği cevap herhangi bir şikayetine yönelik değil de, asıl hastalığını ortadan kaldırmaya yönelik cevaplardı. Yani kanser tanısı konulduğu için bu yöntemleri kullanmaktaydılar. Hastaların % 17.4'ü ise ağrı, halsizlik gibi şikayetlerini tedavi etmek amacıyla bu yöntemleri kullanmışlardır.

Tablo-13'de hastaların TAT yöntemlerini kullanma nedenleri görülmektedir.

Tablo-13 : TAT yöntemlerine neden başvurdunuz?		
	n	%
Şikayetlerim için (ağrı, halsizlik gibi)	35	17.4
Kemoterapiye inanmadığım için	3	1.4
Kemoterapiye destek olması ve yan etkilerini azaltması için	25	12.4
Bitkisel tedavinin yararlı olduğunu düşündüğüm için	30	14.9
Hastalığım nüks ettiği için	1	0.4
Vücut direncimi arttırmak için	12	5.9
Hastalığımın kendisi nedeniyle (şikayet olmadan)	95	47.2
Toplam	201	100

Hastaların büyük bir kısmı TAT yöntemlerini akraba, arkadaş gibi yakınlarının tavsiyeleri üzerine kullanmaktaydı (% 50.4).

Tablo-14'te hastaların TAT yöntemlerini öğrendikleri kaynaklar görülmektedir.

Tablo-14 : Kullandığınız TAT yöntemi nereden öğrendiniz ?		
	n	%
TV- Gazete gibi medya araçlarından	22	10.9
İnternette	8	3.9
Başka bir hastadan	33	16.5
Sağlık çalışanlarından (doktor, hemşire)	15	7.5
Baharatçılar, aktarlar	20	9.9
Akraba, arkadaş gibi yakınlarım önerdi	101	50.4
Diğerleri	2	0.9
Toplam	201	100

Tüm hastaların % 30.8'i ya da TAT kullanıcılarının % 49.7'si (n:100) kullandıkları bitkisel yöntemleri kemoterapi ile birlikte kullanmıştır.

Bitkisel yöntemleri kullanan hastaların % 97.6'sı (n:162) bu bitkileri oral yoldan alırken, geriye kalan % 2.4'ü ise (n:4) topikal olarak kullanmışlardır.

Hastaların % 77.7'si bu bitkileri yaşadıkları yerlerden, % 21.1'i başka bir şehirden, % 1.2'si ise yurt dışından sağlamışlardır.

Kullandığınız bitkisel ilaçlardan yarar gördünüz mü? sorusuna hastaların % 37.9'u evet, % 42.8'i hayır, % 19.3'ü ise bilmediğini söyleyerek yanıt verdi.

Kullandığınız bitkisel ilaçlardan zarar gördünüz mü? sorusuna ise hastaların % 6.7'si evet, % 93.3'ü hayır yanıtını verdi. Bitkisel ilaçlardan zarar gördüğünü söyleyen hastalarda görülen yan etkiler hastaların kendi ifadelerine göre 5 'inde bulantı, 1'inde ağızda yaralar, 2'sinde ciltte yanma, 1'inde kaşıntı ve 2'sinde de mide kanamasıydı.

Hastaların TAT yöntemlerine ayırdıkları aylık para % 49.7'sinde 100 TL'den daha azdı, % 38.3'ü ise bu yöntemlere hiç para vermemiştir ve kendi imkanlarıyla temin etmekteydi.

Tablo-15'te hastaların TAT uygulamalarına ayırdıkları aylık maliyet görülmektedir.

Tablo-15 : Uyguladığınız TAT yöntemine ayda ne kadar para harcıyorsunuz ?		
	n	%
Aylık 100 TL'den az	100	49.7
Aylık 100-250 TL arası	13	6.5
Aylık 250-500 TL arası	7	3.5
Aylık 500 TL'den fazla	4	2
Hiç para ödemiyorum kendi imkanlarımla temin ediyorum	77	38.3
Toplam	201	100

8- TARTIŞMA

Tüm dünyada ve Türkiye'de TAT uygulamalarına olan ilgi giderek artmaktadır. Bu ilgi özellikle kanser hastalarında daha fazladır. Hastalar bu amaçla özel diyetler, çeşitli bitkisel karışımlar, vitaminler, geleneksel doğu ve batı tıbbi yöntemleri, zihin-beden müdahaleleri, manipülatif tedaviler ve çeşitli enerji tedavileri gibi alternatif tedavi yöntemlerini kullanmaktadırlar. NCCAM ve Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi 2008 yılı aralık ayında Amerikalıların TAT kullanımına ilişkin yeni verileri yayınlamıştır. Buna göre Amerika Birleşik Devletlerinde yetişkinlerin yaklaşık % 38'i, çocukların ise % 12'si TAT yöntemlerine başvurmuştur. Ayrıca bu yayında en sık başvurulanan TAT yönteminin mineraller ve vitaminler dışındaki doğal ürünler olduğu görülmüştür (77).

Ernst ve Cassileth tarafından kanser hastalarında yapılan 13 ülkeden 26 çalışmanın incelendiği literatür çalışmasında erişkin hasta grubunda TAT kullanım sıklığını % 7 ile % 64 arasında değiştiği ortalamının % 31.4 olduğu saptanmıştır (41).

Molassiotis ve arkadaşlarının aralarında Türkiye'nin de olduğu 14 Avrupa ülkesinde yürüttüğü kanser hastalarının TAT yöntemlerini kullanmalarıyla ilgili yaptıkları çalışmada bu oranın % 14.8 ile % 73.1 arasında olduğu, ortalamının ise % 35.9 olduğu görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada en sık kullanılan yöntemlerin bitkisel tedavilerle beraber homeopati, vitaminler-mineraller, şifalı çaylar, ruhsal terapiler ve gevşeme tekniklerinin olduğu saptanmıştır (78).

TAT yöntemlerinin kullanımı sadece batı toplumlarında değil aynı zamanda doğu toplumlarında da oldukça yaygındır. Japonya'da 3100 kişilik bir kanser hastası grubunda yapılan araştırmada TAT kullanımı % 45 oranında saptanmıştır (79), Çin'de meme kanserli bir grup hastada yapılan araştırmada ise hastaların neredeyse tamamının (% 98'inin) alternatif tedavi yöntemlerini kanser tanısı konulduktan sonra kullandığı gösterilmiştir (80).

İsrailde O. Paltiel ve arkadaşlarının kanser hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada TAT kullanımının % 51.2 olduğu tespit edilmiştir (81).

Ülkemizde de bu konuda yapılan çalışmalar mevcuttur, 1998 yılında Ceylan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada TAT kullanım sıklığının % 60.1 olduğu, en sık kullanılan yöntemin bitkisel yöntemler olduğu (%71.5) görülmüştür (82).

2001 yılında Taş ve arkadaşlarının 615 kanser hastası üzerinde yaptıkları araştırmada TAT kullanım prevalansı % 47.3 saptanmış olup bu hastaların % 95'inin bitkileri tercih ettiği, en fazla tercih edilen bitkinin ise ısırgan otu olduğu görülmüştür (83).

Uğurluer ve arkadaşlarının 2006 yılında Van'da ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada TAT kullanım prevalansının % 44.8 ve en sık kullanılan yöntemin (% 90.6) bitkisel yöntemler olduğu, bitkilerden ise % 89.6 oranında ısırgan otunun tercih edildiği saptanmıştır (84).

2006 yılında Yıldız ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise TAT kullanım prevalansının % 57.9 olduğu ve % 92.3'ünün bitkisel yöntemleri tercih ettiği, bitkilerden ise en fazla ısırgan otunun kullanıldığı saptanmıştır (85).

2008 yılında Kav ve arkadaşlarının yaptığı literatür derlemesinde 2001-2007 yılları arasında yapılmış 14 araştırma makalesi ve ulusal kongre kitaplarında sunulan 7 çalışma derlenerek toplam 5252 hastanın verilerine ulaşılmıştır. Bu çalışmada TAT kullanım sıklığının % 22.1 ile % 84.1 arasında dağılım gösterdiği, en sık kullanılan yöntemlerin bitkisel karışımlar olduğu, bitkilerden ise en fazla ısırgan otunun kullanıldığı saptanmıştır (86).

Bizim yaptığımız çalışmada ise ; hastalardan en az bir TAT yöntemini kullananların sayısı 201'di ve prevalansı % 62'idi. Bulduğumuz bu oran hem dünyada hem de Türkiyede yapılan çalışmalardaki oranlara benzerdir. Saptadığımız en sık kullanılan TAT yöntemi bitkisel yöntemlerdi. Tüm hastaların % 51.2'si ve TAT yöntemlerine başvuran hastaların ise % 82.5'i bitkisel yöntemleri kullanmaktaydı. Bitkisel yöntemleri kullanan hastaların % 40.9'u bitkileri karışım halinde kullanırken, tek başına en sık kullanılan bitki ısırgan otuydu (% 39.8). Karışım halinde bitkileri kullanan hastaların bir çoğu bu karışımlara ısırgan otunu dahil etmekteydi. Yine Türkiyede yapılmış diğer çalışmalara benzer bir şekilde en sık kullanılan TAT yönteminin bitkisel olduğu ve en fazla tercih edilen bitkinin ısırgan otu olduğu bizim yaptığımız çalışmada da görülmektedir.

Yapılan bir çok çalışmada TAT kullanımının hastaların sosyodemografik özellikleriyle olan ilişkileri araştırılmıştır. Literatürde yer alan bu bilgiler değişkendir. NCCAM ve Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin 2008 yılı aralık ayı verilerine göre Amerikalılarda TAT kullanımı eğitim düzeyi yüksek olanlarda, kadınlarda ve gelir düzeyi yüksek gruplarda daha fazladır (77).

Molassiotis ve arkadaşları yaptıkları çalışmada TAT yöntemlerini gençlerin, kadınların ve yüksek eğitimlilerin daha çok kullandığını saptamışlardır (78).

O. Paltiel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında TAT kullanımı kadınlarda, 35-59 arası yaş grubunda, yüksek eğitim düzeyi olanlarda, tedavi için hastaneye özel araçlarıyla başvuranlarda anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır (81).

Taş ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda kadınlarda ve yüksek gelirlielerde TAT kullanımının daha fazla olduğunu bulmuşlardır (83).

Ceylan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada düşük eğitim düzeyi ve kırsal kesimde yaşayan hastalarda TAT kullanımını daha yüksek oranda bulurken (82), Gözüm ve arkadaşlarının çalışmalarında kadınlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda TAT kullanımının daha fazla olduğu bulunmuştur (87).

Yıldız ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada TAT kullanımının erkeklerde, bekar olanlarda ve yüksek eğitilmiş olanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur (86).

Kav ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsiyet, sosyoekonomik düzeyin, eğitim durumunun TAT yöntemlerini kullanmayı etkilediği belirtilmiştir (86).

Uğurluer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmadan ise sosyodemografik özelliklerin TAT kullanımını etkilemediği sonucu çıkmıştır (84).

Biz de çalışmamızda hastaların TAT kullanımı ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırdık. Hastaların cinsiyetinin, medeni durumunun, sağlık güvencesinin, yaşadığı yerin kırsal kesim ya da şehir merkezi olmasının, mesleğinin, ekonomik durumunun, hastaneye ulaşımını nasıl sağladığının ve tedavisini aldığı merkezin TAT kullanımı ile anlamlı istatistiksel bir ilişkisi olmadığını gördük ($p > 0.05$).

TAT kullanımının yaş ile olan ilişkisini değerlendirdiğimizde anlamlı bir fark olduğunu ($p < 0.05$) özellikle 60 yaşına kadar TAT kullanımının yaş ile birlikte arttığını, 60 yaşından sonra ise TAT yöntemlerini kullanımın azaldığını saptadık. Özellikle 50-60 yaşları arasındaki yaş grubunun anlamlı olarak TAT yöntemlerine daha fazla başvurduğunu gördük.

Hastaların eğitim durumu TAT kullanımı ile karşılaştırıldığında yine anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p < 0.05$). Çalışmaya katılan hastalardan lise mezunu olanların TAT yöntemlerini daha az kullandığı saptanırken, üniversite mezunlarının bu yöntemleri daha fazla kullandığı görüldü. Çalışmaya katılan 9 üniversite mezunu olan hastaların tamamının TAT yöntemlerine başvurduğu görüldü. Ancak bu gruptaki hasta sayımız az olduğundan yüksek eğitim seviyeli hastalarda TAT kullanımının daha geniş bir hasta grubunda araştırılması daha sağlıklı sonuçlar verebilir.

Hastaların TAT yöntemlerini kullanmasının hastalığın tanısı (ya da kanser bölgesi), evresi, aldığı tedaviler gibi medikal durumlarıyla olan ilişkisi bir çok yayında araştırılmıştır.

Uğurluer ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında genitoüriner sistem kanseri olan hasta gruplarının TAT uygulamalarına daha az oranda başvurduklarını tespit etmişlerdir (84).

Yıldız ve arkadaşları'nın çalışmalarında ise kanser bölgesi ve hastalığın evresinin TAT kullanımı ile ilişkili olmadığı görülmüştür (85).

Kav ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastalığın süresinin ve evresinin TAT kullanımı ile ilişkili olduğu görülmüştür (86).

Molassiotis ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada farklı kanser tanısı olan gruplarda önemli değişiklikler olduğu görülmüştür. TAT kullanımının en fazla pankreas, karaciğer, kemik, beyin kanserlerinde olduğu, bunları takiben meme, mide, jinekolojik tümörler ve genitoüriner kanserli hastaların TAT uygulamalarını tercih ettiği görülmüştür. Ayrıca akciğer, baş ve boyun kanserli grubun ise TAT uygulamalarını daha az tercih ettiği saptanmıştır (78).

Yine O. Paltiel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ilerlemiş hastalığa sahip olanlarda, kanser hastası bir arkadaşı veya akrabası olan hastalarda TAT kullanımı daha fazla görülmüştür (81).

Biz de çalışmamızda hastaların medikal durumlarının TAT uygulamaları ile olan ilişkisini araştırdık. TAT uygulamalarına başvurmak ile tanı grupları (ya da kanser bölgesi) arasında anlamlı istatistiksel bir ilişki bulamadık ($p > 0.05$).

Çalışmamızda tanı sırasındaki evre ile TAT uygulamalarına başvurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptadık ($p < 0.05$), erken evre kanser hastalarının TAT uygulamalarına daha az, ileri evre olan hastaların ise daha fazla başvurduğu görüldü.

Yine hastaların aldıkları tedavinin küratif ya da palyatif olmasının TAT kullanımı ile ilişkisini araştırdık ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptadık ($p < 0.05$), küratif tedavi alan hasta grubunun TAT uygulamalarını daha az kullandığı, palyatif tedavi alan grubun ise bu uygulamaları daha fazla tercih ettiğini gördük. Çalışmamız özellikle ileri evre olan çaresiz hastaların TAT uygulamalarına daha çok başvuracakları yönündeki düşüncayı doğrulamaktadır.

Hastalığın süresi ile TAT kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırdık. Bu karşılaştırmada 1 yıldan daha kısa süre önce tanı konulan hastaların daha az bir kısmının TAT uygulamalarını tercih ettiği görülürken, 1 yıldan daha uzun süredir kanser tanısı konulan hastaların istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde TAT uygulamalarını daha fazla tercih ettiği görülmektedir ($p < 0.05$).

Ailesinde veya yakın çevresinde kanser hastası olanların TAT kullanımı ile olan ilişkisini araştırdık ancak istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulamadık ($p > 0.05$).

Hastaların aldıkları tedavileri ile TAT kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırdık, kemoterapi alan hasta grubunda TAT kullanımı istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p < 0.05$), radyoterapi alanlarda ve kanser nedeniyle cerrahi yapılanlarda istatistiksel bir ilişki bulamadık ($p > 0.05$).

Hastaları TAT kullanımına yönlendiren nedenler araştırıldığında, hastalığa karşı her şeyi yapmış olmak, çaresizlik, kanserle mücadele etmek için vücut direncini arttırmak, kendini daha iyi hissetmek, belki işe yarar gibi düşünceler nedeniyle ya da kanser ağrısının hafifletilmesi için hastaların bu yöntemlere başvurduğu görülmektedir (78,86,88,89).

Bizim çalışmamızda hastaların % 47.2'sinin herhangi bir şikayeti olmadan asıl hastalığını ortadan kaldırmak için TAT yöntemlerini kullandığı görülürken, % 17.4'ünün ağrı, halsizlik, güçsüzlük gibi şikayetleri nedeniyle, % 14.9'unun bitkisel tedavinin yararlı olduğunu düşündüğü için, % 12.4'ünün ise kemoterapiye destek olması ve yan etkilerini azaltması için bu yöntemlere başvurdukları görülmektedir.

Çalışmamızda tüm hastaların % 30.8'inin ya da TAT kullanıcılarının % 49.7'sinin (n:100) bitkisel yöntemleri kemoterapi ile birlikte kullandıkları görülmektedir. Yaklaşık olarak tüm hastaların 1/3'ünün bitkisel ilaçları kemoterapi ile birlikte kullandığının bilinmesi, kemoterapi ile etkileşimleri ve olası toksisiteleri nedeniyle daha fazla dikkat edilmesi gereken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastaların TAT hakkında bilgi edinme kaynaklarının Molassiotis ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada % 56.5'inin hastaların arkadaşları olduğu görülmektedir (78). Kav ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada akraba, arkadaş gibi yakınlarının yönlendirmesiyle hastaların TAT uygulamalarına yöneldiği görülmektedir (86). Yapılmış bazı başka çalışmalarda ise batıda hastaların en önemli bilgi edinme kaynaklarının medya organları ve internet olduğu görülmektedir (90).

Çalışmamızdaki hastalara TAT yöntemlerini nereden öğrendikleri soruldu. Hastaların % 50.4'ü akraba, arkadaş gibi yakınlarından, % 16.5'i bu yöntemleri başka bir hastadan, % 10.9'u ise televizyon, gazete gibi medya araçlarından öğrendiklerini ifade ettiler.

Hastalarımızın % 97.6'sı kullandıkları bitkisel yöntemleri oral yoldan kullanırken % 2.4'ü ise topikal olarak cilde uygulama yoluyla kullanmışlardır.

Hastalarımızın % 37.9'u kullandıkları bitkisel ilaçlardan yarar gördüğünü, % 42.8'i yarar görmediğini, % 19.3'ü yarar görüp görmediğini bilmediğini söylemişlerdir. Yarar gördüğünü ifade eden hastaların gördükleri yarar tamamen subjektiftir.

Kullandıkları bitkisel ilaçlardan zarar gördüğünü ifade edenlerin oranı % 6.7'dir (n:11). Bu hastaların 5'inde bulantı, 2'sinde ciltte yanma, 1'inde ağızda yaralar, 1'inde kaşıntı, 2'sinde ise mide kanaması görüldüğü hastaların kendi ifadeleridir.

Bu hastaların bir çoğunun kemoterapi ile birlikte bitkisel ilaçları kullandıkları düşünülürse, bahsedilen bu etkilerin gerçekten bitkisel ilaçlara mı yoksa kemoterapinin kendisinden mi kaynaklandığı bilinmemektedir. Bunun tam aksi durum da doğru olup, hastalarda gelişen kemoterapi toksisitelerinin önemli bir bölümü hastaların kullandıkları bitkisel ilaçlardan kaynaklanabilir.

TAT uygulamaları ciddi anlamda giderek artan ticari bir sektör olarak da karşımıza çıkmaktadır. 2007 yılında TAT uygulamalarına Amerikada erişkin nüfusun 33.9 milyar dolar para harcadığı hesaplanmıştır (1).

Çalışmamızda hastaların % 49.7'si TAT uygulamalarına aylık 100 TL'den daha az para harcarken, % 38.3'ü hiç para harcamamış ve kendi imkanlarıyla temin edip kullanmıştır.

Çalışmamızdaki hasta grubunun ekonomik durumu kötü olduğundan ve hastalarımızın önemli bir kısmı kırsal kesimde yaşadığından kullandıkları bitkisel ilaçlara para harcamamışlar ya da çok az miktarda para harcamışlar ve bu bitkileri genellikle doğadan kendi imkanlarıyla sağlamışlardır.

Sonuç olarak;

- ✓ Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da olduğu gibi kanser hastalarının önemli bir bölümü TAT yöntemlerini kullanmaktadır, bizim çalışmamızda bu oran %62'dir.
- ✓ Ülkemizde hastaların kullandığı TAT yöntemlerinin başında bitkisel yöntemler gelmektedir. Bitkilerden en fazla tercih edileni ısırgan otudur.
- ✓ Çalışmamızda hastaların yaşının, eğitim durumunun, tanı sırasında ileri evre kanser olmasının, hastaların palyatif tedavi almasının, hastalığa 1 yıldan daha uzun süredir tanı konulmuş olmasının, kemoterapi almış olmanın TAT kullanımıyla ilişkisi bulunmuştur.
- ✓ Hastaların cinsiyetinin, medeni durumunun, sağlık güvencesinin, yaşadığı yerin kırsal kesim ya da şehir merkezi olmasının, mesleğinin, ekonomik durumunun, hastaneye ulaşımını nasıl sağladığının, tedavisini aldığı merkezin, tanı'nın ya da kanser bölgesinin, yakın çevresinde kanser hastası olmasının, radyoterapi almış olmanın, kanser nedeniyle cerrahi yapılmış olmasının TAT kullanımı ile ilişkisi olmadığı görülmüştür.

- ✓ Hastaların yaklaşık yarısı herhangi bir şikayeti olmadan kanser tanısının olmasından dolayı TAT yöntemlerini kullanmaktadırlar.
- ✓ Hastaların yaklaşık yarısı TAT yöntemlerini akraba ya da arkadaş gibi yakınlarının yönlendirmesi üzerine kullanmaktadırlar.
- ✓ Yaklaşık olarak tüm hastaların 1/3'ü bitkisel ilaçları kemoterapi ile birlikte kullanmaktadır.
- ✓ Hastalarımızın % 49.7'si TAT uygulamalarına aylık 100 TL'den daha az para harcarken, % 38.3'ü hiç para harcamamış ve kendi imkanlarıyla temin edip kullanmıştır.

9-KAYNAKLAR

- 1- National Center for Complementary and Alternative Medicine <http://nccam.nih.gov>. Erişim tarihi:12/03/2010
- 2- Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. Journal of Clinical Oncology. 2000; 18 (13) :2505-2514.
- 3- Tamamlayıcı ve alternatif tıp: Onkoloji tedavisindeki güncel durum. Prof.Dr. Erkan Topuz. Sayfa:418-420
- 4- Angell M, Kassirer JP: Alternative medicine-The risks of untested and unregulated remedies (editorial). N Engl J Med 339: 839-841, 1998
- 5- Brigden ML: Unproven cancer therapies: A multi-headed hydra. Ann Roy Coll Physicians Surg Can 31: 9-14, 1998
- 6- Merlo LM, Pepper JW, Reid BJ, ve çal. ark. (2006). Cancer as an evolutionary and ecological process. Nat Rev Cancer 6: 924-935.
- 7- Dünya Sağlık Örgütü. Uluslararası Kanseri Araştırmaları Kurumu(IARC). Dünya Kanseri Raporu 2008
- 8- Atıcı E. Tıp tarihinde kanser ve lösemi.Türk Onkoloji Dergisi. 2007, Cilt 22, Sayı 4, Sayfa:197-204
- 9- Strensward J, Clark D. Palliative medicine a global perspective. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Camlan K, editors. Oxford textbook of palliative medicine.3rd edition. Oxford: Oxford Universty Press; 2004
- 10- Stewart BW, Kelihues P (2003). World Cancer Report. Lyon, France: İnternational Agency for Research on Cancer.
- 11- Boyle P 2006. The globalisation of cancer. Lancet 368: 629-630
- 12- Parkin DM (2006). The global health burden of infection associated cancers in the year 2002. Int J Cancer 118: 3030-3044
- 13- Ahmedin Jemal, DVM, PhD, Rebecca Siegel, MPH, Elizabeth Ward, PhD, Yongping Hao, PhD, Jiaquan Xu, MD and Michael J. Thun, MD, MS Cancer Statistics, 2009. CA Cancer J Clin 2009

- 14-** T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı.Ulusal Kansere Programı 2009-2015. Editör: Prof.Dr.A.Murat Tuncer.
- 15-** U.S. Department of Health and Human Services (2004). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. (Sigaranın sağlık sonuçları: Sağlık Dairesi Baskanı Raporu) Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- 16-** 1. IARC. (2004). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83, Tobacco smoke and involuntary smoking. (İnsanlarda Kanserojen Risklerin Değerlendirmesine Dair IARC Monografları, Cilt 83, Tütün dumanı ve istemsiz içicilik) Lyon, France: International Agency for Research on Cancer
- 17-** Key TJ, Verkasalo PK, Banks E (2001).Epidemiology of breast cancer. Lancet Oncol 2: 133-140.
- 18-** Key TJ ve Pike MC (1988). The dose-effect relationship between ‘unopposed’ oestrogens and endometrial mitotic rate: its central role in explaining and predicting endometrial cancer risk. Br J Cancer 57: 205-212. 10. Kaaks R,
- 19-** Lukanova A ve Kaaks R (2005). Endogenous hormones and ovarian cancer: epidemiology and current hypotheses.Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 14: 98-107.
- 20-** Beral V, Banks E, Reeves G (2002). Evidence from randomised trials on the long-term effects of hormone replacement therapy. Lancet 360: 942-944.
- 21-** IARC (2002). IARC Handbooks of Cancer Prevention (IARC Kansere Önleme Elkitapları), Sayı 6, Weight control and physical activity (Kilo kontrolü ve fiziksel aktivite). Lyon, Fransa: International Agency for Research on Cancer.
- 22-** Reeves GK, Pirie K, Beral V, ve ark. (2007). Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study (Milyon Kadın Çalışmasında vücut kütle endeksi ile ilgili olarak kansere insidansı ve mortalitesi: kohort çalışması). BMJ 335: 1134.
- 23-** Renehan AG, Tyson M, Egger M, ve ark. (2008). Body mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies (Vücut kütle endeksi ve kansere inidansı: ileriye dönük gözlem çalışmalarının sistematik incelemesi ve meta analizi). Lancet 371: 569-578

- 24-** IARC. (1992). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 55, Solar and ultraviolet radiation. Lyon, Fransa: International Agency for Research on Cancer.
- 25-** Balkwill F and Mantovani A (2001). Inflammation and cancer: back to Virchow? Lancet 357: 539-545.
- 26-** Doll R, Peto R (2005). Epidemiology of cancer. Warrell DA, Cox TM, Firth JD, DER, Oxford textbook of medicine 193-218.
- 27-** Boyle P, d'Onofrio A, Maisonneuve P, ve arkadaşları. (2003). Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about? Ann Oncol 14:1312-1325.
- 28-** Cecil Textbook of Medicine 22. Baskı 1. Cilt Sayfa 1108-1256
- 29-** Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, ve arkadaşları (2003). Cancer Medicine 6. Hamilton, Ontario: BC Decker.
- 30-** Narod SA ve Offit K (2005). Prevention and management of hereditary breast cancer . J Clin Oncol 23: 1656-1663
- 31-** DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA: Cancer Principles and Practice of Oncology, 6. Ed.
- 32-** Goodman & Gilman. Tedavinin farmakolojik temeli 2009. Sayfa 1315-1389
- 33-** Netter's illustrated Pharmacology. Robert B. Raffa, Scott M. Rawls, Elena Potyansky Beyzarov p.337-363
- 34-** Gabizon A: Emerging role of liposomal drug carrier system in cancer chemotherapy. J. Liposome Res 2003;13:17-20
- 35-** Holland JF, Frei E III, Bast RC Jr, et al: Cancer medicine, 5th edition. Philadelphia, Lea & Febiger 2000
- 36-** Emanuel EJ, Young -XU Y, Levinsky NG, et al: Chemotherapy use among medicare beneficiaries at the end of life. Ann internal medicine 2003; 138:639-643
- 37-** James Abraham, Carmen J. Allegra, James Gulley. Bethesda Handbook Of Clinical Oncology 2009
- 38-** 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. Am J Public Health 2002;92(10):1598-600.

- 39-** 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. *Am J Public Health* 2003;93(6):923-5.
- 40-** Ernst E. A primer of complementary and alternative medicine commonly used by cancer patients. *Med J Aust.* 2001 Jan 15;174(2):88-92
- 41-** Ernst E, Cassileth BR. The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer. *cancer* 1998; 83: 777-782.
- 42-** American Cancer Association. Guidelines For Using Complementary and Alternative - Methods. <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi : 20/12/2009
- 43-** A'dan Z'ye Tamamlayıcı ve Kanser Tedavileri 2009. Doç.Dr. V. Canfeza Sezgin
- 44-** Köksoy S. Yüksek lisans Tezi 2008.Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Doktor, Hemşire ve Ebelerin Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları.
- 45-** Milgrom LR. Homeopathy and the new fundamentalism: a critique of the critics. *J Altern Complement Med*, 2008; 14: 589- 94
- 46-** Cooper EL. Ayurveda and eCAM: A Closer Connection. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2008;5(2): 121- 2.
- 47-** Vaidya AD, Devasagayam TP. Current Status of Herbal Drugs in India: An Overview. *J Clin Biochem Nut*, 2007; 41(1): 1- 1
- 48-** Lee SH, Ahn SC, Lee YJ, Choi TK, Yook KH, Suh SY. Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *J Psychosom Res*, 2007; 62: 189– 195.
- 49-** Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M, Tjosvold L, Vandermeer B, Liang Y, Bialy L, Hooton N, Buscemi N, Dryden DM, Klassen TP. Meditation practices for health: state of the research. *Evid Rep Technol Ases*, 2007; 155: 1- 263.
- 50-** Feuerstein G. The Yoga Tradition: Its History, Literature, Philosophy, and Practice. Prescott, AZ: Hohm Press; 1998
- 51-** Robert B. Saper, MD, MPH, Karen J. Sherman, PhD, MPH, Diana Cullum-Dugan, RD, LDN, RYT, Roger B. Davis, ScD, Russell S. Phillips, MD, and Larry Culpepper, MD, MPH Yoga For Chronic Low Back Pain In A Predominantly Minority Population: A Pilot Randomized Controlled Trial-*Altern Ther Health Med*. 2009 Nov–Dec; 15(6): 18–27

- 52-** Gray, D.P. (2004) Complementary and alternative therapies. _çinde Lewis, S.M., Heitkemper, L. ve Dirksen, S.R. (Eds), Medical Surgical Nursing. St. Louis : Mosby Inc.; 94-109
- 53-** Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? Nurs Clin North Am, 2003; 38: 495- 508.
- 54-** Meisenhelder JB, Chandler EN. Faith, prayer, and health outcomes in elderly Native Americans. Clin Nurs Res, 2000; 9: 191- 203.
- 55-** Çoban A. Müzikterapi Ruh Sağlığı için Müzikle Tedavi. İstanbul: Timas yayınları, 2005:40- 58.
- 56-** Olness K. Helping children and adults with hypnosis and biofeedback. Cleve Clin J Med,2008; 75: 39-43
- 57-** Anbar RD, Zoughbi GG. Relationship of headache-associated stressors and hypnosis therapy outcome in children: a retrospective chart review. Am J Clin Hypn, 2008; 50: 35–41.
- 58-** Walsh BJ. Hypnotic alteration of body image in the eating disordered. Am J Clin Hypn, 2008; 10: 01–10.
- 59-** Broughan C. Odours, emotions, and cognition- How odours may affect cognitive performance. Int J Aromatherapy, 2002; 12: 92- 98.
- 60-** Carvalho-Freitas MI, Costa M. Anxiolytic and sedative effects of extracts and essential oil from Citrus aurantium L. Biol Pharm Bull, 2002; 25: 1629- 1633.
- 61-** Çubukçu B, Meriçli AH, Mat A, Sarıyar G, Sütülpınar N, Meriçli F. Fitoterapi. İ.Ü. Eczacılık Fakültesi Yayın No: 79, İstanbul, 2002.
- 62-** Sarışen Ö, Çalışkan D. Fitoterapi: Bitkilerle tedaviye dikkat. Sted, 2005; 14; 182- 188.
- 63-** Stephen Bent, MD, Richard Ko, PharmD, Phd.Commonly Used Herbal Medicines in the United States: A ReviewThe American Journal Of Medicine, 2004 April, vol 116, 478-485
- 64-** Traditional Medicine. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>
- 65-** Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2008;18(1):32-8.
- 66-** Madenci E. Klasik Masaj. Türk Fiz Tıp Rehab Derg, 2007; 53; 58- 61.
- 67-** Field TM. Massage therapy effects. Am Psychol, 1998; 53: 1270- 1281.

- 68-** Ironson G, Field T, Scafidi F, Hashimoto M, Kumar M, Kumar A, Price A, Goncalves A, Burman I, Tetenman C, Patarca R, Fletcher MA. Massage therapy is associated with enhancement of the immune system's cytotoxic capacity. *Int J Neurosci*, 1996; 84: 205- 217.
- 69-** Zeitlin D, Keller SE, Shiflett SC, Schleifler SJ, Bartlett JA. Immunological effects of massage therapy during academic stress. *Psychosom Med*, 2000; 62: 83- 84.
- 70-** Corbin L. Safety and efficacy of massage therapy for patients with cancer. *Cancer Control*, 2005; 12: 158- 64.
- 71-** Bossi LM, Ott MJ, DeCristofaro S. Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs*, 2008; 12: 489- 94
- 72-** Baldwin AL, Wagers C, Schwartz GE. Reiki improves heart rate homeostasis in laboratory rats. *J Altern Complement Med*, 2008; 14: 417- 22.
- 73-** Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. *Int J Clin Pract*, 2008; 62: 947- 54.
- 74-** Kalyon TA. Akupunktur tedavisi. *Turk J Phys Med Rehab*, 2007; 53: 52- 57.
- 75-** WHO-Guidelines for clinical research on acupuncture. 2000. Washington.
- 76-** Eskinazi D, Hoffman FA. Progress in complementary and alternative medicine: Contribution of the National Institutes of Health and Food and Drug Administration. *J Altern Complement Med* 1998;4:459-67.
- 77-** <http://nccam.nih.gov> .Source: Barnes PM, Bloom B, Nahin R. CDC National Health Statistics Report # 12. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States 2007. December 2008
- 78-** Molassiotis A, Fernandez –Ortega P, Pud D, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients : A European survey. *Ann Oncol* 16; 655-663, 2005
- 79-** Hyodo I, Amano N, Eguchi K et al. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J. Clin Oncol* 2005; 23:2645-2654
- 80-** Cui Y, Shu XO, Gao Y et al. Use of complementary and alternative medicine by Chinese women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2004;85:263-270
- 81-** By O. Paltiel, M. Avitzour, T. Peretz, N. Cherny, L. Kaduri, R.M. Pfeiffer, N. Wagner, V. Soskolne. Determinants of the Use of Complementary Therapies by Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, Issue 9 (May), 2001: 2439-2448.

- 82-** Ceylan S, Hamzaoglu O, K  m  rc   S ve ark. Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients. *Complement Ther Med* 10;94-99,2002.
- 83-** Taş F,   st  ner Z,Can G, et al. The prevalance and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients. *Acta Oncologica* 44;161-167,2005.
- 84-** Uğurluer G, Karahan A,  lhan M ve ark. Ayaktan tedavi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri,XVII. Ulusal kanser kongresi bildiri kitabı, Antalya, Nisan 19-23,2007: s.178-179
- 85-** Yıldız   ,   zg  roğlu M, Turna H ve ark. Kanser hastalarında alternatif tedavi kullanım sıklığı. I. Tıbbi onkoloji kongresi bildiri kitabı, Antalya Mart 29- Nisan 2 2006. s.31.
- 86-** Kav S, Hanoğlu Z, Alg  r L. Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji dergisi* 2008;18(1):32-8.
- 87-** Gözüm S, Tezel A, Koc M. Complementary alternative treatments used by patients with cancer in Eastern Turkey. *Cancer Nurs* 26: 230-239, 2003.
- 88-** Aditya Bardia, Debra L. Barton, Larry J. Prokop, Brent A. Bauer, Timothy J. Moynihan. Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies in Relieving Cancer Pain: A Systematic Review.*Journal of Clinical Oncology*, Vol 24, No 34 (December 1), 2006: pp.5457-5464
- 89-**   nan   N, Şahin H,     ek B, Taş  ı S. Use of herbs or vitamin/mineral suplements by patients with cancer in Kayseri, Turkey. *Cancer Nurs* 29:17-20, 2006.
- 90-** M. A. Richardson, T. Sanders, J.L. Palmer, A. Greisinger and S.E. Singletary. Complementary/Alternative medicine use in a compherensive and the implications for oncology, *Journal of Clinical Oncology* 18 (2000) (13), pp.2505-2514