



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARDA REİKİNİN
AĞRI, YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON
ÜZERİNE ETKİSİ**

ZEYNEP ERDOĞAN
DOKTORA TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. SEZGİ ÇINAR

İSTANBUL-2013



REPUBLIC OF TURKEY
MARMARA UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

**EFFECT OF REİKİ ON PAIN, QUALITY OF LIFE AND
DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE LIVING IN
NURSING HOME**

ZEYNEP ERDOĞAN
DOCTORATE THESIS

DEPARTMENT of MEDICAL NURSING

SUPERVISOR
ASSOC. PROF. SEZGİ CİNAR

ISTANBUL-2013

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Doktora
Anabilim Dalı : İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Zeynep Erdoğan
Tez Başlığı : Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Reikinin Ağrı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi SBF. Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi : 10.10.2013

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Sezgi Çınar

Kurumu

Celal Bayar Üniversitesi SYO.

İmza

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Nermin Olgun

Acibadem Ü. SBF Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Nuran Kömürcü

M.Ü. SBF Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Sıdıka Oğuz

M.Ü. SBF Hemşirelik Bölümü

Yard. Doç. Dr. Gül Ünsal

M.Ü. SBF Hemşirelik Bölümü

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 25.10.2013 tarih ve 60 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEZ ONAYI

Kurum: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın Seviyesi: Doktora
Anabilim Dalı: İç Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi: Zeynep Erdoğan
Tez Başlığı: Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Reikinin Ağrı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi
Sınav Yeri: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi: 10.10.2013

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman	Kurumu	İmza
Doç. Dr. Sezgi Çınar	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği ABD	
Prof. Dr. Nermin Olgun	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD	
Prof. Dr. Nuran Kömürcü	M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD	
Doç. Dr. Sıdika Oğuz	M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD	
Yard. Doç. Dr. Gül Ünsal	M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği ABD	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Feyza Arıcıoğlu

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Zeynep ERDOĞAN

II. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve doktora eğitimim süresince büyük desteğini aldığım, mesleki gelişimim için bilgi, görüş ve katkılarını benden esirmeyen değerli danışmanım **Doç. Dr. Sezgi Çınar'a**,

Tez çalışmam sırasında her türlü yardımını ve desteğini esirgemeyen, doktora eğitimim süresince akademik gelişimimi destekleyen hocalarım **Sayın Prof. Dr. Nermin Olgun'a**,

Birlikte aynı ortamı paylaşma şansına eriştiğim, yardımlarını ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim **çalışma arkadaşlarıma**,

İstatistik ve analiz kısmında yardımlarını esirgemeyen **Öğr. Gör. Murat Çakar'a**

Tez çalışmam sırasında uzaktan da olsa yakın ilgi ve desteklerini hissettiğim Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu **öğretim elemanlarına**,

Veri toplama aşamasında her türlü ilgi ve yardımını esirgemeyen Kadıköy Sağlık Eğitim Merkezi KASEV Kadir-Rezan Has Öğretmen Dinlenmeevi–Huzurevi ve İstanbul Huzur Hastanesi ve Dinlenme Evleri çalışanlarından **Kamil Çetin Oraler'e, Ayşe Kuyumcu'ya, Nilüfer Temirtaş'a, Ayla Günşen'e, Figen ve Ayşe Hemşire'ye, Parlar Bey, Sinan Bey ve Taceddin Bey'e**,

Tez çalışmama katılan tüm **huzurevi sakinlerine**,

Kelimelerle anlatamayacağım kadar bende emeği olan **aileme**, özellikle de **Annem ve İmren'ime**..

En İçten Duygularımla Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım

Zeynep ERDOĞAN

III. İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Yaşlılık	5
4.1.1. Yaşlılığın Tanımlanması	5
4.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Epidemiyolojisi	5
4.2. Yaşlılık ve Ağrı	7
4.2.2. Ağrı Nedenleri	8
4.2.3. Yaşlılıkta Ağrının Değerlendirilmesi	9
4.2.4. Yaşlılıkta Ağrı Tedavisi	11
4.2.4.1. İlaç Tedavisi	11
4.2.4.2. İlaç Dışı Yöntemler	12
4.3. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi	13
4.3.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Kavramı	13
4.3.2. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi	15
4.4. Yaşlılık ve Depresyon	17
4.4.1. Depresyon Epidemiyolojisi	18
4.4.2. Depresyonun Nedenleri	18
4.4.3. Tanı ve Klinik Özellikler	19
4.4.4. Depresyonun Tedavisi	20
4.5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp	21
4.5.1. Enerji Terapileri ve Hemşirelik	22
4.5.1.1. Reiki	25
4.5.1.1.2. Reiki Uygulaması	28
4.5.1.2. Reikiyle İlgili Yapılmış Çalışmalar	29
5. GEREÇ ve YÖNTEM	33
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	33
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	33

III. İÇİNDEKİLER (Devam)

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
5.4. Araştırmanın Hipotezleri	34
5.5. Veri Toplama Araçları	35
5.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci	38
5.7. Reiki Uygulama Prosedürü	42
5.8. Kullanılacak Değerlendirme ve İstatistiksel Yöntemler	42
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	43
6. BULGULAR	44
6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular	44
6.2. Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Bulgular	45
6.3. Reikinın Ağrı Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	46
6.4. Reikinın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	49
6.5. Reikinın Depresyon Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	54
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	57
7.1. Reikinın Ağrı Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	58
7.2. Reikinın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	61
7.3. Reikinın Depresyon Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	63
8. KAYNAKLAR	66
9. EKLER	75
10. ÖZGEÇMİŞ	96

IV. KISALTMALAR LİSTESİ

EKT	Elektrokonvulzif tedavi
GDÖ	Geriatrik Depresyon Ölçeği
IASP	Uluslar arası Ağrı Araştırmaları Birliği
MMDM	Mini Mental Durum Muayenesi
NCCAM	Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi
NIH	Ulusal Sağlık Enstitüsü
SF 36	Kısa Form 36
SİYK	Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
SMMT	Standardize Mini Mental Test
SSGI	Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri
TAT	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
TSAD	Trisiklik Antidepresanlar
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VAS	Görsel Ağrı Skalası
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL-OLD	Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

Tablo 2. Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özellikler

Tablo 3. Deney, Yalancı Reiki ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Haftalara Göre Reiki Öncesi ve Sonrası Ağrı Puan Ortalamaları

Tablo 4. Haftalara Göre Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 5. Haftalara Göre Gruplararası Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6. Deney, Yalancı Reiki ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Haftalara Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 7. Haftalara Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 8. Haftalara Göre Gruplararası Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 9. Deney, Yalancı Reiki ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Haftalara Göre Depresyon Puanlarının Dağılımı

Tablo 10. Haftalara Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11. Haftalara Göre Gruplararası Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

1. ÖZET

Bu çalışmanın amacı; huzurevinde kalan yaşlılarda reikinın ağrı, yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisini değerlendirmektir. Randomize kontrollü, çift körlü ve deneysel olarak yapılan araştırmanın örneklemini, 30 deney, 30 yalancı reiki ve 30 kontrol grubu olmak üzere 90 yaşlı birey oluşturdu. Deney grubuna; sekiz hafta boyunca haftada bir kez, 45 dk -1 saat arasında reiki uygulandı. Yalancı reiki grubuna; reiki eğitimi almayan 4 hemşire tarafından aynı sürede yalancı reiki (sham reiki) uygulandı. Kontrol grubuna ise herhangi bir müdahale yapılmadı, rutin günlük bakımları uygulandı. Veriler Genel Bilgi Formu, Görsel Ağrı Skala, Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Geriatrik Depresyon Ölçeği ile toplandı. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde t-testi, chi-square, Mann Whitney U, Wilcoxon işaret testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Çalışmada deney grubunun yalancı reiki ve kontrol grubuna göre ağrı ve depresyon puanlarında anlamlı azalma, yaşam kalitesi puanlarında ise artma görüldü. Sonuç olarak, çalışma bulgularımız reiki alan yaşlı bireylerin ağrı, yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının yalancı reiki ve kontrol grubuna göre düzeldiğini göstermiştir. Bu bulgular doğrultusunda huzurevinde kalan yaşlılarda ağrıyı ve depresyonu azaltmak, yaşam kalitesini artırmak için reiki eğitimi almış hemşireler tarafından reiki uygulaması yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Reiki, Ağrı, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Huzurevi

2. SUMMARY

Effect of Reiki on Pain, Quality of Life and Depression in Elderly People Living in Nursing Home

The aim of this study was to evaluate effect of reiki on pain, quality of life and depression in elderly people living in nursing home. The sample of this placebo-controlled, doubled blind and experimental study, consist of 90 participants, were randomized to actual reiki (n=30), sham reiki (n=30), or control group (n=30) group. Sham reiki placebo was applied by four nurse without knowledge of reiki, who mimicked the reiki treatment. The control group received traditional nursing care, no intervention. The data were collected through a questionnaire form, Visual Analogue Scale (VAS), Short Form-36(SF-36), and Geriatric Depression Scale. Data was evaluated using t-test, chi-square, Mann Whitney U, Wilcoxon test and spearman correlation tests. Reiki group had a significantly decreased in VAS and GDS score, increased in SF-36 score compared with the sham reiki and control group. These result suggest that reiki group had an improvement of pain, quality of life and depression compared with the sham reiki and control group. According to these findings, it can be offered that reiki is applied by trained nurses to practice reiki to reduce pain and depression, improve quality of life in elderly people living in nursing home.

Keywords: Reiki, pain, quality of life, depression, nursing home

3. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsan yaşamındaki en önemli dönemlerden biri olan yaşlılık, insanın zihinsel, bedensel ve ruhsal yapısının değiştiği, kayıpların ve fiziksel gerilemenin görüldüğü 65 yaş ve üzerini kapsamaktadır (Sütölük, Demirhindi, Savaş ve Akbaba 2004, Akça ve Şahin 2008, Altay ve Avcı 2009). Yaşlı nüfusundaki artış, yaşlıların yaşamlarının niceliği (yaşam süresi ve hastalıklar) yanı sıra niteliğini (kalitesini) de anlamlı kılmıştır. Oldukça hızlı bir şekilde artan yaşlı nüfusunda yaşam kalitesinin artırılması sağlık alanında önemli hedeflerden biri olmuştur. Uzun yaşamanın yanında daha kaliteli yaşama ve bunu belirleyen faktörler de önemli hale gelmiştir. Yaşlılıkta yaşam kalitesini değerlendiren çalışmaların çoğunda bağımsız yaşamayı engelleyen kronik hastalıkların, yaşlılığa eşlik eden psiko-sosyal ve işlevsel kayıpların yaşam kalitesini düşürdüğü belirlenmiştir (Kılıçoğlu ve Yenilmez 2005, Yazgan, Kora, Topçuoğlu ve Kuşçu 2006, Akça ve ark. 2008). Yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkisi olan, yaşlılarda morbidite ve mortaliteyi anlamlı olarak artıran ve özellikle 60'lı yaşlarda görülme sıklığında artış olan önemli bir sağlık sorunu da depresyondur (Çifcili, Yazgan ve Ünalın 2006, Akça ve ark. 2008, Altay ve ark. 2009). Yaşlılıkta depresyon ve depresif belirtilerin araştırıldığı çalışmalarda 65 yaş üzerinde %13 ve %62,5 gibi değişen oranlarda depresyon saptanmıştır (Cole and Dendukuri 2003, Şahin ve ark. 2003, Sütölük ve ark. 2004, Crawford, Leaver and Mahoney 2006, Çifcili ve ark. 2006, Akça ve ark. 2008, Altay ve ark. 2009). Yaşlılıkta gücün, prestijin, fiziksel becerilerin, gençlik ve güzelliğin, arkadaşların, yakın ilişkilerin, cinsel olanakların, saygınlığın, sosyal yaşantı ve desteklerin azalmasının depresyona zemin hazırladığı bildirilmiştir (Cole et al. 2003, Şahin ve Yalçın 2003, Altay ve ark. 2009).

Ruh sağlığı açısından bir risk grubunu oluşturan yaşlılarda huzurevinde kalma durumu da yoğun sorunları beraberinde getirir. Özellikle kurumda kalan yaşlının kendini kabul etme ve kendine saygı duymayı belirleyen çevreyi tanıma olanakları kaybolmaktadır. Bu nedenle yaşlı birey soyutlanma, kendini değersiz hissetme gibi olumsuz duygular yaşayabilmektedir. Dolayısıyla kurumda kalan yaşlılarda çeşitli

psikolojik sorunlar görülmekle birlikte yaşam kalitesi de etkilendir (Cole et al. 2003, Kılıçoğlu ve ark.2005, Çıfçılı ve ark. 2006, Yazgan ve ark. 2006).

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen bir diğer faktör de ağrıdır. Özellikle kronik ağrının sık yaşanması fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak iyi olma halini olumsuz yönde etkiler. Ülkemizde yapılan farklı ağrı prevelans çalışmalarına göre yaşlılar %88.5 oranında ağrı, %64.5 oranında ise kronik ağrı deneyimlemektedirler. Dolayısıyla yaşlılık döneminde artış gösteren kronik sağlık sorunları nedeniyle yaşlı birey giderek daha fazla sayıda ilaç kullanmak durumunda kalmaktadır. Yaşlı bireylerde uygunsuz ilaç kullanımı; hem ilaçlara bağlı morbidite, mortalite riskini hem de ilaç etkileşimleri ve yan etkilerin görülme oranını artırırken, yaşam kalitesini azaltmaktadır (Kutsal 2006).

Sonuç olarak, gerek yaşlılık döneminde artış gösteren kronik hastalıklar, gerekse çoklu ilaç kullanımının neden olduğu istenmeyen durumlar yaşlıların tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) yöntemlerine yönelmesine neden olmuştur (Astin, Pelletier, Marie and Haskell 2000, Ness, Cirillo, Weir, Nisly and Wallace 2005). Yaşlılarda TAT ile ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde: yaşlıların %30 (Foster, Philips, Hamel and Eisenberg 2000), %41 (Astin et al 2000), %62.9 (Cheung, Wyman and Halcon 2007) ve %88 (Ness et al 2005) gibi değişen oranlarda TAT kullandığı bildirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda yaşlı bireyin artrit, sırt ağrısı, anksiyete, depresyon gibi kronik sağlık sorunlarının yönetimini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak için tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini %30 ve %92 gibi değişen oranlarda kullandığı bildirilmiştir (Ness et al. 2005, Grzywacz, Suerken, Quandt, Bell, Lang and Arcury 2006, Grzywacz et al. 2006, Cheung et al. 2007).

Ülkemizde yaşlı bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tıp türü olan reikinin etkisi ile ilgili hiçbir çalışma bulunmamaktadır. Bu eksikliklerden yola çıkarak bu araştırma; huzurevinde kalan yaşlılarda reikinin ağrı, yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yaşlılık

4.1.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması

Sağlık alanındaki gelişmeler, bilimsel ve teknolojik ilerlemelere paralel olarak yaşam standartlarının yükselmesi, hastalık ve ölümlerin önlenmesi doğuştan beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur. Bu durum da tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusunun artmasına yol açmıştır. İnsan yaşamındaki en önemli dönemlerden biri olan yaşlılık, bireyin zihinsel, bedensel ve ruhsal yapısının değiştiği, kayıpların ve fiziksel gerilemenin görüldüğü 65 yaş ve üzerini kapsamaktadır (Sütoluk ve ark. 2004, Akça ve ark. 2008, Altay ve ark. 2009). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) psikogeriatric yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstünü yaşlı, 85 yaş ve üstünü çok yaşlı olarak tanımlamıştır. Yaşlılık bilimiyle uğraşanlar ise yaşlılığı 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arasını orta yaşlı ve 85 yaş üzerini ileri yaşlılık (ihtiyarlık) olarak sınıflamışlardır (Bahar, Bahar ve Savaş 2009, Beğer ve Yavuzer 2012).

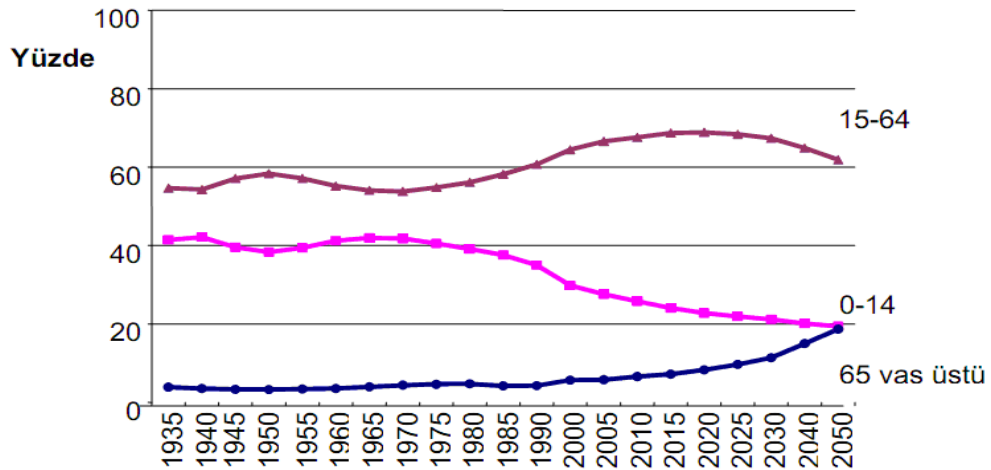
4.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Epidemiyolojisi

Dünyamız her geçen gün yaşlanmakta iken tüm dünyada doğum oranındaki azalmayla birlikte yaşam standartlarının iyileşmesine bağlı olarak insan ömrünün uzamasıyla yaşlı nüfusu da giderek artmaktadır. Dünya geneline baktığımızda 2012 verilerine göre; 65 yaş üstü nüfus oranı % 8’dir. Gelişmiş ülkelerde bu oran % 16, gelişmekte olan ülkelere % 6 ve az gelişmiş ülkelere ise %3’tür. Bölgelere göre incelediğimizde; Avrupa’da % 16, Amerika’da % 9, Kuzey Amerika’da % 13, Okyanusya ülkelerinde % 11, Asya’da % 7(Çin hariç) ve Afrika’da % 4’tür. 65 yaş üstü nüfus oranı; Japonya’da % 23.2, Almanya’da 20.7, İtalya’da %20.2 ve İsveç’te

% 18.5'tur. http://www.prb.org/pdf12/2012-population-data-sheet_eng.pdf Erişim: 29.01.2013.

Ülkemizdeki yaş gruplarının yıllara ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) nüfus projeksiyonlarına göre yüzdesel dağılımları Şekil 1'de gösterilmektedir. Adrese dayalı nüfus kayıt sisteminden elde edilen verilere göre, 1970'lerden itibaren 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfus içindeki payı artış göstermiştir. Bu grubun toplam nüfus içindeki payı 1940 yılında yüzde 3.5 iken, 1970 yılında yüzde 4.4'e, 2010 yılında ise yüzde 7.2'ye çıkmıştır. 2050 yılında Türkiye nüfusunda 16 milyon civarında yaşlının bulunacağı öngörülmektedir (<http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylemla.pdf>) Erişim Tarihi: 25.11.2012.

2012 yılı verilerine göre ise ülkemizdeki 65 yaş üstü nüfus oranı % 7.5 (yaklaşık 5.6 milyon yaşlı) olarak belirlenmiştir. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13425>) Erişim: 29.01.2013



Şekil 1. Ülkemizdeki Yaş Gruplarının Yıllara ve TÜİK Nüfus Projeksiyonlarına Göre Yüzdesel Dağılımları

www.ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylemla.pdf, Erişim tarihi: 22 Kasım 2012

4.2. Yaşlılık ve Ağrı

Ağrı her bireyin hayatı boyunca deneyimlediği subjektif bir bulgudur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP) ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, duyuşsal, emosyonel, hoş olmayan bir duygu olarak tanımlamıştır (Aydın 2002, Çöçelli, Bacaksız, Ovayolu 2008). Ağrı, yaşlılarda en sık bildirilen semptom olup, yaşlının yaşam kalitesini, fiziksel fonksiyonlarını ve iyilik durumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu kadar sık görülmesine rağmen sağlık profesyonelleri tarafından yeterince fark edilemez ve tedavi edilemez. Akut ağrı, uyarıcı ve yaşam kurtarıcı bir belirti olarak genellikle bir nedene bağlı olup üç aydan daha kısa sürer. Akut ağrılar lezyonun iyileşmesi ile genellikle ortadan kalkar. Kronik ağrı ise 3 – 6 aydan daha uzun sürer ve önemli bir kısmında saptanabilir bir lezyon yoktur. Bu ağrılar herhangi bir müdahale yapılmadan ortadan kalkmaz. (Aydın 2002, Günvar 2009). Akut ağrı tüm yaş gruplarında benzer olarak görülmesine rağmen, kronik ağrı 65-70 yaşına kadar artarak zirve yapar ve 70-75 yaşında platoya ulaşır. Daha ileri yaş grubunda ise ağrı görülmesi azalır. (Kutsal 2007, Öztürk ve Karan 2008.) Kronik ağrı, yaşlılarda en çok dile getirilen sorunlardan biridir. Ancak yaşlı bireyler veya yakınları pek çok belirtiyi yaşlılık için doğal sayarak sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları için kronik ağrı oranının bilinenden çok daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Durmaz 2012). IASP, kronik ağrının, toplumda yaşayan yaşlıların % 50'sinden fazlasını, huzurevinde kalan yaşlıların %80'den fazlasını etkilediğini bildirmiştir. (<http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>) (Erişim: 12. Aralık 2012). Toplumda yaşayan yaşlılarda kronik ağrı prevalansı % 51.44 (Dellaroza, Pimenta and Matsuo 2007), huzurevinde kalan yaşlılarda ise bu oran % 82.9 olarak bildirilmiştir (Zanocchi, Maero, Nicola, Martinelli, Luppino, Gonella, Gariglio, Fissore, Bardelli, Obialero and Molaschi 2008). Ülkemizde yapılan çalışmalarda (Yıldız, Erol ve Ergün 2009) huzurevinde kalan yaşlıların % 57.9 oranında ağrı yaşadığını göstermektedir. Tanrıverdi, Okanlı, Çetin, Özyazıcıoğlu, Sezgin, Kararman ve

Korkut (2009) yaşlılarda herhangi bir nedenle son bir yılda deneyimlenen ağrı prevalansını %88.5, kronik ağrı prevalansını ise % 64.7 olarak bulmuşlardır. Ağrı yaşlılıkta temel sorunlardan biridir. Bu yaş grubunda birden fazla hastalığın görülmesi, ağrının birkaç nedene bağlı olarak görülmesine zemin hazırlamaktadır. Ayrıca demans, duyuşsal bozukluklar ve yeti kayıpları ağrının tedavisini ve değerlendirilmesini güçleştirdiği için ağrı prevalansının bu yaş grubunda yüksektir (Kutsal 2007).

4.2.2. Ağrı Nedenleri

Yaşlılarda kronik ağrıya neden olan kanser dışındaki durumlar sıklıkla şunlardır: (Kutsal 2007, Öztürk ve ark. 2009).

1. Damarsal kökenli ağrılar: Otoimmün (bağışıklık ile ilgili) hastalıklar: Temporal Arterit, iskemik hastalıklar (anjina pectoris, periferik vasküler (damarsal) hastalıklar,
2. Damar tıkalıcı hastalıklar (arteriyel veya venöz damar tıkanıklıkları
3. Nörojenik kökenli ağrılar: Sinir kökü basıları, periferik nöropatiler, postherpetik nevraljiler (örnek: zona zoster sonrası ağrılar), talamik sendrom
4. Kemik kökenli ağrılar: Senil osteoporoz, Paget hastalığı
5. Eklem kökenli ağrılar: Osteoartrit, servikal-lumbal spondiloz, eklemleri tutan diğer hastalıklar
6. Adale kökenli ağrılar: Polimiyaljiya romatika, hastalıklara veya ilaçlara ikincil miyopatiler, fibromiyalji, miyofasiyal ağrılar, immobilizasyona bağlı adale ve tendon kontraktürleri
7. Viseral kökenli ağrılar: Peptik ülser veya hiatal herni, kolelitiazis, divertiküller, spastik kolon, konstipasyon , hemoroid

Yaşlılarda kronik ağrılar yukarıda saydığımız birçok faktöre bağlı olmakla birlikte kas-iskelet sistem bozukluklarından (osteoartrit ve bel ağrıları) kaynaklanan ağrılar en çok görülenidir. Kronik ağrı rapor eden 65 yaş üzeri nüfusta artritik yakınmalara bağlı ağrının % 59 civarında olduğu tahmin edilmektedir (Durmaz 2012).

Yaşlılarda ağrı fizyopatolojik olarak nosiseptif ve nöropatik olarak sınıflandırılır. Nosiseptif ağrı; visseral veya somatik kökenli olup, ağrı reseptörlerinin

uyarılmasından kaynaklanır. Doku hasarı veya inflamasyon sonucu oluşur. Yaygın olarak kullanılan analjezik ilaçlara cevap verir. Nöropatik ağrı ise hem periferik hem de santral sinir sistemindeki bozukluk nedeniyle oluşur. Genellikle klasik ağrı kesicilere değil, antidepresanlara ve antikonvulzan gibi klasik olmayan ağrı kesicilere cevap verir (Öztürk ve ark. 2009, Gündüzoğlu Ç N ve Karadakovan 2011, Gürsoy 2012, İrdesel 2012). İlerleyen yaşla birlikte eklemlerden kaynaklananlar dışında ağrılarda azalma görüldüğü, sadece ağrı nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurunun azaldığı dikkat çekmektedir (Kutsal 2007, Öztürk ve ark. 2009). Yaşlılıkta sinir sisteminin nosiseptif fonksiyonunda bozukluklar görülmesi sonucu ilerleyen yaşla birlikte ağrı duyarlılığında azalma görülür. Yine yaşlanmayla birlikte anatomik ve nörokimyasal değişiklikler de ağrı algısını değiştirebilir. Miyelinli ve miyelinsiz sinir liflerinin yoğunluğunda azalma ve miyelinli liflerin ileti hızında yavaşlama, santral sinir sisteminde korteks, orta beyin ve beyin sapındaki nöron sayısındaki azalma, nosiseptörlerin yoğunluğunda ve yaşlılarda ağrı prepsiyonundaki azalmalar gibi tüm bu nedenler yaşlı bireylerde ağrı semptomunun fark edilmesini engelleyebilir (Kutsal 2007, Öztürk ve ark. 2009).

Yaşlılarda sağlık profesyonellerinin tedavi çabalarına rağmen ağrı prevalansının yüksek olması ağrı yönetimindeki yetersizlikleri düşündürmektedir. Sağlık bakım ekibinin ağrı tedavisinde kendilerini yeterli hissetmemeleri, yeni geliştirilen ağrı kontrol yöntemleri ve uygulamalarının yaygın olarak kullanılmaması, depresyon, demans gibi hastalıklar nedeniyle yaşlı hastanın ağrı semptomunu yeterince önemsemeyip, farkına varmaması, yaşlı bireyin ağrı çekmede daha sabırlı olması, yaşlı ve bakım vericilerin ağrı semptomunu yaşlılığın doğal bir sonucu olarak kabul edip, ağrı bildiriminde bulunmaması gibi nedenler ağrı yönetimindeki engeller olarak bildirilmiştir (Günvar 2009, Öztürk ve ark. 2009, Gündüzoğlu ve ark 2011).

4.2.3. Yaşlılıkta Ağrının Değerlendirilmesi

Sağlık kuruluşlarına başvuran tüm yaşlılar ilk başvuru esnasında kronik ağrı açısından değerlendirilmelidir. Ağrı kaynağının saptanması ve etkin bir ağrı tedavisi için ağrı değerlendirmesi kapsamlı bir şekilde yapılmalı ve gerekli aralıklarla tekrar edilmelidir (Öztürk ve ark. 2009). Ağrı subjektif, kişiden kişiye değişen bir semptom

olduğundan, Amerikan Geriatri Derneği yaşlı bireylerde ağrı yönetimi ile ilgili yayınladığı raporunda en doğru ve güvenilir kanıtın hasta ifadesi olduğunu belirtmiştir. Ancak yaşlıda var olan tıbbi sorunlar (kognitif bozukluk, görsel, işitsel sorunlar) ve semptomlar ağrıyı değerlendirmeyi engelleyen durumlardır (Gündüzoğlu ve ark 2011).

Yaşlılarda ağrının değerlendirilmesi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Ağrı kontrolünde, yaşlıyla birlikte daha fazla zaman geçirdikleri için hemşirelere, diğer ekip üyelerinden daha fazla rol düşmektedir. Hemşire ağrı değerlendirmesinde iyi bir anamnez almalıdır. Ağrının ne zaman başladığı, yaşlının ağrıyı nasıl tanımladığı, yayılımını, artıran ve azaltan faktörleri, şiddetini, niteliğini, daha önce aldığı analjezik tedavilerini ve fayda görüp görmediğini, önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini sorgulamalıdır. Yaşlıya ağrı ile başa çıkma yöntemlerini öğretmek, planlanan analjezik tedavisini uygulamak ve sonuçlarını izlemek hemşirenin diğer sorumlulukları arasındadır (Çöçelli ve ark 2008, Gündüzoğlu ve ark 2011).

Ağrıyı değerlendirmede, sağlık profesyonelleri arasında farklı yorumlara neden olmayacak, tekrarlanan ölçümlerde aynı sonucu verecek, geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ağrı ölçeklerini kullanmak gerekir (Çöçelli ve ark 2008, Öztürk ve ark. 2009, Gündüzoğlu ve ark 2011). Yaşlı bireylerde tüm ağrı tiplerini en iyi değerlendirebilen tek bir ölçüm aracı yoktur. Burada önemli olan kullanılacak ölçeğin söz konusu yaşlı için uygun olması ve takip eden durumlarda değerlendirmenin aynı ölçek ile yapılmasıdır. Kişinin kendi ifadesine dayanan ağrı değerlendirme ölçeklerinin (tanımlayıcı ölçekler, rakamsal skalalar, yüz skalaları) yaşlı bireylerde kullanımının geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (Öztürk ve ark. 2009, Gündüzoğlu ve ark 2011). Bu ölçeklerin kullanımı kolay olup, hastanın ifadesine dayanır. Örn: 0 ile 10 puan arasında puanlanan, 0 puanın ağrının olmadığı, 10 puanın ağrının çok kötü olduğunu gösteren Sayısal Ağrı Puanlama Ölçeği (Numeric Pain Rating Scales), Görsel Analog Ölçek (VAS) “ağrı yok”, “ağrı az”, “ağrı çok”, “ağrı çok fazla” şeklinde ağrıyı tanımlamak için kullanılan Basit Tanımlayıcı Ağrı Yoğunluk Ölçeği (Simple Descriptive Pain Intensity Scale) gibi sözel tanımlayıcı ölçekler yaşlılarda güvenilir bir şekilde kullanılabilir (Gündüzoğlu ve ark 2011). Kognitif bozukluğu olan yaşlılarda ise hastanın ifadesine dayanan bir

değerlendirme yapmak güvenilir olmayabilir. Ağrısını sözel olarak ifade edemeyen demansı olan, kafa travması geçiren ya da inme sonrası afazi problemleri olan yaşlılarda da davranışsal semptomlar: ajitasyon, inlemeler, fonksiyonel kısıtlılık, deliryum, ağrılı-acı çeken mutsuz yüz ifadeleri gözlenmelidir (Öztürk ve ark. 2009 ve Durmaz 2012).

4.2.4. Yaşlılıkta Ağrı Tedavisi

Yaşlı bireylerde fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini etkileyen her ağrı tedavi edilmelidir. Tedavide amaç; her zaman ağrının tamamen kesilmesi değil, yaşlının günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini iyileştirecek düzeyde ağrıyı azaltmaktır (Öztürk ve ark. 2009).

Tedavide genel ilkeler:

1. Öncelikle ağrıya neden olan alttaki sorunun çözülmesi, özellikle kanser ağrısında önemlidir. Ayrıca konservatif tedaviye cevap vermeyen eklem osteoartritinde eklem replasmanı yapılmalıdır.
2. Fonksiyonel yetersizliklerin ve psikolojik faktörlerin belirlenmesi
3. Birkaç tedavi seçeneğinin gözden geçirilmesi ve hastaya hangisinin uygun olduğuna karar verilmesi gerekir.

Yaşlı bireylerde ağrı tedavisi ilaç tedavisi ve ilaç dışı yöntemleri içerir:

4.2.4.1. İlaç Tedavisi

Yaşlı bireylerde bir tedavi planı oluştururken uygun ilacın seçilmesi, kısa etkili ilacın tercih edilmesi, bir defada tek bir ilacın reçete edilmesi, tedaviye düşük dozlarda başlanması gerektiğinde kontrollü olarak yavaş artırılması, ilaç-ilaç etkileşimlerinin bilinmesi ve göreceli kesin kontrendikasyonlar durumlarının belirlenmesi, yaşlanmayla birlikte ilaçların metabolizma, emilim, atılım ve dağılım hacimleri ile ilgili tüm farmakokinetik fazları etkilenebileceği göz önüne alınmalıdır (Kutsal 2007, Öztürk ve ark. 2009, Gündüzoğlu ve ark 2011).

Analjezikler genellikle 3 grupta ele alınabilir.

1. Opioid analjezikler: Yaşlılarda kas iskelet sistemi (osteoartrit), kronik nöropatik (post herpatik nevralji, diyabetik nöropati) ağrılarının yönetiminde etkilidir. Güçlü analjezik etkiyle birlikte santral sinir sistemi üzerinde depresyon, az veya çok tolerans, ve bağımlılık yapma özelliklerine sahiptir. Opioidlere bağlı en yaygın görülen yan etkiler konstipasyon, bulantı ve uykusuzluktur. Opioidler özellikle denge kaybı ve hareket bozukluğu olan yaşlı bireylerde düşme riskini de artırmaktadır. Zayıf opioidlerden kodein, oksikodon ve tramadol, kuvvetli opioidlerden morfin, hidromorfon, fentanil, meperidin ve metadon en sık tercih edilenleridir.

2. Nonopioidler: Yaşlıların hafif ve orta şiddetli ağrılarında, osteoartrit ağrısı ve malign metastazların neden olduğu kemik ağrılarında etkilidir. Bu grup ilaçların kullanımı için hem renal hem de hepatik fonksiyonların normal olması gerekmektedir. Asetaminofen, aspirin, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİ), metamizol ve tramadol en sık kullanılanlarıdır. Yaşlılarda non steroid antiinflamatuvarların bilinçsiz şekilde kullanılması sonucunda gastrointestinal sistem kanamaları bildirilmiştir.

3. Adjuvan İlaçlar: Analjezik olarak sınıflandırılmayan, ağrıya eşlik eden diğer sorunları düzelterek ağrı kontrolünde rol oynarlar. Opioidlerle veya opioid dışı analjeziklerle kombine kullanılır. Antidepresanlar, antikonvülzanlar, anksiyolitikler, kortikosteroidler, lokal anestetikler, benzodiazepinler, bifosfonatlar, nöroleptikler, antihistaminikler, psikostimulanlar ve kalsitonindir. Antidepresanlar ve antikonvülzanlar nöropatik ağrıda, kortikosteroidler beyin ödemi, kemik metastazları, nöropatik ağrı ve sinir basılarında, lokal anestetikler lokal ağrılarda-postherpetik nevraljide, bifosfonatlar kemik metastazlarında, paget hastalığında ve kalsitonin kemik ağrısında kullanılır. Adjuvan ilaçların çoğunun sedasyon, konfüzyon ve konstipasyon gibi yan etkileri vardır. Bu nedenle tedaviye düşük dozlarda başlanmalı ve yavaş artırılmalıdır (Kutsal 2007, Öztürk ve ark. 2009, Gündüzoğlu ve ark 2011).

4.2.4.2. İlaç Dışı Yöntemler

Ağrı tedavisinde fizik tedavi ve bilişsel davranışsal teknikler gevşeme (hayal etme, biofeedback ve tamamlayıcı ve alternatif terapiler (akupunktur, akupressure, enerji terapileri – reiki, meditasyon, dua, müzik, dikkati başka yöne çekme gibi yöntemler

hem daha basit hem de bu bilinen yöntemler yaşlı bireyler tarafından daha çok tercih edilir (Öztürk ve ark. 2009, Gündüzoğlu ve ark 2011).

4.3. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi

4.3.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumunun sağlanmasında kişisel tatminini etkileyen bir çeşit memnuniyettir.

Günümüzde yaşam kalitesiyle ilgili birçok tanım bulunmasına rağmen, evrensel olarak kabul görmüş bir tanıma yoktur. Mevcut tanımların da mutluluk, memnuniyet, yaşam doyumu, pozitif etki, negatif etki, bilişsel değerlendirme, sağlık, öznel ve psikolojik iyilik hali, sosyal yararlılık, duygusal ve ekonomik statü gibi birçok faktörden odaklandığı görülmektedir (Fitzpatrick, Fletcher, Gore, Jones, Spiegelhalter and Cox 1992, Chung, Killingworth and Nolan 1997, Moons, Budts and Geest 2006).

Yaşam kalitesini mutluluk ve yaşam doyumu olarak tanımlayan birçok araştırmacı vardır. Örneğin, Hörnquist yaşam kalitesini, bireyin fiziksel, sosyal ve psiko sosyal alanda doyum derecesiyle ilişkilendirmiştir. Vetter ise yaşam kalitesini, bir kişinin yaşamı veya çevresiyle ilgili hissettiği doyum derecesi olarak tanımlamıştır (Dedhiya and Kong 1995).

Naess ise kendini gerçekleştirilmeye önem vermiş ve yaşam kalitesini kişinin aktivitesini, başka insanlarla iyi ilişkilerini, öz saygısının ve mutluluk durumunun düzeyi olarak tanımlamıştır (Şahin H 1997).

Başlangıçta felsefe ve sosyoloji alanında söz edilen yaşam kalitesi kavramı günümüzde popüler sinema, müzik, mimarlık, psikoloji gibi diğer disiplinler ve sağlık alanında da yaygın olarak kullanılmıştır (Mandzunk and McMillan 2005).

Medikal ve sağlık hizmetlerinde çalışan araştırmacılar ‘iyilik’ halinin derecesinin değerlendirilmesi için yeni niceliksel lmler geliştirmişlerdir. Bu lmleri sadece hastalığa bağlı oluşan semptomların yol atığı durumlar ve fonksiyon bozuklukları olan bireylerde, sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla kullanmışlardır. Bu durum sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramını (SİYK) gündeme getirmiştir (Moons 2006, Kaplan and Ries 2007). Carr, Gibson and Robinson’a (2001) göre SİYK, bir kişinin sağlık, hastalık, sakatlık, engellilik ve tedavinin etkinliği gibi doğrudan veya dolaylı subjektif deneyimlerini tanımlamak için geliştirilmiş bir kavramdır. Ferrans, Zerwic, Wilbur and Larson (2005) ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramını, bireylerin kişisel özellikleri ve yaşadığı çevreyi dikkate alarak, bireylerin biyolojik fonksiyonları, hastalık semptomları, fonksiyonel durum ve genel sağlık algısının etkileşimi modeliyle açıklamıştır.

Yaşam kalitesi kavramı, fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyon olmak üzere üç ana alandan etkilenmiştir. Fiziksel fonksiyon alanı, fonksiyonel durum ve ağrı, yorgunluk, nefes darlığı gibi semptomları içine alır. Fonksiyonel durumun değerlendirilmesinde günlük yaşam aktiviteleri (ev içi, yemek pişirme), hareketlilik (yürüme, merdiven çıkma) ve günlük işlerdeki hafif aktiviteler (giyinme, yemek yeme) göz önünde bulundurulur. Psikolojik fonksiyon alanı iyilik hali, psikolojik stres ve mental yeteneklerle ilişkilidir, anksiyete, depresyon ve bilişsel fonksiyonların lmne odaklanmıştır. Kişilerarası ilişkiler, aile fonksiyonları, seksüel fonksiyonlar ve sosyal katılım gibi sosyal rollerin yerine getirilmesi sosyal fonksiyon alanının içinde yer alır (Mandzuk and McMillan 2005, Van den Bos and Triemstra 1999, Ferrans et al 2005) Sağlık alanında yaşam kalitesi lmlerinin değerlendirilmesinde, hasta bakımında psikososyal problemlerin belirlenmesi ve kontrol edilmesi, sağlık problemleriyle ilgili popülasyon çalışmaları, sağlık hizmetleri ve sağlık araştırmalarıyla ilgili lm sonuçları, klinik çalışmalar ve maliyet fayda analiz çalışmalarından yararlanılır (Fitzpatrick et al 1992).

SİYK lmlerinin değerlendirilmesinde psikometrik lkler kullanılır. Genel amaçlı ve özel amaçlı (spesifik) lkler olarak sınıflandırılır. Genel amaçlı lkler, toplumun tüm kesiminde ve tüm hastalık ve durumlarda kullanılır. Genel amaçlı

ölçekler kendi aralarında iki alt gruba ayrılır (Boer, Spruijt, Sprangers and Haes 1998):

1.Tercihe dayalı profiller: Sağlık ekonomisi alanında geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmişlerdir. Maliyet Fayda Analizlerinde kullanılan ve Kalite Eklenmiş Yaşam Yıllarını hesaplamaya olanak sağlayan ölçeklerdir.

2.Tercihe dayalı olmayan profiller: SİYK'nin değişik yönlerini ölçen tek bir araçtır. Genellikle bu ölçeklerden içerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. En yaygın kullanılanları Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili ve Hasta Etki Profili'dir.

Özel amaçlı ölçekler ise belli bir hastalığa, belli bir gruba, belli bir işleve (seksüel fonksiyon) veya belli bir probleme özel (ağrı gibi) ölçekler olarak gruplanırlar. BD-QoL Behçet hastalığına özel, Kiddo-KINDL ergenlere özel, WHO-OQL yaşlılara özel yaşam kalitesi ölçekleridir. Yaşam kalitesinin etkilediği varsayılan klinik durum ve girişimlerin ölçümünün değerlendirilmesinde genellikle bir genel amaçlı bir de en az bir hastalığa özel ölçek kullanılması önerilmiştir (Guyatt, Feeny and Patrick 1993, Van den Bos and Triemstra 1999, Fayers 2003).

4.3.2. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi

Yaşlılık dönemi; yaşlı bireyin fiziksel fonksiyonlarının sınırlandığı (hareket yeteneği ve günlük yaşam aktivite düzeyinde azalma, görme ve işitsel kayıplar, kronik ve özürlülük yaratan hastalığa sahip olma), psikolojik faktörlerin etkilendiği (fiziksel disabilite, bağımlı olma, sosyal izolasyon, ağrı, kişisel üretkenlikte azalma ve uyku bozukluğu gibi nedenlerle depresyon) ve sosyal ilişkilerde azalmanın görüldüğü yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bir dönemdir. Toplumun bir parçası olan yaşlı bireylerin yaşamlarının bu dönemlerinde yaşam kalitelerini korumak, aktif bir yaşam sürmelerini ve sağlıklı yaşlanmalarını sağlamak hem toplumdaki bireylerin hem de biz sağlık profesyonellerinin duyarlılığıyla mümkündür (Borman 2007, Günaydın 2010).

Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda; huzurevinde kalış süresinin uzun olması, ekonomik durum, (Gülseren, Koçyiğit, Erol, Bay, Kültür ve

Memiş 2000) yaş, eğitim durumu, herhangi bir özre sahip olma, günlük işlerde zorlanma, sağlıkla ilgili endişelerin varlığı, bir hobiye sahip olma, sosyal etkinliklere katılma, egzersiz yapma, depresyon, yeti yitimi ve algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesini etkilediği (Kılıçoğlu ve ark 2005) bildirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda; yaşam kalitesinin öncelikle kognitif fonksiyonlar ve aktivite derecesinden etkilendiği (Birtane, Tuna, Ekuklu, Uzunca, Akçi ve Kokino 2000), depresyon ve kaygının yaşam doyumunu etkilediği (Akça ve ark 2008), depresyon ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki olduğu (Eyigör, Karapolat, Durmaz 2006) bildirilmiştir. Ayrıca sosyoekonomik durumun, günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmanın, kronik hastalık varlığı ve kullanılan ilaç sayılarının, , huzurevinde kalış süresinin, ziyaret sıklığının, sakinler ve çalışanlar ile ilişkilerin, huzurevi içi ve dışı aktivitelere katılımın ve huzurevinde olmaktan memnuniyet hissinin yaşam kalitesinin değişik boyutlarını etkilediği görülmüştür (Kılıçoğlu ve ark 2005, Yazgan ve ark 2006).

Bu doğrultuda, yaşlı bireyin fiziksel, emosyonel, entellektüel fonksiyonlarının devamı, aile, iş ve toplumsal hayatta aktifliğinin sağlanması açısından yaşam kalitelerinin belirli aralıklarla ölçülmesi gereklidir. Yaşam kalitesi ve genel sağlık durumu değerlendirmelerinin yaşlı hasta takibi ve geriatrik çalışmalarda önemli olduğu bilinmesine rağmen bu ölçütlerin ne şekilde uygulanacağı ve değerlendirileceğine ilişkin ortak bir görüş yoktur. Yaşam kalitesini değerlendirmede seçilecek yöntem yaşlı bireylerin problemlerine ve amaca göre değişebileceğinden, öncelikler ve hangi boyutun önemli olduğu belirlenmelidir. Örneğin sadece fiziksel fonksiyonların değerlendirilmesi yaşam kalitesini dar bir pencereden yansıtır (Borman 2007).

Altmış yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesinin genel ölçeklerle değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; Kısa Form 36 (SF-36), Euro-QOL 5D ve Nothingam Sağlık Profili'nin güvenilirlik ve geçerlik açısından güçlü kanıt düzeylerine sahip olduğu bildirilmiştir (Günaydın 2010). Hickey ve ark. yaşlılarda SYK ölçekleri ile ilgili çalışmaları incelediklerinde, hem genel hem de spesifik ölçeklerin bu amaçla kullanıldığını, en sık kullanılan genel ölçeğin SF-36, spesifik ölçeğin ise Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Ölçeği olduğu görülmüştür. Yaşlı bireylere özgü

kullanılacak yaşam kalitesi ölçeğinin güvenilirlik, geçerlilik, tekrarlanılabilirlik, duyarlılık, doğruluk ve uygulanılabilirlik gibi özelliklere sahip olması gereklidir (Borman 2007, Günaydın 2010). Yaşlılarda yaşam kalitesinin incelendiği 46 çalışmadan oluşan bir derlemede 18 ölçeğin kullanıldığı ve geçerlik, güvenirlik açısından daha iyi kanıt düzeylerine sahip oldukları bildirilmiştir. Kullanılan bu ölçekler, OARS Çok Boyutlu Fonksiyonel Değerlendirme Anketi (OMFAQ) , Philadelphia Geriatrik Merkezi Çok Seviyeli Değerlendirme Aracı (PGCMAI), Yaşam Kalitesi Profili-Yaşlı Sürümü (QOLPSV) ve Yaşamın Kişisel Değerlendirilmesi Anketi'dir. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini değerlendirmek için WHO tarafından ülkemizin de içinde bulunduğu 22 merkezin katılımıyla geliştirilmiş WHO Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD), WHOQOL-100'ün yaşlı spesifik versiyonudur.

Sonuç olarak kronik hastalığı olan yaşlılarda fonksiyonel ihtiyaçların belirlenmesi, varolan hastalıkların yaşlı bireyi nasıl etkilediğini göstermek, yaşlının bakımına ve tedaviye yön vermek açısından yaşam kalitesini değerlendirmek önemlidir. Klinik uygulamada ve araştırmalarda yaşlı birey için bir ölçek seçilirken, içeriğin uygunluğu, yaşlı birey ve ortam için ölçek özelliklerinin uygunluğu dikkate alınmalıdır.

4.4.Yaşlılık ve Depresyon

Yaşlılık döneminde sık görülen ruhsal hastalıklardan biri olan depresyon, yaşlı bireylerde önemli yeti yitimlerine neden olan, yaşam kalitesini azaltan, bedensel hastalığın gidişatını olumsuz etkileyen ve sağlık harcamalarının artmasına yol açan önemli bir sağlık sorunudur. (Göktaş ve Özkan 2006, Şahin, Aydın, Şimşek ve Cabar 2012, http://www.geriatri.org/pdf/sempozyum_kitabi.pdf). Erişim Tarihi: 3.01.2013). Kolay tedavi edilebilen bir hastalık olmasına rağmen, tanınması zordur. Yaşlı bireylerde depresyon yakınmaları yaşlılığın doğal bir sonucu olarak görünebilir, bilişsel belirtiler ve somatik yakınmalarla maskelenebilir ya da yaşlılar tarafından bildirilmekte güçlük çekilebilir. Bu durum da çoğu zaman tedavinin gecikmesine, depresyon sonlanımının kötüleşmesine hatta bazı bireylerde intihar riskinin artmasına neden olabilir. Bu nedenle toplum ruh sağlığı açısından bu kadar önemli

sorunlara yol açan depresyon, yaşlı bireylerin muayenesi sırasında ayrıntılı olarak sorgulanmalı ve yaşlı birey şikayetlerini söylemesi konusunda cesaretlendirilmelidir (Tamam ve Öner 2001, Şahin ve ark. 2012 http://www.geriatri.org/pdf/sempozyum_kitabi.pdf). Erişim Tarihi: 3.01.2013.

4.4.1. Depresyon Epidemiyolojisi

Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerde major depresyon yaygınlığı % 1-3 olarak bildirilirken, depresif belirti oranı % 8-15 arasındadır (Kaya 1999). Yaşlılıkta depresyon yaygınlığının en sık araştırıldığı alanlar huzurevleri ya da uzun süreli bakım hizmeti veren kurumlardır. Uluslararası çalışmalarda huzurevlerinde depresyon yaygınlığı % 5- % 15 arasındayken, depresif belirti oranı % 50'dir (Tamam 2001). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise depresif belirtilerin görülme sıklığı % 20.5 - % 76'ya varan oranlarda değişmektedir (Şahin ve ark. 2003, Sütölük ve ark. 2004, Çifcili ve ark. 2006, Altay ve ark. 2009, Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009, Yıldız ve ark. 2009). Evinde kalan yaşlılarda ise bu oran % 25 ile % 53.2 arasında değişmektedir (Şahin ve ark. 2003, Eyigör ve ark.2006, Çınar ve Kartal 2008).

Bu çalışmalarda kadın cinsiyette(Çifcili ve ark. 2006, Çınar ve ark. 2008, Hacıhasanoğlu ve ark. 2009), eğitim düzeyi düşük olanlarda (Çifcili ve ark. 2006, Altay ve ark 2009), kronik hastalık varlığında (Hacıhasanoğlu 2009), huzurevinde ziyaretçisi gelmeyenlerde (Şahin ve ark. 2003, Sütölük ve ark. 2004, Bahar ve ark 2009, Hacıhasanoğlu 2009), boş zamanlarını aktif değerlendirmeyenlerde (Sütölük ve ark. 2004, Bahar ve ark 2009) ve yaşam kalitesi azalmış yaşlı bireylerde (Çifcili ve ark. 2006) depresif belirtilerin daha fazla olduğu bildirilmiştir.

4.4.2. Depresyonun Nedenleri

Yaşlılık çağında görülen depresyonun çok çeşitli nedenleri vardır:

1. **Psikososyal faktörler:** Yaşlılıkta gücün, prestijin, saygınlığın ve sosyal desteklerin azalması, cinsel yaşamın gerilemesi, yaşlanmaya bağlı gelişen

fiziksel ve zihinsel yeti yitimi, emeklilik, ekonomik sorunlar, sevilen insanların kaybı ve buna bağlı yaşanan yas (Kaya 1999, Tamam ve ark. 2001) psikososyal faktörleri oluşturmaktadır.

2. **Fiziksel hastalıklar ve ilaçlar:** Yaşlanmayla birlikte artış gösteren bazı hastalıklar depresyona neden olur. Kanserler(akciğer, pankreas, meme, kolon, prostat), merkezi sinir sistemi hastalıkları, (Parkinson, demans, serebrovasküler olay, multiple skleroz), dolaşım sistemi hastalıkları (konjestif kalp yetmezliği, aritmiler, hipertansiyon), solunum sistemi hastalıkları (KOA), endokrin hastalıklar (tiroid bozuklukları ve diyabet), enfeksiyonlar (ensefalit, menenjit, tüberküloz), beslenme bozuklukları (folik asit ve B12 eksikliği) ve diğer kronik hastalıklardır (böbrek yetmezliği, karaciğer hastalığı, romatolojik hastalıklar) (Tamam ve ark 2001, Göktaş ve ark. 2006) Görülen bu kronik hastalıklar; yaşlı bireyde ağrı, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık, bağımlılığa neden olma ve yaşam kalitesini azalmaya neden olduğu için depresyon görülmesine zemin hazırlar (Göktaş ve ark. 2006). Yaşlı bireylerde görülen en önemli sorunlardan biri de çoklu ilaç kullanımıdır. Bu durum yan etki ve ilaç etkileşim sorunlarına yol açar. Uzun süreli antihipertansif kullanma, betablokerler, diüretikler, digoksin, levodopa, glikokortikosteroidler, hipoglisemik ajanlar ve antineoplastikler depresyona neden olan ilaçlardır. Bu nedenle düşük dozlarda verilmesi önerilir (Kaya 1999, Tamam ve ark. 2001, Göktaş ve ark. 2006).
3. **Nörobiyolojik Etmenler:** Yaşlanmayla birlikte serotonin, noradrenalin, dopamin ve GABA düzeylerinde azalma, vasküler beyin hastalıkları ve bilişsel işlevlerde bozulma depresyona yatkınlığı artırır (Kaya 1999, Tamam ve ark. 2001, Göktaş ve ark. 2006).

4.4.3. Tanı ve Klinik Özellikler

Yaşlılık döneminde görülen depresif belirtiler yaşlanmanın doğal bir süreci olarak görüldüğünden hem yaşlı birey hem de sağlık profesyonelleri tarafından tanınması güçtür. Depresyonun tanınması için hastanın ayrıntılı öyküsü alınmalıdır. Önceki psikiyatrik hikayesi, ailenin ruhsal öyküsü, varolan fiziksel hastalıkları, kullandığı

ilaçlar sorgulanmalı ve bilişsel fonksiyonları değerlendirilmelidir. Tam kan sayımı, elektrolit değerleri, karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyonları, elektrokardiyografi, beyin tomografisi, B12 vitamini ve folat düzeyleri incelenmelidir. Bilişsel durumu Mini Mental Durum Muayenesi (MMDM) ile, depresif belirti durumu da Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ile değerlendirilmelidir (Kaya 1999, Tamam ve ark. 2001, Göktaş ve ark. 2006). Jenike (1995) yaşlılarda görülen depresyon tanısı için DSM tanı kriterlerinin kullanılabileceğini bildirmiştir. Uyku bozuklukları (özellikle sabahları erken uyanma), yaşamaya olan ilginin azalması, suçluluk takıntıları, enerji kaybı, konsantrasyonda azalma, kendine acıma, gün boyunca yorgun ve halsiz hissetme, ölüm düşünceleri ve buna bağlı intihar düşüncelerine sık rastlanır (Tamam ve ark. 2001, Göktaş ve ark. 2006). Yaygın anksiyete, sinirlilik, huzursuzluk, çocuksu davranışlar, inatçılık, süreli yakınma, sızlanma, aşırı talep edicilik, somatik yakınmalarda artış (kabızlık, sırt ağrısı gibi) depresyonu maskeleyen durumlardır. Bu durumları yaşayan bireyler de depresyonu inkar etseler de tedavi edilmeleri gerekir (Kaya 1999). Depresyonu olan yaşlı bireylerin intihar riski yüksektir. İntihar eden vakaların yarısında major depresyon bulunduğu ve erkeklerde intihar girişiminin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Göktaş ve ark. 2006).

4.4.4. Depresyonun Tedavisi

Kullanılan tedavi yöntemleri: ilaç tedavisi, elektrokonvulzif tedavi (EKT) ve psikoterapotik yaklaşımları içerir. Psikoterapotik yaklaşımlardan bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapiler ve psikodinamik grup terapileri yararlı bulunmuştur. Bilişsel davranışçı terapi özellikle depresyon için düzenlenmiş tek psikoterapi türüdür. Klinisyenler psikoterapi ve ilaç tedavisinin birlikte kullanılmasının daha yararlı olduğunu bildirmişlerdir (Erdoğan ve Candansayar 2007). İlaç başlanırken, ilaçların dağılımı, metabolizma ve eliminasyonundaki değişiklikler göz önüne alınmalıdır. İlaç tedavisi olarak; SSGI (seçici serotonin geri alım inhibitörleri), TSAD (trisiklik antidepresanlar) ve diğer antidepresanlar kullanılabilir. SSGI ilaçlar yaşlı depresyonunda daha etkili olduğundan, yan etkisi TSAD grubuna göre daha az olduğundan, sedasyon yapmaması, yüksek dozlarda bile iyi tolere edilebildiğinden ve

kullanım kolaylığı nedeniyle ilk ercih edilen ilaçlardır. TSAD grubu ortostatik hipotansiyon, kardiyotoksisite ve antikolinerjik yan etkilerinden dolayı zorunlu olmadıkça kullanılmamalıdır (Göktaş ve ark. 2006, Erdoğan ve ark).

4.5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

Günümüzde hastalıkların tanı, bakım ve tedavilerinde gözlenen hızlı gelişmelere paralel olarak hastaların kendi tedavilerinde daha fazla kontrol ve sorumluluk alma istekleri, semptomları azaltıcı girişimlere ulaşma çabaları, sağlık ekibinin yeterli zaman ayıramayışı, güncel tedavilerin yüksek maliyeti, ruhsal olarak kendilerini daha iyi hissetme isteği ve geleneksel tedavi yöntemlerinden doyum sağlayamama gibi durumlar tamamlayıcı ve alternatif tıba (TAT) olan ilgiyi artırmıştır (Erdoğan ve Çınar 2011). TAT uygulamalarının güvenilirliğini incelemek ve etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların geleneksel tedavilerle birlikte kullanılmasını sağlamak amacıyla 1991’de Amerika Birleşik Devletleri’nde Ulusal Sağlık Enstitüsüne (NIH) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) kurulmuştur. Bu merkez, TAT’ı geleneksel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen ürünler, uygulamalar ve sağlık bakım sistemleri olarak tanımlamaktadır (<http://nccam.nih.gov> National Center for Complementary and Alternative Medicine, (homepage on the internet) Available from: <http://nccam.nih.gov> (Erişim tarihi Mart 2011). Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri insanoğlu var olduğu andan itibaren kullanılmasına rağmen 1990’lı yıllardan sonra yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1990 yılında % 34 olan kullanım oranı 1997’de % 42’ye yükselmiştir. TAT kullanımı; Avustralya’da % 48, Kanada % 70, Fransa’da % 49, Çin’de % 70 oranındadır Bodeker and Kronenberg 2002). Yaşlılarda TAT ile ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde: yaşlıların % 30 (Foster et al 2000), % 41 (Astin et al 2000), % 62.9 (Cheung et al 2007) % 88 (Ness et al 2005) gibi değişen oranlarda TAT kullandığı bildirilmiştir. Bu yöntemleri daha çok iyi eğitilmiş, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip, kadın ve genç yaşlıların (özellikle 70-80 yaş) tercih ettiği görülmüştür (Willison and Andrews 2004). Foster ve ark. sıklıkla şiropraktik, bitkisel ve relaksasyon terapilerin, Astin ve ark. bitkilerin, şiropraktik terapilerin, masaj ve akupunkturun, Cheung ve ark, besin desteklerinin, spirituel

iyileşme ve duanın, megavitaminlerin, bitkilerin ve şiropraktik uygulamaların, Ness ve ark. ise diyet desteği ve şiropraktik uygulamaların yaşlılar arasında en yaygın kullanıldığını bildirmişlerdir. Ülkemizde yaşlılarda yapılan bir çalışmada (Dedeli ve Karadakovan 2011) ise % 54.3 oranında TAT kullandıkları ve % 62.1 oranında bitkisel ürünleri tercih ettikleri bildirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda; yaşlıların; hem artrit, kronik ağrı, stres, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, nezle, grip ve gastrointestinal sistem hastalıkları nedeniyle (Cheug et al 2007) hem de geleneksel ilaç tedavilerden doyum sağlayamama, ilaç yan etkileri, genel sağlık durumunu düzeltmek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla TAT kullandıkları bildirilmiştir (Astin et al 2000, Meeks, Wetherell, Irwin, Redwine and Jeste 2007).

Ülkemizde 2011 yılında Sağlık Bakanlığı geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarıyla ilgili düzenleme yapmak görevini yasaya dahil etmiştir (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>) (Erişim Tarihi: 04.07.2013). TAT dünyada bu kadar yaygın kullanılmasına karşın, ülkemizde bu yöntemlerin yeterince bilinmemesi, bu konuda yapılan çalışmaların az olması ve TAT uygulayan profesyonel kişi sayısının az olması nedeniyle kullanımı sınırlıdır. Bununla birlikte ülkemizde tamamlayıcı tedavilere olan ilginin artması ve halk arasında kullanımının yaygınlaşması sağlık profesyonellerinin bu alana yönelmesini zorunlu kılmıştır. Ayrıca TAT kullanımına ilişkin yapılan çalışmalarda hastaların çoğunluğunun hemşire ve doktorunu bilgilendirmediği, bunun nedeninin de sağlık profesyonellerinin bu konuya karşı farklı tutumları olduğu bildirilmiştir (Altun ve Özden 2004, Araz, Harlak ve Meşe 2007, Kav, Hanoğlu ve Algier 2008). Bu durumda, TAT ile ilaç tedavileri arasındaki etkileşimler nedeniyle istenmeyen durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, hemşirelerden geleneksel tedavilerle birlikte TAT kullanımına ilişkin uygulamalarını geliştirmeleri, bu tedavilerle ilgili kanıt düzeyi yüksek olan bilimsel çalışmaları takip edip sonuçlarını kullanmaları ve sağlıklı/hasta bireyi doğru bir şekilde yönlendirmeleri beklenmektedir (Erdoğan ve Çınar 2011). NCCAM bu tedavileri 5 kategoride toplamıştır.

1. Doğal ürünler: Bu grupta bitkiler, vitaminler, diyet takviyeleri yer alır.
2. Beden-zihin müdahaleleri: Meditasyon, yoga, akupunktur (aynı zamanda enerji tedavileri, manüpülatif ve beden temelli tedaviler arasında da yer alır),

derin solunum egzersizleri, hipnoterapi, relaksasyon teknikleri, qi-gong, tai chi)

3. Manüpülatif ve beden temelli tedaviler: Şiropraktik manipülasyon ve masaj
4. Diğer TAT Uygulamaları: Hareket terapileri (Felden Kraise metodu, Pilates, Alexander Tekniği) ve enerji terapileri (reiki, elektromagnetik tedaviler, qi gong, terapotik dokunma) <http://nccam.nih.gov> National Center for Complementary and Alternative Medicine, (homepage on the internet) Available from: <http://nccam.nih.gov> (Erişim tarihi Mart 2013).

4.5.1. Enerji Terapileri ve Hemşirelik

Enerji terapileri, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur ve Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması'nda tanımlanmıştır. Amerikan Holistik Nursing Birliği, enerji terapilerinin kullanımını hasta bakımında geçerli bir hemşirelik müdahalesi olarak onaylamıştır. 30.000'den daha fazla hemşirenin enerji terapisi uyguladığı tahmin edilmektedir. (Wardell DW, Engebretson J. 2001). Terapotik dokunma, reiki ve iyileştirici dokunmayı içeren enerji terapileri, hastalıkların tümüyle önlenmesi ve sağlıklı yaşlanmanın sürdürülmesine yardımcı olan iyileştirici terapiler olup, invaziv olarak uygulanırlar. NCCAM tarafından sınıflandırılan TAT içerisinde yer alan enerji terapilerinin (iyileştirici dokunma, terapotik dokunma ve reiki) toplumun %3.8'i tarafından kullanıldığı (Natale 2010), yaşlılarda ise %0.8 ve %4.9 gibi değişen oranlarda tercih edildiği bildirilmiştir. Enerji terapileri içerisinde yer alan reikin ise kullanılma oranı %0.5'tir (Barnes, Powell-Griner, McFan and Nahin 2004, Cheung et al 2007).

Enerji terapileri antik çağlardan beri varlığını sürdüren şifa yöntemleri olarak kullanılır ve Einstein'cı bir paradigma üzerine kurulmuştur. Bu paradigma tüm maddelerin ve insanların da enerji ve titreşimden ibaret olduğu gerçeğini daha iyi anlamamıza yol açmıştır. Bu tedaviler geleneksel ilaç ve cerrahi yaklaşımların aksine, insanları saf enerjiyle tedavi etmeye odaklanmışlardır. Bu tedavilerde; gerçekte dokunma gibi birbiri içine kaynamış, fiziki vücudun moleküler düzenlenişini anlama ve çözümleme esastır. İnsan organizması elektrofizyolojik ve

hormonal fonksiyonların yanı sıra bir dizi çok boyutlu, kendi içlerinde karşılıklı etkileşen, fiziksel bedeni çevreleyen ve fiziksel bedene nüfuz eden gizli enerji sistemlerine sahiptir. Çakralar yaşam enerjisini insan vücuduna girişini sağlayan tekerlek şeklinde dönen merkezlerdir. İnsan vücudunda yedi ana çarka vardır ve bu çakralarda blokaj olduğunda, enerjinin doğal akışı bozulur. Enerji sistemlerinin dengesi bozulduğunda fiziksel, duygusal, zihinsel ve ruhsal düzlemlerde patolojik semptomların ortaya çıktığı kabul edilir (Gerber 2008, Musal 2008, Schnepfer 2010).

Mesmer (18.yy.da yaşamış hipnozun temellerini atan bir bilim adamı) bu evrensel enerji için en iyi kaynağın insan vücudunun kendisi olduğunu fark etmiş ve bu enerji akışının en aktif noktalarının el avuçlarında olduğunu bildirmiştir (Erdoğan ve Çınar 2011). Hemşirelik bakımında da enerjinin kullanımı yeni bir durum değildir. Martha Rogers bu kavramı 50 yıldan daha uzun zaman önce hemşireliğe katmıştır. Rogers antropoloji, sosyoloji, astronomi, din, felsefe, tarih ve mitolojiden alınan bilgilerin derlemesiyle oluşturduğu modelde; kavramlar, üniter insan, üniter çevre, enerji alanı ve bir enerji alanı olarak çevreyle etkileşim üzerinde durmuştur. Rogers insanı psikolojik, fizyolojik ve sosyal bir sistemin parçaları olarak ele almaktan çok, onu çevresiyle etkileşim içinde olan bir “enerji alanı” olarak ele almıştır. Enerji alanları birbiriyle bütündür ve sonsuza doğru genişler. Rogers’a göre insanı sadece hemşirelik bakımı alan, psikolojik, fizyolojik ve sosyal sistemlere sahip birey olarak görmek değil, holistik denen bütünlükle ele almak gerekir (Velioğlu 1999, Vitale 2007, Pocotte and Salvador 2008).

Bir kişiyi çevreleyen enerji akımındaki tıkanıklık, beden, zihin ve ruh arasındaki dengenin bozulmasına neden olur ve “Enerji Alanında Bozulma” olarak söz edilen bir hemşirelik tanısıyla tanımlanır (Carpenito 1999, Natale 2010). Hemşirelik yaklaşımları kişiyi rahatlatacak, çevresiyle uyumunu sağlayacak girişimleri içermelidir. Hemşirelerin, insan varlığı üzerindeki çalışmalarında “parçaların toplamından” kaçınmasını ve bütünlüğünde varolmanın özünü yakalamış insanın kavramsallaştırılması görüşünü desteklemiştir. (Velioğlu 1999, Vitale 2007). Hemşireler biyomedikal model içerisinde enerji terapilerini birleştirmişlerdir ve bu terapilerin geçerliğini onaylayan araştırmalar yürütmektedirler. Hemşireler şimdiki varolan Batıya ait bakım modeli ile Doğu felsefesini köken alan iyileşme arasındaki

farklılıkları ele almışlar, hemşirelik uygulamaları ve tamamlayıcı terapiler arasında kuramsal benzerliğe dikkat çekmişlerdir (Natale 2010).

Bir enerji terapisi olan terapotik dokunma, Rogers'ın teorisinden etkilenen ve New York Üniversitesi'nde çalışan Dolores Krieger ve Dora Kunz tarafından 1970'lerde geliştirilmiş bir TAT yöntemidir. Ellerle dokunularak yapılan bu yöntemin enerjisel özellikleri Dr. Kriger ve Kunz tarafından hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonellerine öğretilmiştir. Asistan hemşirelere ellerle dokunarak yapılan şifa sanatını öğretmek için müfredat geliştirmiş ve hemşireler New York Üniversitesi'nde yüksek lisans düzeyinde eğitilmişlerdir (Whelan and Wishnia 2003 Vitale 2007). Bu durum enerji terapileri olarak adlandırdığımız terapotik dokunma ve reikinin bir şifa tekniği olarak sağlık profesyonelleri tarafından yaygın olarak kullanılmasında önem kazanmıştır.

Enerji terapileri genel sağlık, iyilik hali, relaksasyonun sağlanması ve birçok kronik hastalığın semptomlarının tedavisi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. NCCAM astım, hipertansiyon, kanser, yorgunluk, artrit, akut ağrı, kronik ağrı, yara iyileşmesi, immun sistem fonksiyonlarını artırma, stres, depresyon ve anksiyete gibi birçok sağlık probleminde enerji terapilerinin etkinliğini destekleyen kanıta dayalı çalışmalar bildirmiştir. Bir çok hemşire de rutin hemşirelik bakımı uygulamalarına enerji terapilerini dahil etmiştir (Anderson and Ameling 2001, Miles 2003, Tsang 2007, Vitale 2007, Schnepfer 2010).

4.5.1.1. Reiki

Reiki Japonca bir sözcüktür, Rei ve Ki kelimelerinden oluşmaktadır. Rei “her yerde var olan”, ki ise “yaşam enerjisi” anlamına gelir. Spirutuel bilincin evrensel yaşam enerjisiyle birleşmesi manasında da kullanılır. Bu enerji Çinliler tarafından “Chi”, Hintliler tarafından “Prana”, Kuhunaslar tarafından “Mana” olarak adlandırılır (Anderson 2001, Gallop 2003, Karahan 2005, Musal 2008, Pocotte 2008).

Yaşam enerjisini temel alan şifa yöntemleri insanlık tarihi boyunca var olmuştur. Dr. Usui bu yöntemlerden biri olan reikiyi 19.yy.da Sanskrit yazıtlarında tekrar keşfetmiştir ve yeniden kullanılmasını sağlamıştır. Reikinin temeli, bir enerji merkezinde blokaj veya tıkanıklık oluşması durumunda hastalık veya dengesizliğin meydana gelmesi esasına dayalıdır. Bu doğal şifa yönteminde enerji, eller vasıtasıyla

dokunarak aktarılır. Uygulayıcının ellerinden aktarılan enerji, alıcının negatif enerji alanına akar, pozitif enerjiyle yer değiştirir, fiziksel bedende seviyesi yükselir (Ateş 2002, Musal 2008, Natale 2010). Hasta bakımında dokunarak mesleğini icra eden hemşire de, yalnızca evrensel yaşam enerjisini aktaran bir kanal olup, bu süreçte enerji kaybetmeden, aksine güçlenip enerjiyle dolarak akan enerjiyi aktarır. Aktarılan enerji, reiki alıcısının ihtiyacına göre belirlenir. Eller gerekli pozisyonlarla vücuda değdiğinde reiki kendiliğinden akmaya başlar. Reiki enerji yollarını ve meridyenleri güçlendirir, iyileşmenin doğal sürecini kolaylaştırır. Stres veya negatif durumla bloke olan vücudun enerji sistemlerini düzenler. Böylece beden, zihin ve ruh arasındaki uyum yeniden sağlanır (Gerber 2008, Musal 2008, Erdoğan ve Çınar 2011). Reiki esnasında parasempatik sistemin aktivitesi artar, immunglobulin A düzeyi yükselir ve kortizol gibi stres hormonlarının salınımı azalarak tam bir gevşeme sağlanır. Böylece kan basıncı düşer ve kalp hızı azalır (Wardell et al 2001, Mackay et al 2004, Erdoğan ve Çınar 2011). Bu sayede reiki içsel blokajları çözerek, vücudu toksinlerden arındırır. Reikinin terapotik etkisiyle ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmalar da göz önüne alındığında (Tablo 2); ağrıyı hafifletme (Dressen and Singg 1998, Wardell 2001, Olson, Hanson and Michaud 2003, Vitale and O'Connor 2006, Tsang et al 2007) (özellikle postoperatif ve kanser), anksiyete/depresyonu azaltma (Dressen and Singg 1998, Shore 2004, Tsang et al 2007, Richeson, Spross, Lutz and Peng 2010), yaşam kalitesini düzeltme (Olson 2003), yorgunluğu azaltma (Tsang 2007), kan basıncı ve nabızı düzenleme, relaksasyonu ve konforu sağlama (Wardell 2001, Mackay, Hansen and McFarlane 2004) gibi etkilere sahip olup, standart hemşirelik bakımını tamamlamaktadır. Ayrıca, yapılan çalışmalarda reikiyi kullanan hemşirelerin de öz bakım davranışlarında ve bireysel farkındalıklarında artma olduğu ve spiritualitelerinin kuvvetlendiğini bildirilmiştir (Natale 2010). Reiki; noninvasif, yan etkisi olmayan, var olan tedavi üzerine olumsuz etkisi olmayan, farklı akut ve kronik durumları önleyen ve tedavisine yardımcı olan, uygulanımı kolay ve maliyet etkili bir tedavi şeklidir. Rehabilitasyon üniteleri, hospisler, acil bakım üniteleri, psikiyatri klinikleri, ameliyathaneler, huzurevi/yaşlı bakım evleri, pediatri klinikleri, kadın doğum ve jinekoloji klinikleri ve neonatal bakım kliniklerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Reiki, hastane ve kliniklerde birinci derece reiki eğitimi almış hemşire gibi lisanslı uygulayıcılar, lisanssız reiki uygulayıcıları ve bakım vericiler,

aile üyeleri ve hastalar tarafından uygulanabilir (Gallop 2003, Whelan 2003, Vitale 2007, Lee Lee, Pittler and Ernst 2008, Pocotte 2008).

Reiki eğitimi üç seviyede öğrenilir. Reiki çok basit öğrenilen bir tekniktir. İlk seviye reiki eğitimi genellikle bir yada iki günlük bir seminerde öğrenilebilir. Birinci seviye reiki; fiziki vücudun enerji seviyesini artırmaya yöneliktir. Bu ilk seviye eğitim reikinin tanımı, tarihçesi, etik kuralları, tedavide kullanılan el pozisyonlarını kapsar. Reiki eğitimi alan kişi Reiki masterdan (reiki öğretmeninden) inisiyasyon yani uyumlama alır. İnisiyasyon; reiki master tarafından kişinin reiki kanallarına uyumlanmasıdır. Uyumlama alacak kişinin çakra sistemindeki blokajlar açılır ve frekans ayarı yapılır. İnisiyasyon kelimesinin dilimizdeki en yakın anlamı Anadolu’da kullanılan el verme tanımıdır. İnisiyasyon sırasında kişinin kalp çakrası, üçüncü göz ve avuç içi çakraları açılır ve reiki enerjisiyle uyumlu hale gelir. Uyumlama alan kişi reiki enerjisine kanal olmuştur ve hem kendisine hem de başkalarına reiki verebilecek durumdadır. Reiki birinci derece eğitimini alan kişi artık fiziksel düzeyde şifa verebilir. Bunun için ellerini eğitimde öğretilen bölgelere yerleştirmesi ve reiki enerjisine bağlandığını düşünmesi yeterlidir. Artık reiki enerjisi ellerinden akmaya başlamıştır. Reikiye uyumlandıktan sonra kişi 21 gün boyunca kendisine yedi temel çakraya en az 3 dk. reiki vermelidir (Karahan 2005, Musal 2008).

Reiki 1 Uyumlamasını izleyen süreçte kişi, olumsuz durumlar enerji bedeninden ayrılmaya başlayacağı için kendisini hasta hissedebilir. Arınma niteliğinde hafif bir rahatsızlık oluşabilir. Örneğin, nezle, grip gibi durumlar, kadınlarda ağır regl dönemi, ishal, kusma gibi belirtiler, deri döküntüleri arınmanın belirtileridir. Uyumlama sonrasında aşırı uçlara kayan psikolojik tepkiler ve ağlama nöbetleri de gözlenebilir. Bu belirtileri hiç yaşamayanlar olsa da genel olarak bildirilen bu arınma belirtileri ilk 3 hafta içinde meydana gelir. Bu nedenle reiki 2 düzeyini almak için en az 3 hafta beklenmesinin nedeni budur.

İkinci seviye reiki eğitimi ise katılımcıların daha yüksek seviyelerde reiki enerjisiyle uyum sağlamasını sağlar. İkinci dereceyi almak için birinci derecenin alındığı tarihten sonra en az 21 gün beklemek gerekir. Bu düzeyde uyumlama yapan kişilerin şifa yetenekleri gelişir.

İkinci aşama eğitiminde kişi sadece dokunarak değil aynı zamanda uzaktan şifa gönderme yöntemlerini öğrenir. Bazı özel semboller kullanılır. Gereken sembolleri ve metotları öğrenen kişinin enerji seviyesi artar ve uzaktaki kişilere de şifa gönderecek duruma gelir. Reiki sembolleri üç tanedir. Güç sembolü, duygusal arındırma sembolü ve uzaklık sembolüdür. Reiki 2 yi alan kişi geçmiş yada gelecekteki olaylara da bu sembolleri kullanarak şifa gönderebilir. Reiki 2 eğitimi de 1 veya 2 günde verilir.

Üçüncü aşama ise öğretmenlik yani reiki masterlıktır. Reiki sistemini öğretebilmek için alınan eğitimidir. Bu seviyedeki kişi reikin diğer seviyelerinde deneyim sahibi olmalı ve reikiyi yaşam biçimi haline dönüştürmüş olmalıdır. Reiki uygulayıcılarına reikiye olan sorumluluğu doğru şekilde anlatmalıdır. Bu seviyede inisiyasyonun yanı sıra reiki masterlık sembolü, inisiye öğretme yöntemi öğretilir. Öğrenci hem bilgi hem de psikolojik olarak reiki masterlığa hazırlanır.

Reiki bedensel, zihinsel yada ruhsal her hastalıkta şifa vericidir. Hastalıklarda tıbbi tedaviyle birlikte kullanılan reiki hastalığın oluşmasına neden olan zihinsel nedenlere de şifa vererek hastalığın yeniden tekrar etmesine engel olur (Ateş 2002, Karahan 2005, Musal 2008).

4.5.1.1.2. Reiki Uygulaması

Reiki uygularken parmaklar bitişik ve eller rahat olmalıdır. Reiki uygulaması ya eller bedene dokunarak ya da bedenden birkaç cm uzaktan yapılabilir. El temasının olup olmayacağı reiki alan kişinin seçimidir. Reiki uygularken eller, baş, boyun, göğüs, karın boşluğu, kasıklara dokunmak suretiyle her bir pozisyonda 3-5 dakika tutulur. Problemleri bölgelerde bu süre 10-20 dakikaya uzayabilir. Uygulama esnasında hasta yatar ya da uzanır pozisyonda olup, giysilerini çıkarmasına gerek yoktur (Gallop 2003, Whelan 2003, Karahan 2005, Musal 2008). Reiki alan kişi tarafından kabul edilmeye başlandığında, veren kişi avuçlarında bir sıcaklığa benzeyen bir akış hissedir. Genellikle başladıktan 3 dk.sonra hissedilen bu akış o çakra pozisyonunda tamamlanınca azalır ve durur. Tedavi süresi ortalama 30-90 dk. sürer. Çocuk ve yaşlılarda bu süre 20-30 dk gibi kısa süreli bir tedaviyle başlamak reikiye alışmaları açısından daha uygundur (Ateş 2002, Musal 2008).

Reiki tedavi süresinin ard arda dört gün başlatılması tavsiye edilir. Çünkü ilk bir veya iki uygulama esnasında reiki alan kişi akan enerjiye alışmaya ve enerjiyi tanımaya başlar. 4 gün sonrasında günlük, haftalık veya aylık olmak üzere hangi sıklıkla tekrar edileceğine alıcı ve verici birlikte karar verecektir. Bu durum reiki alan kişinin sağlık durumuna bağlıdır (Musall 2008).

4.5.1.2. Reiki ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Reiki enerjisi fiziksel, emosyonel, mental ve spiritüel iyileşmeyle güç, uyum ve denge sağlar. Reiki uygulayıcıları reikin enerji akımını yeniden düzenlediğini, güçlendirdiğini, ağrıyı azalttığını, kasların gerginliğini hafiflettiğini, yanık ve yaraları hızlı iyileştirdiğini, uyku sorunlarını düzelttiğini ve vücudun doğal iyileştirici gücünü artırdığını iddia etmişlerdir (Fazzino, Griffin, McNulty and Fitzpatrick 2010).

Olson ve Hanson (2003); kanser ağrısı olan hastalarda reikin ağrı üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada; iki hasta grubunda analjezik kullanımı, yaşam kalitesi ve ağrıyı değerlendirmişlerdir. 1. grubu standart opioid tedavisi ve istirahat alan hastalar, 2. grubu opioid tedavisi ve reiki alan hastalar oluşturmuştur. İstirahat alan grupta katılımcılar 1. ve 4. gün 1,5 saat dinlendirilmiş, reiki alan gruba da 1. ve 4. gün iki reiki tedavisi uygulanmıştır. Her bir reiki ve dinlenme periyodu öncesinde ve sonrasında VAS, kan basıncı, nabız ve solunumları değerlendirilmiştir. Analjezik kullanımı ve VAS ağrı skoru 7 gün boyunca ölçülmüştür. Yaşam kalitesi 1. ve 7. günde değerlendirilmiştir. Reiki tedavisi alan hasta grubunda istirahat alan gruba göre, 1. ve 4. günde ağrı kontrolünde ve yaşam kalitesinde düzelme görülmüştür. Fakat opioid kullanımında azalma olmamıştır. Reiki alan grupta istirahat grubuna göre; 1.günde, ağrı ($p=0.035$), diyastolik kan basıncı ($p=0.005$) ve nabızda ($p=0.0019$) önemli derecede azalma görülmüştür. 4.günde reiki alan grupta istirahat grubuna göre; ağrı ($p=0.002$) ve diyastolik kan basıncında ($p=0.0082$) azalma görülmüştür. Yine reiki alan grupta istirahat grubuna göre; 1.günden 7.güne yaşam kalitesinin psikolojik boyutunda düzelme görülmüştür ($p=0.002$).

Tsang ve ark. (2007); kanserli hastalarda reikin ağrı, anksiyete, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, deney grubuna 5 gün ard arda reiki, kontrol grubu ise aynı sürede istirahat etmiştir. Her bir reiki seansı öncesi

ve sonrasında günlük ağrı, yorgunluk, anksiyeteyi değerlendirmişlerdir. Daha sonra 2 gün daha reiki uygulamışlar. İlk reiki/istirahat seansından önce ve 7. seanstan sonra toplamda iki kez yaşam kalitesini değerlendirmişlerdir. Kontrol grubu deney grubundaki gibi yaklaşık 45 dk. dinlendirilmiştir. Sonuç olarak; reiki uygulanan grupta yorgunluk($p<0.001$), ağrı($p<0.005$), anksiyetede ($p<0.01$) azalma ve yaşam kalitesinde ($p<0.05$) düzelme görülmüştür.

Richeson ve ark (2010) huzurevinde kalan yaşlılarda, reikinın ağrı, anksiyete, depresyon üzerine etkisi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; deney grubuna 8 hafta boyunca haftada bir gün 45 dk. reiki uygulamışlardır. Deney ve kontrol grubu arasında ağrı($p<0.001$), depresyon($p<0.001$) ve anksiyete($p<0.001$) açısından anlamlı farklar bulunurken, kan basıncı ve nabız arasında fark bulunmamıştır.

Bourque, Sullivan ve Winter (2012); kolonoskopi uygulanan hastalarda rekinin meperidin dozunu azaltıp azaltmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hem reiki grubu var hem de yalancı reiki grubu mevcuttur. Reiki alan hastaların %16'sında (dört hasta) meperidin ihtiyacında azalma görülmüştür.

Vitale ve O'Connor P. (2006); abdominal histerektomi sonrası kadınlarda durum anksiyete seviyesi ve ağrı üzerine reikinın etkisini inceledikleri çalışmada; deney ve kontrol grubu mevcuttur. Deney grubu 10 kişiden oluşmuş ve geleneksel hemşirelik bakımı ve 30 dk. reiki almıştır. Reiki hasta cerrahiye kabul edildiğinde, bekleme odasında 30 dk verilmiştir. Post op 24. saatte ve 48. saatte 30 dk verilmiştir. Kontrol grubu 12 kişi ve geleneksel hemşirelik bakımı almıştır. STAI taburculuktan bir gün önce ve cerrahi sonrası stres durumunu çözmek için taburculuk günü değerlendirilmiş. Cerrahiye takiben 24. saatte ağrı deney grubunda ort 3.8, kontrol grubunda 5.4 olarak bulunmuş ($p=0.04$). 2 grup arasında cerrahi sonrası 24. saatte ağrı skorları arasında önemli farklılık bulundu. Cerrahi sonrası 48. ve 72. saatte ağrıda farklılık bulunmadı. Deney grubu kontrol grubundan daha az ağrı ve ağrı kesici talebi hemde postop 72. saatte daha az anksiyete hissetmiştir. Reiki tedavisi en az 24. saatte etkili bulunmuştur.

Rodríguez, Morales, Peñas, Lafuente, Royo and Rojas (2011); tükenmişlik yaşayan sağlık personelinde reikinın kalp hızı, vücut ısısı, tükürük akımı ve kortizol seviyelerine etkisini inceledikleri çalışmada ısı, holter EKG, kalp hızı indexi, düşük

akım bileşeni, yüksek akım bileşeni, tükürük akım hızı ve kortizol seviyelerini ölçülmüşler. Tükenmişlik yaşayan sağlık profesyonellerinde reikiyi, parasempatik sinir sistemi üzerinde etkili bulmuşlardır.

Birocco, Guillame, Storto, Ritorto, Catino, Gir, Balestra, Tealdi, Orecchia, Vito, Giaretto, Donadio, Bertetto, Schena and Ciuffreda (2012), kanser hastalarında reikinın ağrı ve anksiyete üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada, ağrı ve anksiyete durumunu VAS ile değerlendirmişler ve seans esnasında hastaların hissettikleri duyguları tanımlamışlardır. Reiki sonrasında ortalama VAS anksiyete skoru 6.77'den 2.28'e ($p<0.0001$), ortalama ağrı skoru 4.4'ten 2.32'ye düşmüştür ($p=0.091$), anksiyetede azalma, uyku kalitesinde artma, ağrıda rahatlama, relaksasyon ve iyilik hallerinde artış hissetmişlerdir.

Bowden ve ark. (2011), reikinın ruh hali ve iyi olma durumuna etkisini değerlendirdikleri çalışmada, depresyon ve anksiyetesi yüksek ve düşük olan öğrencilerden oluşan iki gruba reiki uygulamışlar, depresyon ve anksiyetesi yüksek ve düşük olan iki grubu da kontrol grubu seçmişler. Reiki alan grubun depresyon düzeylerinde, kontrol gruplarına göre azalma bildirmişlerdir.

Catlin A. ve ark. (2011), ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarında reikinın konforu ve iyilik halini artırıp artırmadığını belirlemek için yaptıkları çalışmada; deney, yalancı reiki ve kontrol grubu olmak üzere üç grup oluşturmuşlar. Reiki ve yalancı reiki alanlarda, kontrol grubuna göre konfor ve iyilik halinde istatistiksel olarak anlamlı fark bildirmişlerdir ($p<0.05$).

VanderVaart S, Berger, Tam, Goh, Gijssen, Wildt, Taddio and Koren G. (2011) sezeryan ameliyatı olan kadınlarda mesafeli reikinın ağrı üzerine etkisini araştırdığı çalışmada iki grup oluşturmuşlar. 1. grupta geleneksel bakım alan kontrol grubu (n:40 kişi), 2. grup geleneksel bakım ve mesafeli reiki alan deney grubu (n:40 kişi). Deney grubu ameliyattan yarım saat önce ve takip eden 2. ve 3. günlerde, üç seans uzaktan yaklaşık 20. dk. reiki almıştır. Ağrı VAS ile değerlendirilmiş. Deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Deney grubunda kalp hızı ve

kan basıncında önemli derecede azalma bulundu. Mesafeli reiki sezeryan sonrası ağrıyı gidermede etkili bulunmamıştır.

Görüldüğü gibi reikiyle ilgili değişik hasta grupları üzerinde yapılan çalışmalarda; reikin ağrı, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi, kan basıncı, nabız, konfor ve uyku kalitesi gibi bileşenleri olumlu düzeyde etkilediği görülmüştür. Biz de bu çalışmayı huzurevinde kalan yaşlı bireylerde reikin ağrı, yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla planladık.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma huzurevinde kalan yaşlılarda reikinin ağrı, yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü, çift körlü, ve deneysel olarak yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kadıköy Sağlık Eğitim Merkezi KASEV Kadir-Rezan Has Öğretmen Dinlenmeevi–Huzurevi ve İstanbul Huzur Hastanesi ve Dinlenme Evleri’nde Mart 2011- Kasım 2011 tarihlerinde gerçekleştirildi.

Kadıköy Sağlık Eğitim Merkezi KASEV Kadir-Rezan Has Öğretmen Dinlenmeevi–Huzurevi 1997 yılında faaliyete başlamış olup, 140 yaşlı kapasitesi mevcuttur. 20 yatak yatağa bağımlı yaşlıların bulunduğu bölümünü oluşturmaktadır.

İstanbul Huzur Hastanesi ve Dinlenme Evleri 1984 yılından beri faaliyetlerine devam eden, günlük aktivitelerini yardımsız gerçekleştirebilen, sağlıklı yaşlı bireylerin kabul edebileceği toplam 80 odası bulunan bir kuruluştur.

Her iki kurumda da günlük aktivitelerini yardımsız gerçekleştirebilen, sağlıklı yaşlı bireylerin yanı sıra yatağa bağımlı, felçli, hastane sonrası bakım gerektiren hastalar için 24 saat özel bakım hizmeti verilmektedir.

5.3. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini Kadıköy Sağlık Eğitim Merkezi KASEV Kadir-Rezan Has Öğretmen Dinlenmeevi–Huzurevi ve İstanbul Huzur Hastanesi ve Dinlenme Evleri’nde kalan 220 yaşlı oluşturmaktadır. Örneklemi ise çalışmanın yapıldığı dönemde (Mart 2011- Kasım 2011 tarihleri arasında) araştırmaya dahil olma kriterlerini yerine getiren ve çalışmaya katılmaya gönüllü 30 deney, 30 yalancı reiki ve 30 kontrol grubu olmak üzere 90 yaşlı oluşturdu.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

1. 65 yaş ve üzeri olmak,
2. İletişim sorunu olmamak,
3. Bipolar bozukluk, şizofren ve diğer mental hastalık tanısı almamış olmak,
4. Depresyon tanısı için Geriatrik Depresyon Ölçeği'nden 14 puan ve üstünde puan almak,
5. Antidepresan tedavi almıyor olmak,
6. Bilişsel yönden değerlendirmede Folstein'in Mini Mental Testinden 21 ve üstünde puan almak,
7. Kronik ağrıya sahip olmak, (artralji, sırt ağrısı, kas iskelet ağrısı - en azından günde bir kez deneyimlemek),
8. Sürekli ağrı kesici bir ilaç kullanmıyor olmak,
9. Sekiz haftalık reiki programına katılmaya istekli olmak,
10. Son altı ayda beden- zihin terapisi (yoga, reiki, masaj, meditasyon) almamış olmaktır.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri:

1. Antidepresan tedaviye gereksinim duymak,
2. Çalışmadan sıkılmak ve soruları yanıtlamak istememektir.

5. 4. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Reiki huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde ağrı, yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinde azalmaya neden olmaz.

H₁: Reiki alan yaşlı bireyler, yalancı reiki (plasebo) ve reiki almayan yaşlılara (kontrol grubu) göre daha az ağrı hisseder.

H₂: Reiki alan yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri; yalancı reiki alan (plasebo) ve reiki almayan yaşlılara (kontrol grubu) göre daha iyidir.

H₃: Reiki alan yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinde; yalancı reiki alan (plasebo) ve reiki almayan yaşlılara (kontrol grubu) göre daha fazla azalma olur.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamındaki yaşlılara; Hasta Bilgi Formu (Ek-1), ağrıyı değerlendirmek için Görsel Analog Ölçeği (VAS - Visual Analog Scale-Ek-2), yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3), depresyonu değerlendirmek için Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ- Ek-4) ve Folstein'in Mini Mental Testi (FMMT-Ek-5) kullanıldı.

5.5.1. Genel Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan Genel Bilgi Formu'nda sosyo-demografik ve ağrıyla ilgili özellikleri sorgulayan 9 ifade bulunmaktadır. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, huzurevinde kalma süresi ile; kronik hastalık varlığı, ağrı tipi ve ağrı yerini içeren ağrı özellikleri sorgulandı.

5.5.2. Visual Analog Scales – VAS (Görsel Eş değerlik Skalası (Ek 2)

Bir ucu hastanın çok iyi, diğer ucu da çok kötü olduğunu ifade eden 10 cm ya da 100 mm'lik yatay ya da dikey bir hat üzerinde bireyler tarafından işaretlemeler yapılarak değerlendirilen bir skaladır. Bu hat sadece düz bir hat olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş ya da hat üzerine konan tanımlama kelimelerine de sahip olabilir. VAS her kültürde en az 50 yanıtlayıcı üzerinde uygulanmıştır. Çalışmada VAS ağrıyı değerlendirmek için kullanıldı ve 10 cm'lik yatay hat kullanılarak eşit aralıklarla 0'dan 10'a kadar rakamlar yazıldı.

5.5.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36 (Ek 3)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği; Ware tarafından 1989 yılında geliştirilmiş, ülkemizdeki ilk güvenilirlik, geçerlik çalışması 1995 yılında Pınar tarafından kalp, diyabet ve kronik böbrek yetmezliği hastalarını içeren kronik hastalıklı bireylerde yapılmıştır. Daha sonra bu ölçek hasta ve sağlam birçok farklı grupta yapılan çalışmalarda yaygın kullanım alanı bulmuştur (Pınar 1995). SF-36 klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel populasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir. 36 ifadeden oluşan SF-36, fiziksel

ve mental olmak üzere iki ana boyut; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlamaları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, mental sağlık, enerji (vitalite), ağrı ve genel sağlık algısı olmak üzere 8 alt boyutu içeren çok başlıklı skala şeklindedir (Ware and Sherbourne 1992, Pınar 1995).

Ölçek ile yaşam kalitesi fiziksel ve mental olmak üzere iki ana boyutta değerlendirilebildiği gibi, her bir alt boyutta ayrı ayrı da değerlendirilebilir. Alt boyutlardan elde edilen puanların hesaplanması ile fiziksel boyut ve mental boyut puanları hesaplanır. Fiziksel boyut; fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, ağrı, zindelik/yorgunluk ve genel sağlık algısı alt boyutlarından, mental boyut; sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, mental sağlık, zindelik/yorgunluk ve genel sağlık algısı alt boyutlarından oluşur. Zindelik/yorgunluk ve genel sağlık algısı alt boyutları hem fiziksel boyut, hem de mental boyutta yer alır (Ware and Sherbourne 1992, Pınar 1995).

Puanlamada ölçekteki geçen yıl süresince sağlıktaki değişimi sorgulayan “geçen yıl ile kıyasladığımda şimdiki sağlık durumum” diye başlayan ifade dikkate alınmaz. Ölçekteki sağlıkla ilişkili yaşam alanlarının ölçek puanları en düşük puandan en yüksek puana kadar 0 ile 100 arası değişen değerler alır. SF-36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama). Örneğin ağrı alt boyutundan alınan yüksek puan, o alan ile ilgili yaşam kalitesi puanının yüksek olduğunu gösterir (Ware and Sherbourne 1992, Pınar 1995).

Mevcut çalışmada SF-36’nın iç tutarlığı yeniden incelendi; fiziksel ve mental boyut için Cronbach’s alfa değerleri 0.85 ve 0.84 olarak bulundu..

5.5.4. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) (Ek 4)

Geriatrik Depresyon Ölçeği; Yesavage ve ark. tarafından 1983 yılında geriatrik popülasyondaki depresyon varlığını araştırmak amacıyla geliştirilmiş ve ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 1997 yılında Ertan ve ark. tarafından yapılmıştır (Ertan ve ark 1997, Kılınç ve Torun 2011). Uyku bozukluğu, enerji azlığı, libido azalması gibi depresif semptomlar, depresyonu olmayan yaşlı hastalarda yaygın

olarak bulunmaktadır. Yaşlı hastalarda sıklıkla bulunan kronik tıbbi hastalıklar nedeni ile motor retardasyon ve aktivite düzeyinde azalma gözlenmektedir. Eşlik eden demansın varlığı konsantrasyon ve bilişsel süreçleri etkilemektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı yaşlı hastalarda depresyonu değerlendirmek için farklı semptom tanımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. GDÖ, yaşlı hastalar için geçerli bir tarama testi olması, skorlaması ve uygulanmasının kolay olması amacıyla tasarlanmıştır. Maddeler, yaşlı depresyonlu hastaların yaşlı olmayan depresyonlulardan ayrımını maksimum düzeyde tutacak şekilde oluşmaktadır.

Maddeler; azalmış duygulanım, benlik algısında zayıflama, motivasyon zayıflığı, gelecek yerine geçmişe yönelim, bilişsel sorunlar, obsesif nitelikler ve ajitasyonu içermektedir.

GDÖ 30 maddeden oluşmakta ve hasta tarafından doldurulmaktadır. Her maddeyi hasta “Evet” ve “Hayır” şeklinde işaretlemektedir. 30 maddenin 10’u olumsuz, 20’si ise olumlu olarak kurgulanmıştır. Ölçeğin kesme noktası 13/14 olarak kabul edil mektedir.

Mevcut çalışmada Cronbach’s alfa değeri 0.79 olarak bulundu.

5.5.4. Standardize Mini Mental Test-SMMT (Ek 5)

Standardize Mini Mental Test-SMMT; ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanan bu test standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde yaşlıların, özellikle de deliryumda olan ve/veya demanslı yaşlıların muayenesinde bilişsel yıkım derecesini ölçmek amacıyla kullanılan ve uygulaması kısa süren bir bilişsel değerlendirme aracıdır. Bu testin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Kayatekin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Daha sonra Güngen ve ark. hafif demans tanısındaki geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmıştır. SMMT’de eşik değer 23 olarak alınmıştır. Oryantasyonu ölçen 10 soru (10 puan), kayıt hafızasını ölçen 1 soru (3 puan), dikkat ve hesap yapmayı ölçen 1 soru (5 puan), hatırlamayı ölçen 1 soru (3 puan), lisanı ölçen 6 sorudan (9 puan) oluşmaktadır. SMMT’den alınan puanlara göre; 0-9 puan ağır bilişsel bozukluk, 10-19 puan orta bilişsel bozukluk, 20-23 puan

hafif bilişsel bozukluk, 24-30 puan normal sınırlar olarak değerlendirilmektedir (Güngen ve ark. 2002).

5.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci

Araştırmanın uygulama izinleri alındıktan sonra huzurevi müdürü, psikoloğu ve hemşireleri ile görüşülerek araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verildi. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından yaşlı bireylerle yüz yüze görüşme yoluyla elde edildi. Uygulamaya başlamadan önce araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanarak çalışmayı kabul eden bireylerin sözlü ve yazılı onamları alındı. Çalışmaya Mart 2011 tarihinde başlandı ve Kasım 2011’de verileri toplama süreci tamamlandı.

Önce; yaşlı bireylere VAS, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, GDÖ ve FMMT uygulandı. Ağrısı olan, GDÖ ölçeğinden 14 ve üzeri puan alanlar, FMMT’den 23 ve üzeri puan alan yaşlılar arasından randomize seçim yapıldı.

Sonra; bu gruba tombala rakamları (1-90 arası) torba içine koyulup, çekiliş yaptırıldı. 1-30 arasındaki rakamları çekenler deney, 31-60 arasını çekenler yalancı reiki ve 61-90 rakamlarını çekenler kontrol grubunu oluşturdu. Böylece örneklem grubundan randomize olarak 30 deney, 30 plasebo ve 30 kontrol olmak üzere 3 grup oluşturuldu. Yaşlı birey, hangi rakamı seçtiyse o gruba dahil edildi fakat hangi grupta olduğunu bilmedi (tek-kör çalışma).

Deney grubuna; sekiz hafta boyunca haftada bir kez, 45 dk -1 saat arasında reiki uygulandı. Reikinin uzun vadede etkisini değerlendirmek için 12.haftada reiki uygulamaksızın değerlendirme yapıldı. İşlem sakın bir odada ve yaşlının rahat hissedeceği bir pozisyonda gerçekleştirildi. Her yaşlı bireye haftalık, aynı gün ve saatinde işlem uygulandı. İşlem süresince uygulayıcının elleri yedi ana çakra (enerjinin vücuda girdiği kanallar), dört baş pozisyonu ve timus bölgesine yerleştirilip, her bir pozisyonda 5 dk. kaldı.

Yalancı reiki grubuna; reiki eğitimi almayan ve reiki yaptığını düşünen (çift kör çalışma) dört öğrenci hemşire tarafından aynı süre de yalancı reiki (sham reiki) uygulandı. Yalancı reiki uygulamasında reiki yapıyormuş gibi, eller aynı şekilde aynı pozisyonlarda 5 dk kaldı.

Kontrol gurubuna ise; herhangi bir müdahale yapılmadı ve diğer gruplarda olduğu gibi veri toplama araçları aynı zamanda uygulandı.

VAS; 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7. ve 8. haftada her reiki seansı öncesi ve sonrasında, 12. haftada ise reiki yapılmaksızın uygulandı.

GDÖ; 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7. ve 8. haftada her reiki seansı öncesinde ve 12. haftada reiki yapılmaksızın uygulandı.

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği 1., 4. ve 8. haftada her reiki seansı öncesinde ve 12. haftada reiki yapılmaksızın uygulandı.

FMMT yaşlı bireylerde bilişsel durumu belirlemek amacıyla, sadece bir kez uygulandı.

Reiki Uygulayıcısı: Reiki master olup, yaklaşık 4 yıldır reiki uygulamaktadır (Ek 6).

Şekil 1. Akış Şeması

Gruplar	Reiki Haftaları	Uygulama	Uygulanan Veri Toplama Araçları
Deney Grubu	1. Hafta		Genel Bilgi Formu, SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Araştırmacı tarafından reiki uygulandı.
	2. Hafta		GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Araştırmacı tarafından reiki uygulandı.
	3. Hafta		GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Araştırmacı tarafından reiki uygulandı.
	4. Hafta		SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Araştırmacı tarafından reiki uygulandı.
	5. Hafta		GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Araştırmacı tarafından reiki uygulandı.
	6. Hafta		GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Araştırmacı tarafından reiki uygulandı.
	7. Hafta		GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Araştırmacı tarafından reiki uygulandı.
	8. Hafta		SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Araştırmacı tarafından reiki uygulandı.
	12. Hafta		SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı, reiki uygulanmadı.
Yalancı Reiki Grubu	1. Hafta		Hasta Bilgi Formu, SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Yalancı reiki uygulandı.
	2. Hafta		GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Yalancı reiki uygulandı.
	3. Hafta		GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Yalancı reiki uygulandı.
	4. Hafta		SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Yalancı reiki uygulandı.
	5. Hafta		GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Yalancı reiki uygulandı.
	6. Hafta		GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Yalancı reiki uygulandı.
	7. Hafta		GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Yalancı reiki uygulandı.
	8. Hafta		SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı. Yalancı reiki uygulandı.
	12. Hafta		SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı, yalancı reiki uygulanmadı.

**Kontrol
Grubu**

1. Hafta	Hasta Bilgi Formu, SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı.
2. Hafta	GDÖ ve VAS ile veriler toplandı.
3. Hafta	GDÖ ve VAS ile veriler toplandı.
4. Hafta	SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı.
5. Hafta	GDÖ ve VAS ile veriler toplandı.
6. Hafta	GDÖ ve VAS ile veriler toplandı.
7. Hafta	GDÖ ve VAS ile veriler toplandı.
8. Hafta	SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı.
12.Hafta	SF-36, GDÖ ve VAS ile veriler toplandı.

5.7. Reiki Uygulama Prosedürü

1. Yaşlı bireye açıklama yapıldı.
2. İşlem sessiz bir odada gerçekleşti.
3. Yaşlı bireyin yatağa uzanması sağlandı.
4. Uygulayıcı ellerini yıkadı ve vücut sıcaklığına getirdi.
5. Reiki kanalına bağlandı.
6. Eller yaklaşık 1 cm uzaklıktan yedi ana çarka (taç, üçüncü göz, boğaz, kalp, solar plexus, sakral ve kök çakrayla dört baş pozisyonu ve timus bölgesine yerleştirilip, her bir pozisyonda 5 dk. kaldı. Ağrı olan bölgede 5 dk. fazla tutuldu.
7. Reiki kanalıyla bağlantı kesildi.
8. İşlem bitirildi.

Veri toplama aşaması bittikten sonra yalancı reiki ve kontrol grubundaki bireylere de reiki master tarafından reiki uygulandı.

5.8. Kullanılacak Değerlendirme ve İstatistiksel Yöntemler

Verilerin istatistiksel değerlendirmesi için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programı kullanılarak parametrik değerler için t testi, nonparametrik değerler için chi-square testi, gruplar arası ölçüm yönünden farkın olup olmadığı Mann Whitney U testiyle değerlendirildi. Grup içi karşılaştırmalarda Wilcoxon işaret testi, korelasyon hesaplamalarında Spearman korelasyon ve ölçeklerin iç tutarlık analizinde Cronbach alpha değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmede $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamında yaşlı bireylere 8 hafta reiki uygulandığı için, bir vaka çalışmayı tamamlayamamış, bir vaka 4. haftada kanser tanısı aldığı için hastaneye yatmak zorunda kalmıştır. Bu nedenle 8 haftalık reiki uygulamasını tamamlayamayan bu iki vaka çalışma dışı bırakılmıştır. Yeni iki vaka seçilerek veri

toplama aşaması tamamlanmıştır. Uygulama süresinin uzun olması veri toplama aşaması sırasında karşılaşılan güçlüklerdendir.

Reiki 8 hafta uygulandıktan sonra 12. haftadaki etkisi değerlendirildi. Araştırmacının zamanı kısıtlı olduğu için reikin etkisinin uzun vadede ne kadar sürdüğü izlenemedi.

Ayrıca bu araştırma huzurevinde kalan 65 yaş üstü bireylerle yapıldığı için, sonuçların bu grup için genellenebilmesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyuldu. Bu doğrultuda araştırmada, aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu. Çalışmalarda insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalındı (Ek 9). Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni (Ek 7); yanısıra anketleri uygulamadan önce potansiyel katılımcılara çalışmanın amacı, planı ve yararları açıklandı, araştırmaya katılmayı kabul edenlere Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu (Ek 8) imzalatıldı.

6. BULGULAR

Bulgular aşağıda belirtilen başlıklar halinde gruplandırılarak verilmiştir.

- 6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular
- 6.2. Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Bulgular
- 6.3. Reikinin Ağrı Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular
- 6.4. Reikinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular
- 6.5. Reikinin Depresyon Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verildi. Yaş ortalaması 78.29 ± 7.8 yıl olan yaşlıların %63.3’ü kadın, %36.7’si erkektir. Yaklaşık yarısı yüksek öğrenim mezunu (%46.7) ve iyi düzeyde (%58.9) gelir durumuna sahiptir. Huzur evinde kalış süreleri ortalama 5.93 ± 4.13 yıldır.

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler (n=90)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	57	63.3
	Erkek	33	36.7
Yaş (Ort \pm SS yıl)	78.29 ± 7.8	(range: 65 – 91)	
Öğrenim Durumu	İlköğrenim	8	8.9
	Orta öğrenim	40	44.4
	Yüksek Öğrenim	42	46.7
Gelir Durumu	Orta	37	41.1
	İyi	53	58.9
Huzurevinde kalma Süresi (yıl)	5.93 ± 4.13	(range: 1– 15)	

Yaşlı bireylerin sağlık/hastalık durumuna ilişkin özellikleri Tablo 2’de verildi. Ağrı özellikleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%71.1) künt bir ağrıya sahip olduğu ve çoğunluğunun (%80) ağrısının dizde olduğu belirlendi. Yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun (%78.9) kronik hastalığa sahip olduğu ve bu hastalıkların çoğunlukla hipertansiyon ve kalp yetmezliği olduğu (%56.7) saptandı. Yaşlı

bireylerin yaklaşık yarısının (%53), coumadin, coraspin ve plavix alıyorken, %23.3'ünün norvasc tablet kullandığı belirlendi (Tablo 2).

6.2. Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 2. Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özellikler (n=90)

Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özellikler		n	%
Ağrının Tipi	Künt	64	71.1
	Sızlayıcı	14	15.6
	Ani keskin	6	6.7
	Zonklayıcı	4	4.4
	Şiddetli keskin	2	2.2
Ağrının Yeri ***	Diz	72	80
	Bel	12	13.3
	Sırt	2	2.2
	Kol	2	2.2
	Kalça	2	2.2
Kronik Hastalık Varlığı	Var	71	78.9
	Yok	19	21.1
Mevcut Hastalıklar *	Kronik HT + Kalp yetmezliği	51	56.7
	Diabetes Mellitus	17	18.9
	KOAH+Astım	10	11.1
	Osteoartrit	7	7.8
	Parkinson	4	4.4
	Böbrek hastalığı	2	2.2
Kullanılan İlaçlar **	Coumadin+ Coraspin+ plavix	53	59.9
	Norvasc	21	23.3
	Beloc	20	22.2
	OAD	15	16.7
	Cadiovan	12	13.3
	Monodur	8	8.9
	Delix	8	8.9
	Diüretik	8	8.9
	Danitrin forte	7	7.8
	Coversyl	4	4.4
	Sinoretic	5	5.6
	Fludex	4	4.4
	Madopar	1	1.1

* Birden fazla hastalığa sahip oldukları için yüzdeler yüksek çıkmıştır.

** Birden fazla ilaç kullandıkları için yüzdeler yüksek çıkmıştır.

*** Birden fazla yer tarif ettikleri için yüzdeler yüksek çıkmıştır.

6.3. Reikinin Ağrı Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Bu bölümde deney, yalancı reiki ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin haftalara göre reiki öncesi ve reiki sonrası ağrı değerlendirmesi ve gruplar arası karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular sunulacaktır.

Deney, yalancı reiki ve kontrol grubundaki bireylerin haftalık reiki öncesi ve sonrası ağrı puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular Tablo 3’de verildi.

Deney grubundaki bireylerin reiki sonrası 1., 4., 8. ve 12. haftalardaki VAS puan ortalamaları sırasıyla 2.26 ± 1.38 , 0.36 ± 1.06 , 0.23 ± 0.67 ve 0.56 ± 0.93 ’dür. Haftalar arası farklar değerlendirildiğinde, 1. ve 4. haftada, 1. ve 8. haftada ve 1. ve 12. haftalar arasındaki ağrı puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.001$). Buna göre reiki uygulanan deney grubunda ağrı puanlarında anlamlı azalma olmuştur ($p < 0.001$), (Tablo 4).

Yalancı reiki grubunda ise; haftalık ağrı puanları sırasıyla 4.33 ± 1.60 , 2.60 ± 2.51 , 2.83 ± 2.16 ve 3.26 ± 1.89 ’dur. Haftalar arası farklar değerlendirildiğinde, 1. ve 4. haftada, 1. ve 8. haftada ve 1.ve 12. haftalar arasında ağrı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

Kontrol grubunda da istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ağrı puanlarında azalma görüldü ($p < 0.01$).

Gruplar arası fark incelendiğinde; deney ve yalancı reiki, deney ve kontrol, yalancı reiki ve kontrol grupları arasında ağrı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p < 0.001$, $p < 0.001$ ve $p < 0.01$), (Tablo 5). Tablo 3’de görüldüğü gibi her üç grubun da ağrı puanlarında azalma görülmesine rağmen, deney grubunun ağrı puanları, yalancı reiki ve kontrol grubunun ağrı puanlarına göre daha belirgin şekilde düşüş göstermiştir.

Tablo 3. Deney, Yalancı Reiki ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Haftalara Göre Reiki Öncesi ve Sonrası Ağrı Puan Ortalamaları (n=90)

Gruplar	Reiki Haftaları										
	1.h VAS	2.hVAS	Ort.	3.h VAS	4. h VAS	5. h VAS	6.h VAS	7.hVAS	Ort.	8.hVAS Ort.	12.h VAS
	Ort. ±SS	±SS		Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	±SS		±SS	Ort. ±SS
Deney											
RÖ	5.83±1.68	5.00±1.57		3.60±2.07	2.40±1.63	2.06±2.16	2.80±2.10	0.80±1.51		1.30±1.51	3.33±2.18
RS	2.26±1.38	1.56±0.85		1.10±1.21	0.36±1.06	0.46±1.16	0.63±0.71	0.26±0.86		0.23±0.67	0.56±0.93
Yalancı Reiki											
RÖ											
RS	5.36±1.27	4.66±1.56		3.33±2.30	3.03±2.44	3.53±2.06	3.63±2.18	3.23±2.37		3.16±2.10	3.46±2.02
	4.33±1.60	3.90±1.82		2.83±2.18	2.60±2.51	2.80±2.18	3.16±2.32	2.73±2.31		2.83±2.16	3.26±1.89
Kontrol											
Ö	5.86±1.22	5.63±0.96		3.30±2.87	4.76±2.16	4.20±2.53	3.86±2.50	4.33±2.53		4.43± 2.41	5.20±0.99
S	5.63±1.09	5.16±1.05		3.16±2.65	4.43±2.14	3.83±2.29	3.53±2.27	3.80±2.38		4.06± 2.30	4.76±0.93

Tablo 4. Haftalara Göre Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması (n=90)

Gruplar	Deney			Yalancı Reiki			Kontrol		
	1-4h	1-8h	1-12h	1-4 h	1-8 h	1-12h	1-4h	1-8h	1-12h
Anlamlılık		-							
Z ve p	-4.11a 0.000***	4.35a 0.008**	-4.24a 0.000***	-3.35a 0.001**	-3.25a 0.001**	-2.75a 0.006**	-3.04a 0.002**	-3.46a 0.001**	-3.25a 0.001**

Not: a: pozitif sıralar temeline dayalı

Not: Wilcoxon Testi kullanıldı. **p<0.01, ***p<0.001

Tablo 5. Haftalara Göre Gruplararası Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması (n=90)

Gruplar	Reiki Haftaları			
	1.h VAS U ve p	4. h VAS U ve p	8.h VAS U ve p	12. h VAS U ve p
Deney -Yalancı Reiki	146.50 0.000***	232.50 0.000***	159.50 0.000***	132.00 0.000***
Yalancı Reiki-Kontrol	236.00 0.001**	254.50 0.003**	294.50 0.019*	244.00 0.001***
Deney -Kontrol	31.50 0.000***	78.50 0.000***	103.00 0.000***	7.5 0.000***

Not: Mann Whitney U testi kullanıldı. *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

6.4. Reikinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Bu bölümde deney, yalancı reiki ve kontrol grubundaki bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları ve gruplararası karşılaştırma sonucu elde edilen bulgular sunulacaktır.

SF-36 ölçeği ile incelenen yaşam kalitesi puanları Tablo 6’da verildi. Deney grubunda 1.ve 4. haftalar arasında yaşam kalitesinin genel sağlık algısı alt boyutu puanları açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), 1.ve 4. hafta, 1.ve 8. hafta, 1. ve 12. haftalar arasında diğer alt boyutlar olan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ağrı, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık ile iki ana boyut olan fiziksel ve mental boyut puanları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.001$), (Tablo 7). Buna göre reiki uygulanan deney grubunda yaşam kalitesinin genel sağlık algısının 1. ve 4. haftası hariç tüm boyutlarında anlamlı artış olmuştur.

Yalancı reiki grubunda; 1. ve 12. haftalar arasında enerji, emosyonel rol, mental sağlık alt boyutlarıyla fiziksel ve mental ana boyutlarında anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$), diğer boyutlarda fark bulunmadı ($p>0.05$). Buna göre; birinci haftaya göre 12. haftada enerji, emosyonel rol, mental sağlık alt boyutlarıyla fiziksel ve mental ana boyut puanlarında anlamlı azalma olmuştur.

Kontrol grubunda da; 1. ve 4., 1. ve 8. haftalar arasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı, enerji, emosyonel rol ve iki ana boyut olan fiziksel ve mental boyut puanları arasında anlamlı fark bulunurken ($p<0.001$), ağrı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık boyutlarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). 1. ve 12. haftalar arasında ise ağrı, emosyonel rol ve mental sağlık dışındaki tüm ana ve alt boyutlarda anlamlı farklılık bulundu ($p<0.001$), (Tablo 7). Buna göre; kontrol grubunda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı, enerji ve fiziksel boyut puanları 1. haftaya göre diğer haftalarda gitikçe azalmıştır.

Gruplararası yaşam kalitesi puan farkları incelendiğinde; deney ve yalancı reiki grupları arasında 1.haftada fiziksel fonksiyon, emosyonel rol ve genel sağlık algısı alt boyutları puanları, 4. haftada da genel sağlık algısı alt boyut puanları açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), fiziksel rol fonksiyon, ağrı, enerji, sosyal fonksiyon, mental sağlık, fiziksel boyut ve mental boyut puanlarında 1., 4., 8.

ve 12. haftalarda anlamlı fark bulundu ($p<0.001$), (Tablo 8). Bu farkın, deney grubuna göre yalancı reiki grubunun fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı ve emosyonel rol puanlarının 4., 8. ve 12. haftada gittikçe azalmasından kaynaklandığı bulundu.

Deney ve kontrol grupları arasında 1.haftada fiziksel fonksiyon, ağrı ve emosyonel rol fonksiyon alanlarında anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), 1., 4., 8., ve 12. haftalarda yaşam kalitesinin diğer alanlarında anlamlı fark bulundu ($p<0.001$), (Tablo 8). Bu farkın, deney grubuna göre kontrol grubunun fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı, enerji, sosyal fonksiyon, mental sağlık, fiziksel ve mental boyut puanlarının 1., 4., 8. ve 12. haftalarda gittikçe azalmasından kaynaklandığı bulundu (Tablo 6).

Yalancı reiki ve kontrol grupları arasında, 1. haftada fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık alanlarında, 4. haftada ağrı, sosyal fonksiyon, mental sağlık alanlarında, 8. haftada fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık alanlarında, 12. haftada fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol fonksiyon alanlarında anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), 1.haftada enerji, fiziksel boyut, mental boyut, 4. hafta; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı, enerji, emosyonel rol, fiziksel boyut, emosyonel boyut alanlarında, 8. haftada fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji, emosyonel rol, mental sağlık, fiziksel boyut ve mental boyut alanlarında, 12. haftada genel sağlık algısı, enerji, fiziksel boyut ve mental boyut alanlarında anlamlı fark bulundu ($p<0.001$), (Tablo 8). Yalancı reiki grubuna göre kontrol grubunun yaşam kalitesi puanlarında daha fazla düşme olmuştur.

Görüldüğü gibi reiki uygulanan grupta yaşam kalitesi puanlarında önemli derece artma görülürken, yalancı reiki ve kontrol gruplarındaki puanlarda azalma dikkat çekmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Deney. Yalancı Reiki ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Haftalara Göre Dağılımı (n=90)

Gruplar	Fiziksel Fonksiyon Ort. \pm SS	Fiziksel Rol Fonksiyon Ort. \pm SS	Ağrı Ort. \pm SS	Genel Sağlık Algısı Ort. \pm SS	Enerji Ort. \pm SS	Sosyal Fonksiyon Ort. \pm SS	Emosyonel Rol Ort. \pm SS	Mental Sağlık Ort. \pm SS	Fiziksel Boyut Ort. \pm SS	Mental Boyut Ort. \pm SS
Deney										
1h	16.23 \pm 1.69	13.16 \pm 3.15	4.16 \pm .74	14.43 \pm 3.67	6.93 \pm 2.55	3.50 \pm 1.13	5.43 \pm 1.61	4.46 \pm 1.59	45.9 \pm 6.0	45.6 \pm 7.1
4h	16.50 \pm 1.33	22.06 \pm 6.29	6.66 \pm 1.74	20.83 \pm 4.33	15.93 \pm 5.75	5.10 \pm 1.32	7.73 \pm 1.74	7.76 \pm 2.25	68.9 \pm 13.6	66.1 \pm 12.6
8h	17.13 \pm 1.43	23.60 \pm 4.92	7.40 \pm 1.27	21.90 \pm 2.92	17.86 \pm 3.07	5.46 \pm 1.00	8.33 \pm 1.70	9.03 \pm 1.75	74.3 \pm 10.4	71.4 \pm 8.6
12h	17.26 \pm 1.31	24.13 \pm 4.60	7.80 \pm 1.91	22.26 \pm 2.42	18.40 \pm 2.38	6.23 \pm 2.32	8.86 \pm 1.61	9.16 \pm 1.46	76.5 \pm 8.6	73.3 \pm 7.3
Yalancı R										
1h	16.00 \pm 2.28	14.16 \pm 3.86	4.56 \pm .97	18.33 \pm 3.46	12.70 \pm 3.84	3.70 \pm 1.05	6.56 \pm 2.17	7.13 \pm 1.90	54.00 \pm 8.78	57.87 \pm 8.18
4h	15.90 \pm 1.74	14.70 \pm 3.49	4.60 \pm 1.24	17.63 \pm 3.46	11.53 \pm 3.56	3.66 \pm .99	6.46 \pm 2.11	6.70 \pm 1.36	53.20 \pm 8.66	55.43 \pm 8.25
8h	15.88 \pm 1.97	14.66 \pm 4.80	4.50 \pm .90	17.63 \pm 3.12	11.86 \pm 3.70	3.73 \pm 1.11	6.93 \pm 1.94	6.93 \pm 1.68	53.83 \pm 9.84	56.03 \pm 7.81
12h	16.13 \pm 1.38	13.16 \pm 3.86	4.30 \pm .65	16.10 \pm 1.97	10.33 \pm 2.96	3.13 \pm .34	6.36 \pm 1.44	6.63 \pm 1.09	50.30 \pm 7.58	52.33 \pm 4.85
Kontrol										
1h	15.45 \pm 1.72	13.90 \pm 2.71	4.60 \pm 1.12	17.23 \pm 2.31	10.15 \pm 2.38	3.71 \pm 1.11	5.62 \pm 1.73	6.35 \pm 1.56	49.53 \pm 6.69	52.70 \pm 6.02
4h	14.86 \pm 1.23	12.21 \pm 2.12	4.00 \pm 0.20	17.12 \pm 2.31	8.41 \pm 1.61	3.01 \pm 0.21	5.55 \pm 1.64	6.21 \pm 1.42	44.97 \pm 4.33	49.53 \pm 4.58
8h	15.13 \pm 1.35	12.16 \pm 1.64	4.16 \pm 0.46	16.96 \pm 2.17	8.23 \pm 1.45	3.13 \pm 0.57	5.46 \pm 1.56	6.20 \pm 1.32	45.17 \pm 4.24	49.67 \pm 4.40
12h	14.76 \pm 1.30	11.76 \pm 1.94	4.10 \pm 0.40	17.10 \pm 2.27	8.76 \pm 2.14	3.26 \pm 0.78	5.53 \pm 1.65	6.00 \pm 1.33	44.93 \pm 4.56	49.90 \pm 4.92

Tablo 7. Haftalara Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması (n=90)

Gruplar	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Enerji	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
	Anlamlılık ve p	Anlamlılıkve p	Anlamlılıkve p	Anlamlılıkve p	Anlamlılıkve p	Anlamlılıkve p	Anlamlılıkve p	Anlamlılıkve p	Anlamlılıkve p	Anlamlılık ve p
Deney										
1-4hf	-4.39a 0.000***	-4.19a 0.000***	-4.27a 0.000***	-.405a 0.685	-4.68a 0.000***	-4.56a 0.000***	-4.00a 0.000***	-4.25a 0.000***	-4.76a 0.000***	-4.70a 0.000***
1-8hf	-4.71a 0.000***	-4.76a 0.000***	-4.40a 0.000***	-2.22a 0.026*	-4.40a 0.000***	-4.70a 0.000***	-4.34a 0.000***	-4.73a 0.000***	-4.75a 0.000***	-4.76a 0.000***
1-12hf	-4.68a 0.000***	-4.86a 0.000***	-4.72 0.000***	-2.84a 0.005**	-4.72a 0.000***	-4.72a 0.000***	-4.50a 0.000***	-4.69a 0.000***	-4.78a 0.000***	-4.76a 0.000***
Yalancı R										
1-4hf	-.212b 0.832	-.071a 0.943	-2.202a 0.840	-.281a 0.779	-1.56a 0.117	-1.42a 0.155	-.090a 0.928	-1.04a 0.294	-.986a 0.324	-1.76a 0.078
1-8hf	-.052a 0.958	-.601a 0.548	-1.19b 0.232	-.651a 0.515	-1.07a 0.283	-.519a 0.604	-1.181b 0.857	-1.38a 0.167	-.950a 0.342	-1.67a 0.093
1-12hf	-1.53a 0.125	-1.40a 0.159	-.430a 0.667	-.374b 0.708	-3.09a 0.002**	-1.40a 0.159	-2.87a 0.004**	-3.07a 0.002**	-2.61a 0.009**	-3.60a 0.000***
Kontrol										
1-4hf	-4.14a 0.000***	-2.55a 0.011*	-.816a 0.414	-2.70a 0.007**	-3.98a 0.000***	-2.00a 0.46	-2.70a 0.007**	-2.88a 0.773	-4.57a 0.000***	-4.29a 0.000***
1-8hf	-3.37a 0.001**	-1.98a 0.047*	-.905a 0.366	-1.88a 0.001**	-3.75a 0.000***	-1.00a 0.317	-2.54a 0.011*	-1.28a 0.200	-4.00b 0.000***	-3.94a 0.000***
1-12hf	-4.68a 0.000***	-2.22a 0.026*	-0.237a 0.813	-2.99 0.003**	-3.14a 0.002**	-2.67a 0.008***	-1.73a 0.083	-4.89a 0.625	-4.18a 0.000***	-3.49a 0.000***

Not: a: pozitif sıralar temeline dayalı

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Tablo 8. Haftalara Göre Gruplararası Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması (n=90)

Yaşam Kalitesi Boyutları	Anlamlılık	Deney- Yalancı Reiki				Deney – Kontrol				Yalancı Reiki - Kontrol			
		1h	4h	8h	12h	1h	4h	8h	12h	1h	4h	8h	12h
Fiziksel Fonksiyon	U	387.50	158.50	115.50	59.50	377.00	119.50	43.00	20.50	433.50	261.00	292.50	367.00
	p	0.344	0.000***	0.000***	0.000***	0.273	0.000***	0.000***	0.000***	0.805	0.005**	0.018*	0.202
Fiziksel Rol	U	332.00	194.00	77.50	40.00	360.50	124.00	52.00	33.50	427.50	343.00	358.50	377.00
	p	0.012*	0.000***	0.000***	0.000***	0.041*	0.000***	0.000***	0.000***	0.681	0.011*	0.067	0.082
Ağrı	U	307.00	285.00	249.00	119.50	405.50	166.00	91.00	73.00	344.00	359.00	285.50	340.50
	p	0.030*	0.013*	0.003**	0.000***	0.499	0.000***	0.000***	0.000***	0.110	0.167	0.013*	0.097
Genel Sağlık Algısı	U	403.50	325.00	266.00	239.50	325.00	153.50	142.00	77.00	389.00	266.00	333.50	202.50
	p	0.486	0.057	0.006**	0.001***	0.059*	0.000***	0.000***	0.000***	0.363	0.005**	0.077	0.000***
Enerji	U	109.50	244.50	91.50	24.50	162.00	154.50	20.00	12.50	241.50	201.00	180.00	293.00
	p	0.000***	0.002**	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.002**	0.001**	0.000***	0.019*
Sosyal Fonksiyon	U	124.00	280.00	171.00	84.50	180.00	230.00	95.00	57.50	363.50	388.00	350.00	338.00
	p	0.000***	0.011*	0.000***	0.000***	0.000***	0.001**	0.000***	0.000***	0.192	0.346	0.131	0.088
Emosyonel Rol	U	365.00	190.50	140.00	36.00	390.00	110.00	65.00	63.00	429.00	296.50	315.00	446.00
	p	0.113	0.000***	0.000***	0.000***	0.242	0.000***	0.000***	0.000***	0.718	0.001**	0.006**	0.920
Mental Sağlık	U	181.50	231.00	143.00	44.50	211.00	186.50	91.00	63.50	360.00	427.00	390.00	349.00
	p	0.000***	0.001**	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.180	0.732	0.369	0.131
Fiziksel Boyut	U	212.50	174.50	89.00	22.00	310.50	61.50	24.50	1.50	302.00	200.00	173.50	242.00
	p	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.039*	0.000***	0.000***	0.000***	0.028*	0.000***	0.000***	0.002**
Mental Boyut	U	119.00	216.50	96.50	34.50	196.50	140.00	36.00	26.00	268.50	261.00	232.50	316.00
	p	0.000***	0.001**	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.007**	0.005**	0.001**	0.047*

Not: Mann Whitney U testi kullanıldı

*p<0.05,**p<0.01,***p<0.001

6.5. Reikin Depresyon Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Bu bölümde deney, yalancı reiki ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin depresyon puan ortalamaları ve gruplararası karşılaştırma sonucu elde edilen bulgular sunulacaktır.

Deney, yalancı reiki ve kontrol grubundaki bireylerin GDÖ ile incelenen depresyon puanları Tablo 9’da verildi. Deney grubundaki bireylerin 1., 4., 8. ve 12. haftalardaki GDÖ puan ortalamaları sırasıyla 22.16 ± 2.92 , 9.70 ± 6.61 , 7.66 ± 3.95 ve 7.46 ± 3.39 ’dur. Deney grubunda, haftalar arası depresyon puan farkları değerlendirildiğinde, 1. ve 4. haftada, 1. ve 8. haftada ve 1.ve 12. haftaları arasında depresyon puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0.001$, $p < 0.001$ ve $p < 0.001$), (Tablo 10). Reiki uygulanan deney grubunda depresyon puanlarında 1., 4., 8. ve 12. haftalarda anlamlı azalma olmuştur.

Yalancı reiki grubunda ise; depresyon puanları haftalara göre sırasıyla; 19.06 ± 3.33 , 18.90 ± 2.96 , 19.60 ± 3.05 ve 19.30 ± 2.60 ’dır (Tablo 9). Haftalar arası depresyon puan farkları değerlendirildiğinde, yalancı reiki grubunda 1. ve 4. haftada, 1. ve 8. haftada ve 1.ve 12. haftalar arasında depresyon puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$), (Tablo 10).

Kontrol grubunda da istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde depresyon puanlarında azalma görülmedi ($p > 0.05$), (Tablo 10).

Gruplar arası fark incelendiğinde; deney ve yalancı reiki, deney ve kontrol grupları arasında depresyon puanları açısından 1., 4., 8. ve 12. haftalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p < 0.001$) bulundu. Yalancı reiki ve kontrol grubuna göre deney grubunun depresyon puanları haftalara göre gittikçe azalmıştır. Yalancı reiki ve kontrol grupları arasında ise depresyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$), (Tablo 11).

Tablo 9. Deney. Yalancı Reiki ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Haftalara Göre Depresyon Puanlarının Dağılımı (n=90)

Gruplar	Reiki Haftaları								
	1. h GDÖ	2. h GDÖ	3.h GDÖ	4. h GDÖ	5. h GDÖ	6. h GDÖ	7. h GDÖ	8. h GDÖ	12. hGDÖ
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS
Deney	22.16±2.92	18.80±5.52	13.00±6.44	9.70±6.61	9.00±5.21	7.53±3.93	7.60±3.69	7.66±3.95	7.46±3.39
Yalancı Reiki	19.06±3.33	19.20±3.63	19.30±2.92	18.90±2.96	18.46±3.41	18.53± 3.74	17.43±4.19	19.60±3.05	19.30±2.60
Kontrol	19.70±2.50	20.03±1.90	19.86± 1.47	19.66± 2.02	19.53±1.54	19.76± 1.63	19.70±1.66	19.80±1.39	19.96±1.54

Tablo 10. Haftalara Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması (n=90)

Gruplar	Deney			Yalancı Reiki			Kontrol		
	1-4h	1-8h	1-12h	1-4 h	1-8h	1-12h	1-4h	1-8h	1-12h
Anlamlılık									
Z	-4.59a	-4.78a	-4.788a	-.278a	-.893b	-.458b	-.360a	-.492b	-.590b
p	0.000***	0.000***	0.000***	0.781	0.372	0.647	0.719	0.623	0.555

Not: a: pozitif sıralar temeline dayalı

***p<0.001

Tablo 11. Haftalara Göre Gruplararası Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması (n=90)

Gruplar	Reiki Haftaları			
	1.Hafta GDÖ U ve p	4. Hafta GDÖ U ve p	8. Hafta GDÖ U ve p	12. Hafta GDÖ U ve P
Deney	218.50	127.00	20.50	7.00
Yalancı	0.001**	0.000***	0.000***	0.000***
Reiki				
Yalancı	379.00	393.50	394.50	387.00
Reiki	0.291	0.400	0.405	0.345
Kontrol				
Deney	232.00	114.50	25.00	00.00
Kontrol	0.001**	0.000***	0.000***	0.000***

Not: Mann Whitney U testi kullanıldı

p<0.01,*p<0.001

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu bölümde bulgular hipotezler ve literatür doğrultusunda üç başlık altında tartışıldı.

7.1 Reikinın Ağrı Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2 Reikinın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.3 Reikinın Depresyon Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan çalışmalarda yaşlı bireyin artrit, sırt ağrısı, anksiyete, depresyon gibi kronik sağlık sorunlarının yönetimini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak için tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini %30 ve %92 gibi değişen oranlarda kullandığı bildirilmiştir (Ness et al. 2005, Grzywacz, Suerken, Quandt, Bell, Lang and Arcury 2006, Grzywacz et al. 2006, Cheung et al. 2007). Gerek yaşlılık döneminde artış gösteren kronik hastalıklar, gerekse çoklu ilaç kullanımının neden olduğu istenmeyen durumlar yaşlıların tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) yöntemlerine yönelmesine neden olmuştur (Astin, Pelletier, Marie and Haskell 2000, Ness, Cirillo, Weir, Nisly and Wallace 2005).

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) tarafından biyoenerji terapileri içerisinde sınıflandırılan reiki, pozitif sağlık etkisi nedeniyle gizli enerji alanları olarak tıpta kullanılmaktadır. Reiki uygulayıcıları reikinın terapotik etkisinin, yaşamsal enerjiden elde edildiğini, bu enerjinin beden, ruh ve zihin arasında denge ve uyumu sağladığını, vücudun doğal iyileşme gücünü artırdığına inanırlar. Son 10 yılda hemşireler ve diğer sağlık çalışanları arasında reikinın kullanımı artmıştır (Vitale 2007). Reiki gibi enerji terapileri Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'deki hastanelerde, hospislerde, palyatif bakım ünitelerinde ve huzurevlerinde yaygın olarak kullanılmasına rağmen, bilimsel anlamda bu terapilerin etkinliğini destekleyen veya aksini ispatlayan bilimsel çalışma sayısı yetersizdir. Çünkü enerji alanları ölçülemez, bu nedenle etkisi anlaşılamamıştır (Vitale 2007, Marx, Knol, Burden and Hicks 2008, Vandervaart, Violette, Wildt and Koren 2009). Reikinın terapotik etkisiyle ilgili sistematik bir çalışmada, 12 randomize kontrollü çalışmadan 9'unda reikinın önemli terapotik etkisi saptanmış fakat yeterli sayıda randomize kontrollü ve metodolojik olarak kaliteli çalışmalara

ihtiyaç olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle biz bu çalışmayı randomize, plasebo kontrollü ve çift körlü olarak uyguladık. Kontrol grubunun yanı sıra, rahatlamanın dokunma kaynaklı olup olmadığını anlamak için yalancı reiki grubunu da kullandık.

7.1. Reikinın Ağrı Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ağrı, yaşlılarda en sık bildirilen semptom olup, yaşlının yaşam kalitesini, fiziksel fonksiyonlarını ve iyilik durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Aydın 2002, Çöçelli, Bacaksız, Ovayolu 2008). Ağrı tedavisinde nonfarmakolojik yöntemler arasında yer alan tamamlayıcı ve alternatif terapiler (akupunktur, akupressure, enerji terapileri – reiki, meditasyon, dua, müzik, dikkati başka yöne çekme), uygulanması kolay ve invaziv olduğu için yaşlı bireyler tarafından daha çok tercih edilir (Öztürk ve ark. 2009, Gündüzoğlu ve ark 2011). Yapılan çalışmalarda, bu yöntemler içerisinde yer alan reikinın, ağrı ve rahatsızlık olan olan vücut bölgelerinde enerji dengesini yeniden düzenlediğini, iyileşmeyi hızlandırdığını ve ağrıyı azalttığını (özellikle post operatif) dolayısı ile yaşam kalitesini artırdığı bildirilmiştir (Tsang et al 2007, Vandervaart, Violette, Wildt and Koren 2009).

Bizim çalışmamızda deney, yalancı reiki ve kontrol grubunda ağrı puanlarında azalma saptadık. Bu sonuç bizim için şaşırtıcı olmamıştır. Çünkü ağrı subjektif, dikkati başka yöne çekerek azalabilen bir bulgudur. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde yalnızlık ve ilgi eksikliği sık gözlenen bir durumdur. Dolayısıyla plasebo etki gösteren yalancı reiki uygulamasında ve kontrol grubundaki yaşlı bireyle etkileşim içinde bulunma ağrı puanlarında azalmaya neden olmuş olabilir. Gruplararası farkı incelediğimizde ise deney ve yalancı reiki, deney ve kontrol, yalancı reiki ve kontrol grupları arasında ağrı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Deney grubunun ağrı puanlarının düzenli şekilde azaldığı ve daha belirgin şekilde düşüş gösterdiği dikkat çekmiştir (Tablo 3). Biz ayrıca ağrı algısını etkileyebileceği için bu grubun yaşam kalitesi ve depresyon puanlarını da değerlendirdik. Deney grubunun, diğer gruplara göre; yaşam kalitesinin ağrı alt boyutu puanlarında artış göstermesi (Tablo 6) ve aynı zamanda depresyon puanlarında haftalara göre gittikçe azalma görülmesi bizim bu bulgumuzu desteklemiştir (Tablo 9).

Olson ve ark. (2003) ileri evre kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada; iki hasta grubunda analjezik kullanımı, yaşam kalitesi ve ağrıyı değerlendirmişlerdir. 1. grubu standart opioid tedavisi ve istirahat alan hastalar, 2. grubu opioid tedavisi ve reiki alan hastalar oluşturmuştur. İstirahat alan grupta katılımcılar 1. ve 4. gün 1,5 saat dinlendirilmiş, reiki alan gruba da 1. ve 4. gün iki reiki tedavisi uygulanmıştır. Her bir reiki ve dinlenme periyodu öncesinde ve sonrasında VAS, kan basıncı, nabız ve solunumları değerlendirilmiştir. Analjezik kullanımı ve VAS ağrı skoru 7 gün boyunca ölçülmüştür. Yaşam kalitesi 1. ve 7. günde değerlendirilmiştir. Reiki tedavisi alan hasta grubunda istirahat alan gruba göre, 1. ve 4. günde ağrı kontrolünde ve yaşam kalitesinde düzelme görülmüştür. Fakat opioid kullanımında azalma olmamıştır. Reiki alan grupta istirahat grubuna göre; 1.günde, ağrı ($p=0.035$), diyastolik kan basıncı ($p=0.005$) ve nabızda ($p=0.0019$) önemli derecede azalma görülmüştür. 4.günde reiki alan grupta istirahat grubuna göre; ağrı ($p=0.002$) ve diyastolik kan basıncında ($p=0.0082$) azalma görülmüştür. Yine reiki alan grupta istirahat grubuna göre; 1.günden 7.güne yaşam kalitesinin psikolojik boyutunda düzelme görülmüştür ($p=0.002$). Biz de çalışmamızda benzer şekilde ağrı puanlarında azalma (Tablo 3) ve yaşam kalitesinin bir çok alt boyutunda artış saptadık (Tablo 6).

Tsang ve ark. (2007); kanserli hastalarda reikinin ağrı, anksiyete, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, deney grubuna 5 gün ard arda reiki, kontrol grubu ise aynı sürede istirahat etmiştir. Her bir reiki seansı öncesi ve sonrasında günlük ağrı, yorgunluk, anksiyeteyi değerlendirmişlerdir. Daha sonra 2 gün daha reiki uygulamışlar. Hem reiki hem de istirahat grubunda ağrı puanlarında azalma bulmuş olup, reiki alan grupta kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ağrı puanlarında azalma bildirmiştir. Bu sonuçlar da bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Birocco ve ark.da (2012) kontrol grubu kullanmadığı, kanser hastalarında reikinın ağrı ve anksiyete üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada, ağrı ve anksiyete durumunu VAS ile değerlendirmişler ve seans esnasında hastaların hissettikleri duyguları tanımlamışlardır. Reiki sonrasında bizim çalışma bulgularımıza benzer şekilde ağrı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma bulmuştur. Hastaların ortalama VAS ortalama ağrı skoru 4.4'ten 2.32'ye düşmüştür ($p=0.091$), anksiyetede azalma, uyku kalitesinde artma, ağrıda rahatlama, relaksasyon ve iyilik hallerinde artış bildirilmiştir.

Richeson ve ark. (2010) da yaşlı bireylerde reikinın ağrı, anksiyete, depresyon üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmasında, deney grubuna 8 hafta boyunca haftada bir gün 45 dk. reiki uygulamış, deney grubunda, kontrol grubuna göre ağrı düzeylerinde azalma saptamıştır.

Assefi, Bogart, Goldberg and Buchwald (2008) reikinın fibromiyalji üzerindeki etkisini değerlendirdikleri çalışmada reiki master ve reiki bilmeyen bir kişi tarafından reiki ve uzaktan reiki uygulanan kontrol grupları arasında ağrı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamışlardır. Reikinın fibromiyaljili hastalarda ağrı üzerine etkili olmadığını bildirmişlerdir. Bu bulgu çalışmamızı desteklememiştir. Bu sonuç örneklem büyüklüğümüzden, çalışma grubumuzun ağrı özelliklerinin farklılığından ve reikinın uygulanış şeklinden (uzaktan reiki uygulaması) kaynaklanabilir.

7.2. Reikinın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşam kalitesi genel olarak "iyi olma durumu" olarak tanımlanabilen, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu ve sosyal ilişkilerini içeren geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında yaşlılık dönemi gelmektedir. Yaşlılıkta yaşam kalitesini değerlendiren çalışmaların çoğunda bağımsız yaşamayı engelleyen kronik hastalıkların, yaşlılığa eşlik eden psiko-sosyal ve işlevsel kayıpların yaşam kalitesini düşürdüğü belirlenmiştir (Kılıçoğlu ve Yenilmez 2005, Yazgan, Kora, Topçuoğlu ve Kuşçu 2006, Akça ve ark. 2008). Ruh sağlığı açısından bir risk grubu oluşturan yaşlılar huzurevinde daha yoğun sorunlarla karşı karşıya kalabilirler. Soyutlanma, yadsınmışlık, kendini değersiz hissetme gibi duygular yaşayabilmekte ve dolayısıyla yaşam kaliteleri olumsuz etkilenebilmektedir. Bu nedenle huzurevinde kalan yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artıran uygulamalar planlanmalıdır (Altıparmak 2009).

Reiki, bireyin fiziksel, psikolojik ve ruhsal düzeyde bütüncül olarak iyilik halini sağlayan bir terapi şekli olduğu için, yaşam doyumunu artırmakta ve dolayısıyla yaşam kalitesini iyileştirmektedir (Catlin ve ark 2011). Reikiyle ilgili yapılan çalışmalar; reikinın enerji seviyelerinde, relaksasyonda, konforda ve memnuniyette artışa neden olduğunu göstermiştir. Bireyde fiziksel, spiritüel ve psikolojik blokajları çözerek iyileşmeyi hızlandırır ve holistik olarak tam bir iyilik hali sağlar. Kanseri hastalarda farklı metodlarla birlikte reikinın uygulanmasının yaşam kalitesini artırdığı bildirilmiştir (Olson ve ark 2003, Tsang ve ark 2007). Dolayısıyla huzurevinde kalan yaşlı bireylere de reiki uygulanarak onların psikolojik durumu ve iyilik halleri iyileştirilerek yaşam kaliteleri artırılabilir.

Reikinın yaşam kalitesine etkisini inceleyen sınırlı sayıda ve farklı sonuçlar içeren çalışmalar bulunmaktadır. Olson ve Hanson (2003); kanser ağrısı olan hastalarda reikinın ağrı üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada; iki hasta grubunda analjezik kullanımı, yaşam kalitesi ve ağrıyı değerlendirmişlerdir. 1. grubu standart opioid tedavisi ve istirahat alan hastalar, 2. grubu opioid tedavisi ve reiki alan hastalar oluşturmuştur. Yaşam kalitesi 1. ve 7. günde değerlendirilmiştir. Reiki tedavisi alan hasta grubunda istirahat alan gruba göre, 1. ve 4. günde ağrı kontrolünde ve yaşam

kalitesinin psikolojik boyutunda istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde artış bulmuşlardır. Biz de deney grubuna göre; yalancı reiki grubunun fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı ve emosyonel rol puanlarının 4., 8. ve 12. haftada, kontrol grubunun ise fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı, enerji, sosyal fonksiyon, mental sağlık, fiziksel ve mental boyut puanlarının 1., 4., 8. ve 12. haftalarda yaşam kalitesi puanlarının gittikçe azaldığını bulduk (Tablo 6). Deney grubunun ise haftalara göre yaşam kalitesi puanlarındaki artış dikkat çekmektedir (Tablo 6).

Tsang ve ark. (2007) da kanserle ilişkili yorgunluk üzerine reikinin etkisini inceledikleri çalışmada, deney grubunun yaşam kalitesi puanlarında artış saptamışlar, deney grubunun, kontrol grubuna göre, 1. gün ve 7. günde yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı fark bulmuşlardır. Bu sonuçlar da bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir. Başka bir çalışmada kemoterapi alan hastalarda reikin iyilik hali ve konforu artırmasıyla ilişkili çalışmasında, reiki ve yalancı reiki grubunda, kontrol grubuna göre mental iyilik hali ve konfor düzeylerinde artış bulunmuştur. Reiki ve yalancı reiki grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Fiziksel konfor yalnız yalancı reiki grubunda, mental konfor hem reiki hem de yalancı reiki gruplarında artmıştır. Kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik bulunmamıştır (Catlin ve ark. (2011). Assefi ve ark. (2008) ise 8 hafta boyunca reiki, yalancı reiki, uzaktan reiki ve uzaktan yalancı reiki alan fibromiyaljili hastalarda yaşam kalitesinin fiziksel ve mental boyutları arasında anlamlı fark bulmamıştır. Yapılan çalışmalar, belirli bir hastalık grubunda yapılmakla beraber Assefi ve ark. bulguları dışında bizim çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda reikin anksiyete ve kan basıncını azalttığı, relaksasyonu artırdığı ve ruh halini düzelterek yaşam kalitesini artırmada katkı sağladığı bildirilmiştir (Tsang ve ark. (2007). Biz de reiki uyguladığımız yaşlı grubunun yaşam kalitesi puanlarında artış saptarken, yaşlılarımız reiki uygulamasından sonra kendilerini daha iyi hissettiklerini, yaşamdan doyum sağladıklarını ve kendilerini güvende hissettiklerini ifade etmişlerdir. Hatta baston kullanan bir yaşlımız reiki uygulamasından sonra bastona gereksinim duymadan odadan ayrılmış ve sonraki seanslara gelirken daha az baston kullanma ihtiyacı olmuştur. Yine Parkinson tanısı almış ve sık sık düşme tarifleyen bir yaşlımız, reiki uygulamasından önce haftada her gün, günde 4–5 kez düştüğünü, 7. hafta sonunda duygularını **“düşmelerim hafta da**

1-2 kez oldu, artık kendimi mutlu hissediyorum ve ağlamalarım azaldı, hayatı seviyorum” şeklinde ifade etmiştir. Bu durum bizi düşmeleri olan yaşlılarda reikinin düşmeleri de azaltarak yaşam kalitesini artırabilecek bir uygulama olabileceğini ve yeni çalışmalarla desteklenmesi gerektiği sonucuna ulaştırmıştır.

7.3. Reikin Depresyon Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkisi olan, yaşlılarda morbidite ve mortaliteyi anlamlı olarak artıran ve özellikle 60’lı yaşlarda görülme sıklığında artış olan önemli bir sağlık sorunu da depresyondur (Çıfçılı, Yazgan ve Ünalın 2006, Akça ve ark. 2008, Altay ve ark. 2009). Yaşlılıkta depresyon ve depresif belirtilerin araştırıldığı çalışmalarda 65 yaş üzerinde %13 ve %62,5 gibi değişen oranlarda depresyon saptanmıştır (Cole and Dendukuri 2003, Şahin ve ark. 2003, Sütölük ve ark. 2004, Crawford, Leaver and Mahoney 2006, Çıfçılı ve ark. 2006, Akça ve ark. 2008, Altay ve ark. 2009). Yapılan çalışmalarda; reikin anksiyete ve depresyonu azalttığı, relaksasyonu ve konforu artırdığı bildirilmiştir (Vitale 2007, Lee et al 2008). Reiki, WHO’nün sağlık tanımında olduğu gibi bireyi beden, ruh ve zihinsel olarak bütünüyle ele alır (Joyce and Herbison 2007).

Çalışmamızda reiki uygulanan deney grubunun, yalancı reiki ve kontrol grubuna göre depresyon puanlarında azalma görülmüştür (Tablo 9). Reiki uygulaması esnasında yaşlılarımızın çoğu **“gevşediklerini, kendilerini mutlu, güvende hissettiklerini ve baş edebilme duygularının arttığını”** ifade etmişlerdir. Diyaliz tedavisi alan ve depresif duygu belirtileri gösteren bir yaşlımız diyaliz seanslarına giderken kendisini daha mutlu hissettiğini belirtmiştir. Hatta major depresyon tanısı alan, odasında yatağından dahi çıkmayan, odasındaki tuvalete bile gitmeyip, yatağına tuvaletini yapan bir yaşlımızın reiki uygulamasının sonucunda depresif duygu durumu azalmıştır. Odasından dışarı çıkabilmiş, yemek yemek için yemekhaneye gidebilmiş ve sosyal olarak diğer yaşlılarla etkileşime girdiği gözlenmiştir. Bu sonuç huzurevi çalışanları, yaşlı bireyin ailesi ve bizim için çok sevindirici olmuştur.

Bu çalışma bulgularımız Richeson'un (2010) çalışmasıyla benzerlik göstermiştir. Richeson'da reiki uygulanan yaşlı bireylerin depresyon puanlarında azalmaya paralel olarak, yaşlıların reiki esnasında gevşediklerini ve kendilerini daha relax olarak ifade ettiklerini bildirmiştir.

Dressen ve Singg (1998), kronik hastalığı olan 120 kişide ağrı ve psikolojik semptomları değerlendirdikleri çalışmada reiki uygulanan grupta yalancı reiki, progresif kas relaksasyonu ve kontrol gruplarına göre depresyon düzeylerinde azalma bulmuşlardır. Shore (2004) da depresyon ve stres durumunda reikin etkisini değerlendirdiği çalışmada; reiki, mesafeli reiki ve yalancı reiki uyguladığı gruplarda, reiki alan grubun depresyon düzeyinde, kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak önemli derecede azalma saptamıştır. Bu sonuçlar da çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bowden ve ark. (2011) depresyon ve anksiyetesi yüksek ve düşük olan öğrencilerden oluşan iki gruba reiki uygulamış, depresyon ve anksiyetesi yüksek ve düşük olan iki grubu da kontrol grubu olarak değerlendirdiği çalışmada reiki alan grubun depresyon düzeylerinde, kontrol gruplarına göre azalma bulmuştur.

Shiflett, Nayak, Bid, Miles and Agnostinelli (2002) subakut iskemik inme 50 hastada yaptıkları çalışmada, reiki master, reiki uygulayıcısı, yalancı reiki ve kontrol grupları arasında fonksiyonel iyileşme ve depresyon açısından anlamlı bir fark bulamamışlardır. Bu durum örneklem grubumuzun büyüklüğü ve çalıştığımız grubun özelliklerinden kaynaklanabilir.

Depresyon, yaşlı bireyin fiziksel, sosyal, emosyonel ve mental iyilik halini dolayısıyla tüm yaşamını etkiler. Huzurevinde yaşıyor olma da depresyonu tetikleyen başka bir faktör olduğu düşünülürse, yaşlı bireyin yaşam doyumunu artıracak, daha mutlu hissetmesine imkan verecek, stres durumlarıyla baş edebilmesine yardımcı olacak ve huzurevine adaptasyonunu sağlayacak yeni teknik ve yaklaşımlar araştırılmalıdır. Çalışmamızda yaşlı bireyler, reiki tedavisi sonrasında kendilerini daha mutlu hissettiklerini, hayata bağlandıklarını, daha umutla baktıklarını, huzur ve güven içinde olduklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç olarak, reiki uygulanan grubun ağrı ve depresyon puanlarındaki azalma, yine bu grubun yaşam kalitesi alt boyutlarından ağrı, emosyonel ve mental

boyut puanlarındaki artışı destekleyen bir bulgudur. Reiki alan grup daha az ağrı ve depresif duygu deneyimlerken, yaşam kalitelerinde düzelme de beklenen bir sonuç olmuştur.

Reiki hem invaziv ve kolay uygulanabilen hem de bireyi fiziksel, ruhsal ve emosyonel olarak ele alıp, iyi hissetmesini sağlayan bir uygulama olduğu için huzurevinde kalan yaşlılarda rahatlıkla uygulanabilir.

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde reikinın ağrı, depresyon ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada bulunan temel sonuçlar reikinın;

- Ağrıyı azalttığı,
- Depresyonu azalttığı,
- Yaşam kalitesini artırmada etkili bir hemşirelik girişimi olduğu saptanmıştır.

Çalışma bulgularımız reiki alan yaşlı bireylerin ağrı, yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının yalancı reiki ve kontrol grubuna göre düzeldiğini göstermiştir.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı, depresyon ve yaşam kalitesinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi,
- Huzurevinde kalan yaşlılarda ağrıyı ve depresyonu azaltmak, yaşam kalitesini artırmak için reiki uygulamasının hemşirelik girişimi olarak kullanılması,
- Reiki eğitiminin hemşirelik eğitimi müfredatına dahil edilmesi,
- Ağrıyı ve depresyonu azaltmada, yaşam kalitesini artırmada reiki uygulamasının etkinliğini göstermek için daha büyük örnekleme sahip, farklı hasta gruplarında araştırmaların planlanması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Akça F, Şahin G. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile ortamında yaşayan yaşlıların psikolojik belirtilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 11 (4): 190-199.
2. Altay B, Avcı İ. (2009). Samsun huzurevinde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişki. *Türk Geriatri Dergisi*, 12 (3): 147-155
3. Altıparmak S. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(3):159-164.
4. Altun R, Özden A. (2004). Tamamlayıcı ve alternatif tıp. *Güncel Gastroenteroloji*, 8(3): 231-235.
5. Anderson L, Ameling A. (2001). Reiki a complementary therapy for nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing&Mental Health Services*, 39(4): 42-47.
6. Araz A, Harlak H, Meşe G. (2007). Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *Kor Hek*, 6 (2): 112-122.
7. Assefi N, Bogart A, Goldberg J, Buchwald D.(2008). Reiki for the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med*, 14 (9):1115-22.
8. Astin J, Pelletier K, Marie A, Haskell W.(2000). Complementary and alternative medicine use among elderly persons: one-year analysis of a blue shield medicare supplement. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 55(1): M4-M9.
9. Ateş E, Ateş R.(2002). Geleceğimiz Ellerimizin Arasında Reiki ile Türkiye’de Büyük Dönüşüm. Dharma Yayınları, İstanbul 71-141.
10. Aydın O N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2): 37-48.
11. Bahar G, Bahar A, Savaş H A. (2009). Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (12): 85-98.

12. Barnes P, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. (2004). Complementary and alternative medicine use among adults: United States. *Adv Data*, 343(27): 1-20.
13. Beğen T, Yavuzer H.(2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25:1-3.
14. Birocco N, Guilleme C, Storto S, Ritorto G, Catino C, Gir N, Balestra L, Tealdi G, Orecchia C, Vito G, Giaretto L, Donadio M, Bertetto O, Schena M, Ciuffreda L. (2012). *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29(4): 290-294.
15. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. (2000). Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 3(4): 141-145.
16. Bodeker G, Kronenberg F. (2002). A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *American Journal of Public Health*, 92 (10): 1582-1591.
17. Boer A, Spruijt R, Sprangers M, Haes J. (1998). Disease-specific quality of life: Is it one construct? *Quality of Life Research*, 7:135-142.
18. Borman P. (2007). Temel Geriatri. İçinde: Yaşlılıkta yaşam kalitesi. Eds: Kutsal YG, Aslan D. Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 1197-1201.
19. Bourque, Sullivan and Winter (2012). Reiki as a pain management adjunct in screening colonoscopy. *Gastroenterol Nurs*. 35(5):308-312.
20. Bowden D, Goddard L, Gruzelier J (2011). A randomised controlled single-blind trial of the efficacy of reiki at benefitting mood and well-being. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.2011: 1-8.
21. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. (2001). Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations of experience?. *BMJ*, 322:1240-1243.
22. Catlin A, Taylor Ford L.(2011). Investigation of Standard Care Versus Sham Reiki Placebo Versus Actual Reiki Therapy to Enhance Comfort and Well-Being in a Chemotherapy Infusion Center. *Oncology Nursing Forum*, 38(3): E212-E220.

23. Cheung C, Wyman J, Halcon L. (2007). Use of complementary and alternative therapies in community-dwelling older adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(9): 997-1006.
24. Chung MC, Killingworth A, Nolan P. (1997). A critical of the concept of quality of life. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10(2):80-84.
25. Cole M, Dendukuri N.(2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 160:1147–1156.
26. Crawford S, Leaver W, Mahoney S. (2006). Using reiki to decrease memory and behavior problems in mild cognitive impairment and mild alzheimer's disease. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(9): 911-913.
27. Çınar İ Ö, Kartal A. (2008). Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Prev Med Bull*. 7(5):399-404.
28. Çifçili S, Yazgan Ç, Ünalın P. (2006). Bir huzurevinde depresyon taraması sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (3): 122-125.
29. Çöçelli L, Bacaksız B, Ovayolu N.(2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *GaziantepTıp Dergisi*, 14:53-58.
30. Dedeli Ö, Karadakovan A. (2011). Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula DD*, 1(1):23-32.
31. Dedhiya S, Kong SX. (1995). Quality of life: An overview of the concept and measures. *Pharmacy World & Science*, 17(5):141-148.
32. Dellarozza M S G, Pimenta C A M, Matsuo T.(2007). Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23(5):1151-1160.
33. Dressen LJ, Singg S. (1998). Effects of reiki on pain and selected affective and personality variables of chronically ill patients. *Subtle Energies Energy Med J*, 9: 51-82.
34. Durmaz B.(2012). Yaşlılarda kronik ağrı nedenleri ve değerlendirme yöntemleri. 15: 27-29.

35. Carpenito L.(1999).Hemşirelik tanıları el kitabı. Çeviren: Erdemir F, 7. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 171-173.
36. Erdoğan S, Candansayar S. (2007). Temel Geriatri. İçinde: Depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları. Eds: Kutsal YG, Aslan D. Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 1203-1215.
37. Erdoğan Z, Çınar S. (2011). Reiki: eski bir iyileştirme sanatı-modern hemşirelik uygulaması. *Kafkas J Med Sci*, 1(2):86–91.
38. Ertan T, Eker E, Şar V. (1997). Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*,34(1):62-71.
39. Eyigör S, Karapolat H, Durmaz B.(2006). Bir üniversite kliniğine başvuran yaşlı kadınların yaşam kalitesi ve depresyon bulguları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (3): 130-135.
40. Fazzino D, Griffin M, McNulty R, Fitzpatrick J.(2010). Energy healing and pain. *Holist Nurs Pract*, 24(2): 79-88.
41. Fayers P. (2003). Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales (second edition). *Quality of Life Research*, 12:1147-1148.
42. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4):336-342.
43. Foster DF, Philips RS, Hamel MB, Eisenberg DM. (2000). Alternative medicine use amongst older americans. *J Am Geriatr Assoc*, 48(12): 1560-1565.
44. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ*, 305:1074-1077.
45. Gallop R. (2003). Reiki: a supportive therapy in nursing practice and self-care for nurses. *Journal of the New York State Nurses Association*, Spring-Summer, 9-13.
46. Gerber R. (2008). Gizli enerji terapileri. Titreşimsel tıbbın 1 numaralı el kitabı. Dharma Yayınları. İstanbul, 341-401.
47. Göktaş K, Özkan İ. (2006). Yaşlılarda depresyon. *Psychiatry in Türkiye*, 8(1): 30-37.

48. Grzywacz J, Suerken C, Quandt S, Bell R, Lang Wei, Arcury T.(2006). Older adults' use of complementary and alternative medicine for mental health: findings from the 2002 national health interview survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(5): 467-473.
49. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118:622-629.
50. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A.(2000). Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Geriatry*, 3 (4): 133-140.
51. Günaydın R.(2010). Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 13(4): 278-284.
52. Gündüzoğlu Ç N, Karadakovan A.(2011). Yaşlılarda ağrı yönetimi. *Geriatry ve Geriatrik Nöropsikiyatri*, 2(2-3):41-48.
53. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. (2002). Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4):273-281.
54. Günvar T.(2009). Birinci basamakta kronik ağrı yönetiminin temel ilkeleri. *TJFMPC*, 3(3):14-17.
55. Gürsoy A E.(2012). Yaşlılarda nöropatik ağrı. *Geriatry ve Geriatrik Nöropsikiyatri*, 3(1):12-18.
56. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A.(2009). Erzincan huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12 (1): 25-30.
57. İrdesel J. (2012). Yaşlıda nöropatik ağrı sorunu ve tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15: 31-33.
58. Joyce J, Herbison P.(2007). Reiki treatment for psychological symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 4.1-6.
59. Karahan Y. (2005). Usui reiki ışığı. Kozmik Kitaplar. 1.Baskı İstanbul.
60. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. (2008). Türkiye’de kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: literatür taraması. *UHOD*, 18(1): 32-37.

61. Kaya B. (1999). Yaşlılık ve depresyon-1 tanı ve değerlendirme. *Geriatrici*, 2(2): 76-82.
62. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. (2005). Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. *Düşünen Adam*, 18(4):187-195
63. Kılınç S, Torun F.(2011). Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1): 39-47.
64. Kutsal YG.(2006). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics*. 37-44.
65. Kutsal YG.(2007). Temel Geriatri. İçinde: Ağrı. Eds: Kutsal YG, Aslan D. Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 279-288.
66. Lee M, Pittler M, Ernst E. (2008). Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. *Int J Clin Pract*, 62(6): 947-954.
67. Mackay N, Hansen S, McFarlane O. (2004). Autonomic nervous system changes during reiki treatment: a preliminary study. *J Altern Complement Med.*; 10(6):1077-1081.
68. Mandzuk L, McMillan D. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Oryhopaedic Nursing*, 9:12-18.
69. Marx SH, Knol FP, Burden B, Hicks C.(2008). A Systematic review of the use of reiki in health care. *Alternative & Complementary Therapies*, February: 37-42.
70. Meeks TW, Wetherell JL, Irwin MR, Redwine LS, Jeste DV. (2007). Complementary and alternative treatments for late-life depression, anxiety, and sleep disturbance: a review of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 68(10):1461-1471.
71. Miles P.(2003). Reiki- review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Alternative Therapies*, 9(2): 62-71.
72. Moons P, Budts W, Geest S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43:891-901.

73. Moons P, Budts W, Geest S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43:891-901.
74. Musal N. (2008). Birinci Derece için uygulamalı reiki el kitabı. Akis Yayıncılık. İstanbul, 10-240.
75. Natale GW.(2010). Reconnecting to nursing through reiki. *Creative Nursing*,16(4): 171-176.
76. Ness J, Cirillo D, Weir D, Nisly N, Wallace R. (2005). Use of complementary medicine in older americans: results from the health and retirement study. *Gerontologist*, 45(4): 516-524.
77. Olson K, Hanson J, Michaud M. (2003). A phase II trial of reiki for the management of pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(5): 990-997.
78. Öztürk GB, Karan MA. (2009). Yaşlıda ağrıya yaklaşım. *Akad Geriatri*, 1: 31-44.
79. Pınar R. (1995). Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. B Yürügen).
80. Pocotte S, Salvador D. (2008). Reiki as a rehabilitative nursing intervention for pain management: a case study. *Rehabilitation Nursing*, 33(6): 231-232.
81. Richeson N, Spross J, Lutz K, Peng C. (2010). Effects of reiki on anxiety, depression, pain and physiological factors in community-dwelling older adults. *Res Gerontol Nurs*, 3(3):187-199.
82. Rodríguez LD, Morales MA, Peñas CF, Lafuente FG, Royo CG,Rojas IT. (2011). Immediate effects of reiki on heart rate variability, cortisol levels, and body temperature in health care professionals with burnout. *Biological Research for Nursing*, 13(4): 376-382.
83. Schnepfer L. (2010). Energy therapies, Oncology Nurse Edition. 24(7): 40-43.
84. Shiflett S, Nayak S, Bid C, Miles P, Agnostinelli S. (2002). Effect of reiki treatments on functional recovery in patients in poststroke rehabilitation: a pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, (8)6: 755-763.

85. Shore AG. (2004). Long-term effects of energetic healing on symptoms of psychological depression and self-perceived stres. *Altern Ther Health Med*, 10: 42-48.
86. Sütoluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. (2004). Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (3): 148-151.
87. Şahin H. (1997). Eski bir kavram, yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim*, 12(77):40-46.
88. Şahin M, Yalçın M. (2003). Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırması. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(1): 10-13.
89. Şahin D, Aydın A, Şimşek N, Cabar H.D. (2012). Yaşlılık, depresyon ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1): 38-41.
90. Sütoluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. (2004). Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (3): 148-151.
91. Tamam L, Öner S. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi*, 1: 50-60.
92. Tanrıverdi G, Okanlı A, Çetin H, Özyazıcıoğlu N, Sezgin H, Karaman H, Korkut M. (2009). Yaşlı popülasyonunda ağrı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12 (4): 190-197.
93. Tsang K, Carison L, Olson K. (2007). Pilot crossover trial of reiki versus rest for treating cancer-related fatigue. *Integrat Cancer Ther*, 6(1): 25-35.
94. Van den Bos GAM, Triemstra AHM. (1999). Quality of life as an instrument for need assessment and outcome assessment of health care in chronic patients. *Quality in Health Care*, 8:247-252.
95. Vandervaart S, Violette M, Wildt S, Koren G. (2009). A systematic review of the therapeutic effects of reiki. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(11): 1157-1169.
96. Velioğlu P.(1999). Hemşirelikte kavram ve kuramlar. Ed: Velioğlu, P Alaş Ofset. İstanbul. 450-481.

97. Vitale A, O'Connor P. (2006). The effect of reiki on pain and anxiety in women with abdominal hysterectomies. *Holist Nurs Pract*, 20(6):263-272.
98. Vitale A. (2007). An integrative review of reiki touch therapy research. *Holist Nurs Pract*, 21(4): 167-179.
99. VanderVaart S, Berger H, Tam C, Goh YI, Gijsen V, Wildt S, Taddio A, Koren G. (2011). The effect of distant reiki on pain in women after elective Caesarean section: a double-blinded randomised controlled trial. *BMJ Open*, 1:1-11.
100. Wardell DW, Engebretson J. (2001). Biological correlates of reiki touch(sm) healing. *J Adv Nurs.*, 33(4):439-45
101. Ware JE, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36 item short form health survey (SF 36). *Med Care*, 30(6):473-483.
102. Whelan K, Wishnia G. (2003). Reiki therapy: the benefits to a nurse/reiki practitioner. *Holist Nurs Pract*, 17(4): 209-217.
103. Willison K, Andrews G.(2004). Complementary medicine and older people: past research and future directions. *Complementary Therapies in Nursing&Midwifery*, 10: 80-91
104. Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşçu K. (2006). Huzurevinde kalan demansı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (3): 143-149.
105. Yıldız A, Erol S, Ergün A. (2009). Bir huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12 (3): 156-164.
106. Zanolchi M, Maero B, Nicola E, Martinelli E, Luppino A, Gonella Gariglio F, Fissore L, Bardelli B, Obialero R, Molaschi M. (2008). Chronic pain in a sample of nursing home residents:Prevalence, characteristics, influence on quality of life(QoL). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47: 121–128.

9. EKLER

EK 1. Genel Bilgi Formu

Değerli katılımcı, bu çalışma huzurevinde kalan yaşlılarda reikinın ağrı, depresyon ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılan tüm bireylerin verdikleri kişisel bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Çalışmaya katılan bireyler çalışmaya tamamen gönül rızası ile alınacaklar ve istedikleri takdirde çalışmadan çekilebileceklerdir.

Marmara Üniversitesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Öğrencisi Zeynep Erdoğan

Adı Soyadı:

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti: 1.Kadın () 2.Erkek ()

3. Eğitim durumu: 1.Okur yazar değil () 2. Okur yazar ()3. İlköğrenim ()

4.Ortaöğrenim () 5. Yükseköğrenim ()

5. Kaç yıldır bu huzurevinde kalıyorsunuz?....

6. Gelir Durumu 1.Kötü () 2.Orta () 3. İyi ()

7.Kronik bir hastalığınız var mı? 1. Evet () 2. Hayır ()

1. DM () 2. Hipertansiyon () 3. Kalp yetmezliği () 4. KOAH ()

5. Astım () 6. Osteoartrit () 7. Böbrek hastalığı () 8. Parkinson ()

8. Ağrınızın tipini tarif edermisiniz? 1. Şiddetli keskin () 2. Ani keskin () 3.

Zonklayıcı () 4. Sızlayıcı () 5. Künt ()

9. Ağrının Yeri 1. Diz () 2. Bel () 3. Sırt () 4. Kol ()

5. Kalça ()

Ek 2.

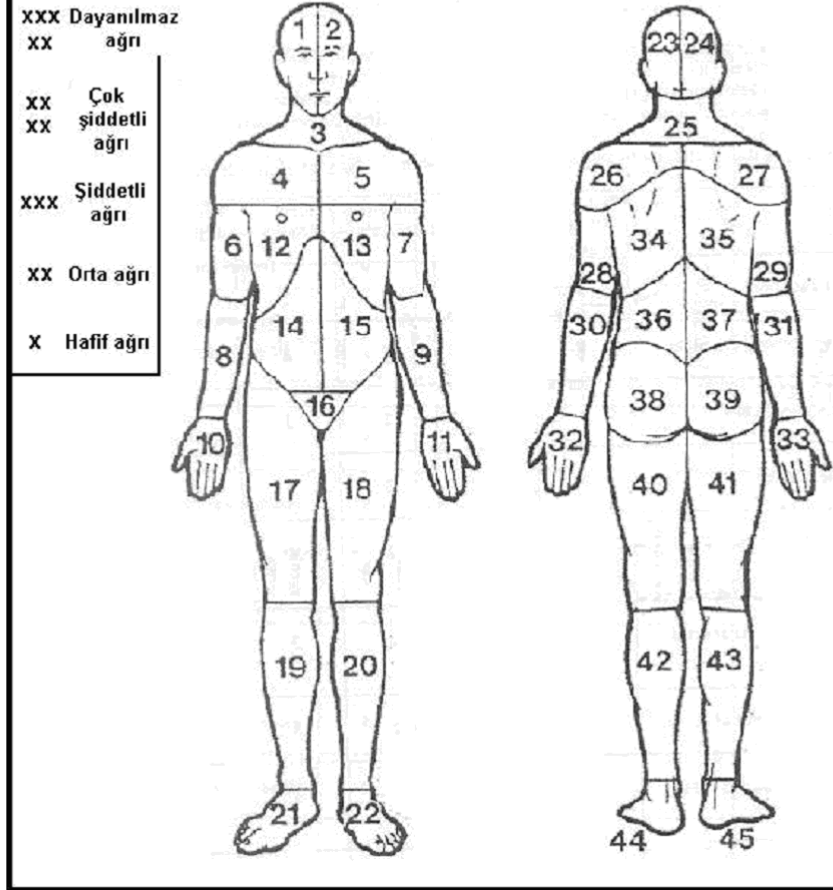
VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _____

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.



AĞRI ALANI ÇİZİMLERİ



EK 3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıda son 4 hafta içinde sağlığını hakkında görüşlerinizi belirlemek için sorular bulunmaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak altında bulunan cevap seçeneklerinden sizin için en uygun cevabı işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığını

1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Orta 5. Kötü

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığını genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

1. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığını aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok engelliyor	Hayır biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi Orta / hafif aktivitelerde	1	2	3
c. Paket veya çanta taşırken	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
i. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

3. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
a. İşinizde ve diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?	1	2
d. İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşlerinizi ve diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

6. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

7. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evdeki ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

8. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alarak cevaplandırınız.

GEÇEN AY BOYUNCA	NE KADAR SÜRE					
	<u>Her zaman</u>	<u>Çoğunlukla</u>	<u>Biraz fazla</u>	<u>Bazen</u>	<u>Çok az</u>	<u>Hiç</u>
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j. Sağlığınız akraba ve ya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

9. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	<u>Kesinlikle doğru</u>	<u>Çoğunlukla doğru</u>	<u>Emin değilim</u>	<u>Çoğunlukla yanlış</u>	<u>Kesinlikle yanlış</u>
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK 4. GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Geçen hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki sorularda uygun olan yanıtı (X) işaretleyiniz.

1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz ?	Evet	Hayır
2. Aktivite ve zevklerinizin çoğunu bıraktınız mı?/vazgeçtiniz mi?		
3. Yaşamınızın bomboş olduğunu mu hissediyorsunuz ?		
4. Sık sık can sıkıntınız oluyor mu?		
5. Geleceğinizden umutlu musunuz?		
6. Çoğunlukla iyi ruh hali içinde misiniz?		
7. Kafanızdan atamadığınız düşünceler canınızı sıkıyor mu?		
8. Başınıza kötü birşey geleceğinden korkuyor musunuz?		
9. Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?		
10. Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?		
11. Sık sık kendinizi dinlenmemiş/yorgun hissediyor musunuz?		
12. Dışarıya çıkıp yeni birşeyler yapmaktansa, evde kalmayı mı tercih edersiniz?		
13. Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz		
14. Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz?		
15. Şu anda yaşamın harika bir duygu olduğunu hissediyor musunuz?		
16. Kendinizi sık sık kederli ve üzgün hissediyor musunuz?		
17. Şu anda kendinizi değersiz mi hissediyor musunuz?		
18. Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?		
19. Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?		
20. Yeni şeylere başlamak size çok mu zor geliyor?		
21. Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?		
22. Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?		
23. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?		
24. Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?		
25. Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?		
26. Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?		

27. Sabahları güne başlamak/yataktan kalkmak hoşunuza gidiyor mu?		
28. Sosyal ortamlara girmekten kaçınır mısınız?		
29. Kolayca karar verebiliyor musunuz?		
30. Zihniniz eskiden olduğu gibi açık/net mi?		

EK.5 FOLSTEİN MİNİ MENTAL TEST

Ad/Soyad: Yaş:
Eğitim(yıl): Aktif el:
Tarih: T.puan:

Oryantasyon (Toplam puan 10)

Hangiyıl içindeyiz....

Hangi mevsimdeyiz

Hangi aydayız.....

Bugün ayın kaçı....

Hangi gündeiz

Hangi ülkede yaşıyoruz....

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız...

Şu an bulunduğunuz semt neresidir...

Şu an bulunduğunuz bina neresidirŞu an bu binada kaçınıcı kattasınız...

(Her bir madde için 1 puan verilir)

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (masa, bayrak, elbise). (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir)

Dikkat ve Hesap yapma (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin.

Dur deyinceye kadar devam edin.

(Her doğru işlem için 1 puan verilir) (100,93,86,79,72,65).....

Hatırlatma (Toplam puan 3) Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin (masa, bayrak, elbise).(Her doğru isim için 1 puan verilir)...

Lisan (Toplam 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn süre tanınır ve her doğru isim için 1 puan verilir) (Toplam puan)...

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. “eğer ve fakat istemiyorum”(10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir)

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.

“Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen”(30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3..

d) Şimdi size bir şey vereceğim*. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın (Doğru işlem için 1 puan verilir...

e) Şimdi size vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir....

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin*.(1 dk. Süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir)...

*Lütfen arka sayfadaki cümle ve şekli gösteriniz.

EK 6. Reiki 2. Seviye Sertifikası



Reiki

Usui Shiki Ryoho

LET IT BE KNOWN AND CERTIFIED THAT

ZEYNEP ERDOĞAN

HAS RECEIVED THE ATTUNEMENTS
FOR THE REIKI SECOND DEGREE
IN THE USUI SYSTEM OF NATURAL HEALING

SIGNED THIS 23rd DAY OF 13, 2011

Berna Özcan Demir

Reiki Master
Reiki Turkey International

Reiki lineage:

Mrs. Takata, Paul Mitchell, Lorie Ellen Grant, Katherine Galbraith,
Cathy Chow, Cyd Mekanui-Souza, Donna McMillan, Yuichi Kitamura, Berna
Özcan Demir

EK 7. Marmara Üniversitesi Etik Kurul İzni



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar
Ön Değerlendirme Komisyonu

PROJENİN ADI: Huzur Evinde Kalan Yaşlılarda Reikinin Ağrı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Doç. Dr. Sezgi ÇINAR
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Zeynep ERDOĞAN
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 01.06.2011 – 9

Sayın Doç. Dr. Sezgi ÇINAR

174 protokol nolu “Huzur Evinde Kalan Yaşlılarda Reikinin Ağrı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi” isimli projeniz Enstitümüzün ön değerlendirme komisyonunda incelenmiş ve araştırmanın Komisyonumuzun ön değerlendirme kriterlerine uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG
Komisyon Başkanı

Doç. Dr. Ebru IŞIK ALTURFAN
Komisyon Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Bahar GÜRSOY

Prof. Dr. Gül AYANOĞLU DÜLGER

Prof. Dr. Can İKİZLER

Prof. Dr. Refika ERSU

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

Doç. Dr. Asım CİNGİ

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Yrd. Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR

Öğr. Gör. Dr. Tolga GÜVEN

Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampusu
34688 Üsküdar İSTANBUL

0 (216) 414 44 23
0 (216) 414 44 23/12 (Faks)

saglikogrenci@marmara.edu.tr
http://saglik.marmara.edu.tr

EK 8. Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu

Bu çalışma huzurevinde kalan yaşlılarda reikinin ağrı, yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma sırasında olgunun kendisinden bir ücret talep edilmeyecek ve bağlı olduğu sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecektir.

Çalışma nedeniyle çalışmaya katılan hastalardan cevaplanmasını istediğimiz sorgulama formları yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Bu sorgulama formları hastaların sosyo-demografik ve hastalıklarına ilişkin verilerini içeren Hasta Bilgi Formu (Ek-1), VAS (Ek-2), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3), Geriatrik Depresyon Ölçeği (Ek-4) ve Folstein Mini Mental Test Ölçeği'nden oluşmaktadır. Haftada bir gün ortalama 45 dk. reiki uygulaması yapılacak ve bu uygulama 8 hafta sürecektir. Bu uygulamanın hiçbir yan etkisi yoktur.

Bu araştırma amacıyla elde edilen bilgilerin gizliliği tarafımızdan korunacaktır. Herhangi bir şekilde, herhangi bir kurum veya kişiye başka bir amaçla verilmeyecektir. Yazılı onay vermiş olsanız da istediğiniz an araştırmadan çekilebilirsiniz, çekildiğiniz takdirde tedavinize devam edilecektir ve araştırmacı da istediği anda araştırmaya katılan gönüllüyü çalışmadan çıkarabilir.

Bir soru ya da sorun olduğunda temas kurulacak kişi Zeynep Erdoğan'dır.

İş Tel: 0 216 3302070 / 1150

Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı Soyadı:

İmzası:

Telefon No:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı: Soyadı: Zeynep Erdoğan

İmzası:

Telefon No: 0 216 3302070 / 1150

Tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı: Soyadı:

İmzası:

EK 9. Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi

İnsan Denekleri Üzerindeki Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler

Dünya Tıp Birliği'nin 18. genel kurulunda (Helsinki, Finlandiya, Haziran 1964) benimsenmiş, 29. (Tokyo, Japonya, Ekim 1975), 35. (Venedik, İtalya, Ekim 1983), 41. (Hong Kong, Eylül 1989), 48. (Somerset West, Güney Afrika Cumhuriyeti, Ekim 1996), 52. (Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000) genel kurullarında geliştirilmiş, Washington 2002 genel kurulunda 29. Maddeye ve Tokyo 2004 genel kurulunda 30. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir.

1. Dünya Tıp Birliği, insan deneklerinin yer aldığı tıbbi araştırmalarda görev alan hekim ve diğer kişilere rehberlik edecek etik ilkeler olarak Helsinki Bildirgesi'ni geliştirmiştir. İnsan deneklerini içeren araştırmalara insandan elde edilen kime ait olduğunu belli olan materyal ya da veriler de dahildir.

2. Hekimin ödevi insan sağlığını korumak ve geliştirmektir. Hekimin bilgi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır.

3. Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi “Hastamın sağlığı benim ilk önceliğimdir” cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu “Hastanın fiziksel ve mental koşullarını zayıflatabilecek etkilere sahip tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın menfaatine göre davranması gerektiğini” duyurur.

4. Tıbbi ilerlemeler, en nihayetinde kısmen insanlar üzerindeki deneylere dayanan araştırmaları temel almaktadır.

5. İnsanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarda insan deneklerinin sağlığı, bilim ve toplumun menfaatinden önce gelmelidir.

6. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmaların birinci amacı profilaktik, diagnostik ve terapötik işlemleri geliştirmenin yanında hastalıkların etiyoloji ve patogenezi anlamaktır. Kanıtlanmış en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler bile etkinlik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından araştırmalara sürekli olarak tabi tutulmalıdır.

7. Güncel tıp uygulamaları ve tıbbi araştırmalardaki profilaktik, diagnostik ve terapötik işlemlerin pek çoğu külfet ve riskler içermektedir.

8. Bir tıbbi araştırma, insana saygıyı teşvik eden, onun haklarını ve sağığını koruyan etik standartlara tabidir. Bazı araştırma grupları istismara açıktır ve özel korunmaya ihtiyaçları vardır. Ekonomik ya da tıbbi yönde dezavantajlı olanların özel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Keza, kendi başlarına onam ya da ret veremeyenlere; baskı altında onam verme durumundakilere; araştırmadan kişisel olarak yarar görmeyecekler; aynı anda tedavi ve araştırmaya tabi tutulacak olanlara özel dikkat gerekir.

9. Araştırmacılar, kendi ülkelerindeki insanlar üzerindeki araştırmalar için geçerli etik, yasa ve düzenlemelerin yanısıra uygulanabilen uluslararası kurallardan da haberdar olmalıdırlar. İnsan deneklerinin korunması için bu bildirgede ileri sürülenlerin hiçbir ulusal etik, yasa ya da düzenleme tarafından ortadan kaldırılmasına ya da zayıflatılmasına izin verilmemesi gerekir.

TÜM TIBBİ ARAşTIRMALARDA TEMEL İLKELER

10. Tıbbi araştırmalarda insan deneklerinin yaşamını, sağığını, mahremiyetini ve onurunu korumak hekimin ödevidir.

11. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmalar genel bilimsel ilkelere uygun olmalı; bilimsel literatürün ve diğeri ilgili bilgi kaynaklarının tam olarak bilinmesi ile yeterli laboratuvar ve uygun olduğunda hayvan deneylerine dayanmalıdır.

12. Çevreyi etkileyebilecek araştırmaların yürütölmesinde yeterince dikkatli olunmalı ve araştırma için kullanılacak hayvanların sağlığına sayęı gösterilmesidir.

13. İnsan denekleri üzerindeki her deneysel prosedürün tasarımı ve çalışmanın nasıl uygulanacağı deney protokolünde açık bir şekilde formüle edilmesi gerekir. Bu protokol değerlendirme, yorum, rehberlik ve uygun bulunduğunda onay vermek için özel olarak atanmış; araştırmacıdan, sponsordan ya da istenmeyen başka etkilerden uzak bir etik inceleme kuruluna sunulmalıdır. Bu bağımsız kurul araştırma deneylerinin yapıldığı ülkenin yasa ve düzenlemeleri ile uyum halinde olmalıdır. Kurul, sürdürölmekte olan denemeleri izleme hakkına sahiptir. Araştırmacılar, izlemedeki bilgileri, özellikle ciddi olumsuz gelişmeleri bu kurula bildirmekle yükümlüdürler. Araştırmacının aynı zamanda inceleme için mali kaynakları, sponsorları, bağlı olduğu kurum ile diğer sağlanan çıkarların ve denekleri teşvikle ilgili bilgileri de kurula sunması gerekir.

14. Araştırma protokolünde, her zaman, ilgili görönen etik ifadelerin açıklanması ve bu bildirgede dile getirilen ilkelere uyumlu bulunduğunun belirtilmesi gerekir.

15. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmalar yalnızca, bilimsel kalifiye kişiler ile klinik yönünden yeterliliği tam tıbbi bir elemanın gözetiminde yürütölmelidir. İnsan deneklerine karşı sorumluluk her zaman tıbben kalifiye elemanda olmalı ve asla, onam vermiş olsa bile araştırma deneğine bırakılmamalıdır.

16. İnsanlar üzerindeki her tıbbi araştırma projesinin risk ve rahatsızlık ile denek ya da diğerleri için tahmin edilen risk ve yararların dikkatle karşılaştırılması yapılmalıdır. Bu, sağlıklı gönüllülerin tıbbi araştırmalara katılımını engellemez. Tüm çalışma dizaynının herkese açık olması gerekir.

17. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir şekilde baş edilebileceğinden emin olmadıkça insan denekleri üzerindeki araştırma projelerin katılmaktan kaçınmalıdırlar. Hekimler, saptanan risklerin yarardan daha

fazla olduğuunda ya da pozitif ve yararlı sonuçlara ilişkin kesin kanıtların varlığında araştırmayı sona erdirmelidirler.

18. İnsan denekleri üzerindeki araştırma projeleri, yalnızca, hedeflenen yararın denekte yaratacağı risk ve rahatsızlıklardan ağır basacağı zaman gerçekleştirilmelidir. Bu durum, deneklerin sağlıklı gönüllüler olduğuunda özellikle önemlidir.

19. Tıbbi araştırma, yalnızca, araştırmanın uygulandığı grubun araştırma sonuçlarından yarar göreceğine ilişkin makul bir olasılık varsa haklı bir nedene sahiptir.

20. Denekler, araştırma projesine gönüllü ve aydınlatılmış (bilgilendirilmiş) olarak katılmalıdırlar.

21. Araştırmadaki deneğin, maddi-manevi bütünlüğünün korunması hakkına her zaman saygı gösterilmelidir. Deneğin mahremiyetine saygı, hasta bilgilerinin gizliliği, çalışmanın deneğin fiziki ve mental bütünlüğü ile kişiliğine etkisini en aza indirmek için her türlü önlemin alınması gerekir.

22. İnsanlar üzerindeki bir araştırmada, her potansiyel denek amaçları, yöntemleri, fon kaynakları, olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal ilişkileri, beklenen yararlar, çalışmanın riskleri ve vereceği rahatsızlıklar hakkında yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır. Denek, çalışmaya katılmama ya da hiçbir yaptırıma maruz kalmadan, herhangi bir zamanda, katılım onamını geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.

Denek bu bilgileri anladıktan sonra hekimin, tercihan yazılı olarak, deneğin, iradesiyle verilmiş aydınlatılmış onamını (informed consent) alması gerekir. Eğer, onam yazılı alınamaz ise yazılı olmayan onam tanık huzurunda resmi olarak kayda geçirilmelidir.

23. Araştırma projesi için aydınlatılmış onam alınırken, hekim, kendisiyle deneğin bağımlılık yaratan ilişkide olup olmadığı ya da baskı altında onam verip vermediği konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, aydınlatılmış onam araştırmada yer almayan ve tamamen bu konunun dışında olan, konu hakkında iyi bilgilendirilmiş bir hekim tarafından alınmalıdır.

24. Yasal olarak yetersiz (incompetent), fiziksel ya da mental olarak onam vermekten yoksun ya da reşit olmayan küçük araştırma denekleri için araştırmacı, aydınlatılmış onamı yasanın öngördüğü doğrultuda yasal temsilciden almalıdır. Bu gruplar araştırmaya, ancak, araştırma temsil edilen popülasyonun sağlığını korumak için gerekiyorsa ve bu araştırma bunlar yerine yasal olarak yetkili kişiler üzerinde yapılamıyorsa dahil edilebilirler.

25. Yasal olarak yetersiz (incompetent) kabul edilen bir denek, örneğin reşit olmayan bir çocuk araştırmaya katılmaya onaylama (assent) verebilir ise araştırmacı yasal temsilcinin onamına ek olarak ondan da onaylama da almalıdır.

26. Vekil ya da ön onam dahil olmak üzere, aydınlatılmış onam almanın mümkün olmadığı, kişiler üzerindeki araştırma yalnızca aydınlatılmış onam almayı engelleyen fiziksel/mental koşullar araştırma grubunun kaçınılmaz özelliği ise yapılmalıdır. Araştırma deneklerinin aydınlatılmış onam verememelerinin özel nedeni etik kurulun onayı ve değerlendirmesi için deney protokolünde belirtilmelidir. Protokol, araştırmada kalmaya ilişkin onamının en kısa sürede kişiden ya da yasal temsilciden alınacağını belirtmelidir.

27. Hem yazarların hem de yayımcıların etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarının yayımlanmasında araştırmacılar sonuçların doğruluğunu koruma mecburiyetindedirler. Negatif sonuçlar da yayımlanmalı ya da herhangi bir şekilde halka duyurulmalıdır. Fon kaynakları, kurumsal bağlantılar ve olası çıkar çatışmaları yayında bildirilmelidir. Bu bildirgede yer alan ilkelere uymayan deney bildirileri yayına kabul edilmemelidir.

TIBBİ BAKIMLA BİRLEŞİK TIBBİ ARAŞTIRMALARA İLİŞKİN EK İLKELER

28. Hekim, araştırmayı ancak potansiyel profilaktik, diagnostik ve terapötik değerleri yönünden haklı bulunabildiği ölçüde tıbbi araştırmayı tıbbi bakımla birleştirebilir.

Tıbbi araştırma, tıbbi bakımla birleştiği zaman araştırma deneği olan hastayı korumak için ek standartlar uygulanmalıdır.

29. Yeni yöntemin yararları, riskleri, rahatsızlıklar ve etkilerinin kullanılmakta olan en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler karşılaştırarak denenmesi gerekir. Bu, kanıtlanmış profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntemlerin bulunmadığı çalışmalarda plasebo kullanımını ya da tedavisiz bırakmayı dışlamamaktadır. (Bkz. Dipnot)

30. Çalışmanın sonunda çalışmaya katılan her hastaya çalışma ile saptanmış, kanıtlanmış en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemden yararlanabilmesi garanti edilmelidir. (Bkz. Dipnot)

31. Hekim, tıbbi bakımın hangi yönlerinin araştırma ile ilgili olduğu konusunda hastayı tam olarak bilgilendirmelidir. Hastanın, bir çalışmaya katılmayı reddetmesi asla hekim-hasta ilişkisini etkilememelidir.

32. Bir hastanın tedavisinde kanıtlanmış profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler mevcut değil ya da etkin değilse; kendi kanaati hayat kurtarma, sağlığı düzeltme ya da acıyı hafifletme şeklinde ise hastadan aydınlatılmış onam alarak, kanıtlanmamış ya da yeni bir profilaktik, diagnostik ve terapötik tedbirleri kullanma konusunda hekim serbest olmalıdır. Mümkün olduğunda, bu tedbirlerin, güvenlik ve etkinliğini değerlendirmek için tasarlanmış araştırmanın nesnesi yapılması gerekir.

Bütün vakalarda, yeni bilgiler kayıt edilmeli uygun olduğunda yayımlanmalıdır. Bu bildirgenin ilgili diğer rehber-kurallarına uyulmalıdır.

Dipnot:

**DÜNYA TIP BİRLİĞİ HELSİNKİ BİLDİRGESİ 29. MADDESİNİN
AÇIKLAMA NOTU**

Dünya Tıp Birliği bu vesile ile plasebo-kontrollü denemelerin kullanımında ileri düzey bakım yapılması ve genel olarak bu yöntem kanıtlanmış mevcut tedavinin bulunmadığında kullanılmasını tekrar teyit etmektedir. Bununla beraber, kanıtlanmış bir tedavi mevcut olsa bile plasebo-kontrollü deneme aşağıdaki koşullarda etik yönden kabul edilebilir:

- Bir profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntemin, güvenilirliği ve etkinliğini belirlemek için gerekli zorlayıcı ve bilimsel olarak doğru metodolojik nedenlerle kullanımında; ya da

- Bir profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntem önemli sorunlar yaratmayacak bir durumda araştırılacak olmalı ve plasebo alacak olan hastayı ilave ciddi ya da geri dönüşü olmayan bir zarar riskine maruz bırakmamalıdır.

Özellikle, uygun etik ve bilimsel inceleme için Helsinki Bildirgesi'nin bütün diğer koşullarına sadık kalınmalıdır.

SORUMLU ARAŞTIRMACILAR:

İmza:

Doç. Dr. Sezgi Çınar

ARAŞTIRMACILAR :

Araş. Gör. Zeynep Erdoğan

10.ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı	Zeynep	Soyadı	Erdoğan
Doğum Yeri	Zonguldak	Doğum Tarihi	09.02.1978
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	44911184114
E-posta	zeynerdogan@hotmail.com	Telefon	02163302070

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği	2008
Lisans	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	1999
Lise	Kozlu Lisesi	1995

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora	M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği	2013
Yüksek Lisans	M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği	2008
Lisans	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	1999
Lise	Kozlu Lisesi	1995

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	75							

ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MS Windows 2000/XP/Vista	İyi
MS Word	İyi
MS Excel	İyi
MS Powerpoint	İyi
SPSS for Windows	İyi

ÜYE OLDUĞU DERNEKLER,

1. İç Hastalıkları Hemşireliği Derneği, 2006
2. Evde Bakım ve Eğitim Derneği, 2008
3. Enerji Tıbbi ve Uygulamaları Derneği.2011

YAYINLAR

A. PROJELER

1. EASYCARE, Supported by World Health Organisation, **Araştırmacı**, 2009-
2. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Sağlık ve Fonksiyonel Durumları ile Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Araştırma Fonu Projesi, **Araştırmacı**, Kasım 2006-Nisan 2008.

B. YAZILAN ULUSAL KİTAPLAR VEYA KİTAPLARDA BÖLÜMLER

1. Albayrak S, **Erdoğan Z.** Toptaner N E. Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli, İçinde: Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri, Ed: Ayşe Ferda Ocakcı, Şule Ecevit Alpar, İstanbul Tıp Kitabevi. 2013,157-185.

C. ULUSLARARASI BİLİMSEL TOPLANTILARDA SUNULAN VE BİLDİRİ KİTABINDA (PROCEEDİNGS) BASILAN BİLDİRİLER

1. **Erdogan, Z.**, Pinar, R. "Evaluation of quality of life in Behcet's disease", VIII th Congress of European Federation of Internal Medicine, Istanbul, 2009. abstract published in European Journal of Internal Medicine in February 2010
2. **Erdoğan Z**, Sert H, Aygün D, Çalık A, İlhan P. Sakarya Üniversitesi Akademik Personelinin Ağrı Düzeyi ve Ağrıyla Baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. 173-174. II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi. 14-16 Mayıs 2013. Sakarya Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi. Sakarya
3. Rukie Pinar, Ayse Ergun, Saime Erol, Kamer Gur, Zeynep Kurtulus, Havva Sert, **Zeynep Erdogan**, Factor structure of the EASY-Care Instrument: an international Project. The 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics (IAGG 2013). June 23-27, 2013, Seoul, Korea.
4. Rukie Pinar, Ayse Ergun, Saime Erol, Kamer Gur, Zeynep Kurtulus, Havva Sert, **Zeynep Erdogan**, Ian Philp. The EASY-Care Standard: is it suitable for use with Turkish older adults? The 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics (IAGG 2013). June 23-27, 2013, Seoul, Korea.
5. **Erdogan Z**, Cinar S. Effects of Reiki on Blood Pressure and Heart Rate in Elderly People Living in Nursing Home. International Istanbul Initiative on Ageing (4 – 6 October, 2013) in Istanbul, Turkey.
6. **Erdogan Z**, Yavuz D E, Tandogru G, Ozkan A, Akıncı AC. “Use of Complementary and Alternative Medicine in Elderly People Living in Nursing Homes. International Istanbul Initiative on Ageing (4 – 6 October, 2013) in Istanbul, Turkey.

D. ULUSAL HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

1. **Erdoğan Z**, Çınar S, Şimşek S: Hemodiyaliz hastalarında tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumu ve umutsuzluk düzeyi ile ilişkisi . Spatula DD. 2013; 3(3):107-112.
2. Okuroğlu G, Yoğun Ö, **Erdoğan Z**, Yoğun Y: Tip 2 Diyabetli Bireylere Verilen Planlı Diyabet Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi. 2013; 5(1):44-50
3. **Erdoğan Z**, Çınar S: Olgu Sunumu: Düşme Öyküsü Olan Bir Yaşlıda Reiki Uygulamasının Sonuçları. Spatula DD.2012; 2(3): 195-197
4. **Erdoğan Z**, Oğuz S, Erol E: Kalp Hastalarının Tamamlayıcı Tedavileri Kullanma Durumu. Spatula DD. 2012; 2(2): 135-139
5. Atik Özcanlı D, **Erdoğan Z**: Akut Koroner Sendromlarda Risk Faktörleri. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi. 2012; 4(2):59-66
6. Atik Özcanlı D, Çınar Sezgi, **Erdoğan Z**: Akut Koroner Sendromlarda Risk Faktörleri: Kahramanmaraş Örneği. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi. 2012; 4(2):12-18
7. Atik Özcanlı D, **Erdoğan Z**, Albayrak Coşar A: Uyku Sorunları Hipertansiyona Neden Olur mu? Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012; 1(3): 2-8
8. **Erdoğan Z**, Çınar S: Reiki: Eski Bir İyileştirme Sanatı-Modern Hemşirelik Uygulaması. Kafkas J Med Sci 2011; 1(2):86–91.
9. **Erdoğan Z**, Oğuz S.: Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Cinsiyete Göre Semptom Farklılığı. “Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi.2011;3 (1): 9-13
10. **Erdoğan Z**, Zeydan Ö., Sert H.: İklim Değişikliği ve Sağlık Üzerine Etkileri. İ.Ü.F.N Hem. Derg. 2008; 16(61);71-76

E. ULUSAL BİLİMSEL TOPLANTILARDA SUNULAN VE BİLDİRİ KİTABINDA BASILAN BİLDİRİLER

1. **Erdoğan Z**, Emre Yavuz D., Sayın DS, Özçelik SK. Ağrı Deneyimi Yaşayan Hemşirelik Öğrencilerinin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanma Durumu, 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2-6 Ekim 2013. p:475.
2. **Erdoğan Z**, Çınar S., Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Reikin Depresyon Üzerine Etkisi., 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2-6 Ekim 2013. p:450
3. **Erdoğan Z**, Böbrek Yetmezliği ve Tamamlayıcı Tedaviler. 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2-6 Ekim 2013. p:424-427.
4. **Erdoğan Z**, Kanseri Hasta Yakınlarında Yaşam Kalitesi. 4. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. 4-6 Nisan 2013, İzmir. p: 127-135
5. **Erdoğan Z**, Çınar S, Şimşek S: Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk Düzeyi Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumunu Etkiler mi? Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Bildiri Özetleri. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 21(3):163. Eylül 2012, Antalya
6. Sert H, **Erdoğan Z**, Yıldız H, Aygün D, Akıncı AÇ. Öğrencilerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerine Karşı Tutumunun Değerlendirilmesi. 14. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 3-7 Ekim 2012, Antalya
7. Yediren İ., Yılmaz İ., Şahin A., Balcı G., Erdoğan İ.S., **Erdoğan Z**, Oğuz S., Sert H: Banka Çalışanlarının Kardiyovasküler Risk Faktörlerini Bilme Durumu. 10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Öğrenci Hemşireliği Kongresi., Gaziantep, 28-30 Nisan 2011
8. **Erdoğan Z**, Oğuz S., Çınar S., Karabaş D.: Miyokard İnfarktüsü Hastalarda Semptom Yönetimi. 26. Ulusal Kardiyoloji Kongresi, İstanbul, 21-24 Ekim 2010

9. **Erdoğan, Z.**, Pınar, R. ve Hamuryudan, V. "Behçet Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Güvenirlik ve Geçerliği", 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, 2010.
10. Karahan G., Yoğun Ö., **Erdoğan Z.**: Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalara Verilen Planlı Diyabet Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi, 1. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi, İzmir, 21-23 Ekim 2010,
11. **Erdoğan Z.**, Çınar S., Sert H.: Hemodiyaliz Hastalarının Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi, Sözel Bildiri, 12. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 6-10 Ekim 2010
12. Şahin A., Uyanık G., Yalvaç E., **Erdoğan Z.**, Bahçecik N.: Hemşirelik Öğrencilerinin Çevreye Duyarlılıklarının İncelenmesi, 9. Uluslar arası Katılımlı-Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Fethiye, 01-03 Nisan 2010
13. Yediren İ., Yılmaz İ., Tur H., **Erdoğan Z.**, Bahçecik N.: Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ile İlgili Görüşlerinin İncelenmesi. 9. Uluslar arası Katılımlı-Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Fethiye, 01-03 Nisan 2010
14. Kara M., Metin N., Öz N., **Erdoğan Z.**, Bahçecik N.: Üniversite Öğrencilerinin Gözüyle Yaşlılık. 9. Uluslar arası Katılımlı-Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Fethiye, 01-03 Nisan 2010
15. **Zeydan Erdoğan Z.**, Zeydan Ö., Yıldırım Y.: Hasta Bina Sendromu. IX. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi, İzmir, 6-9 Mayıs 2009, Özet Kitabı., 587-595
16. Pınar R., Oğuz S., Kurtuluş Z., Çil A., Yıldız H., Sert H., **Erdoğan Z.**: Huzurevlerinde Kalan Yaşlıların Sağlık ve Fonksiyonel Durumları ile Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. 6. Ulusal Geriatri Kongresi, Antalya, 16-20 Ekim 2007
17. **Erdoğan Z.**, Zeydan Ö., Sert H.: İklim Değişikliği ve Sağlık Üzerine Etkileri. I.Türkiye İklim Değişikliği Kongresi - Tikdek 2007, İstanbul, 11 - 13 Nisan 2007
18. **Erdoğan Z.**, Zeydan Ö.: Tütün Dumanının İç Mekan Hava Kalitesi ve Sağlık Üzerine Etkileri. 3. Sigara veya Sağlık Ulusal Kongresi, Ankara, 24-26 Kasım 2006

19. **Erdoğan Z.**, Yavuz C.: Erkekler Sigara İle Gelen Tehlikenin Farkında mı?
3. Sigara veya Sağlık Ulusal Kongresi, Ankara, 24-26 Kasım 2006
20. Sert H., **Erdoğan Z.**, Pınar R.: Randomize Kontrollü Çalışmaların Consort Listesi'ne Göre Değerlendirilmesi. 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Belek/ Antalya, 13-17 Eylül 2006
21. **Erdoğan Z.**, Sert H., Pınar R.: Kanıta Dayalı Hemşirelik, 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Belek/ Antalya, 13-17 Eylül 2006
22. Yavuz C, Erdem N, Taşkın H, **Erdoğan Z.**: Hemşirelik Dergilerinin Yazım Kuralları Yazarlara Ne kadar Bilgi Verici? 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Belek/ Antalya, 13-17 Eylül 2006

F. SEMPOZYUM, PANEL, KONGRE, KONFERANSLARDA DAVETLİ KONUŞMACI OLMAK

1. Böbrek Yetmezliği ve Tamamlayıcı Tedaviler başlıklı panel. **15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi**, 2-6 Ekim 2013, Antalya.
2. “Kanserli Hasta Yakınlarında Yaşam Kalitesi” başlıklı konuşma. **4. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi**, 4-6 Nisan 2013, İzmir.
3. Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. “**Kalp Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı**” başlıklı konferans. 27-30 Ekim 2011, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
4. “Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilere Bakış Sempozyumu: **Sempozyum Başkanlığı**. 9 Aralık 2011, İstanbul
5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilere Bakış Sempozyumu: “**Reiki: Eski Bir İyileştirme Sanatı-Modern Hemşirelik Uygulaması**” başlıklı konuşma. 9 Aralık 2011, İstanbul
6. Kadıköy Sağlık Eğitim Vakfı Panel: “**Ülkemizde Yaşlı İstismarı**” başlıklı konuşma. 04.11.2011, İstanbul
7. İç Hastalıkları Hemşireliği Sertifika Programı. “**Lösemiler ve Hemşirelik Bakımı**” başlıklı konuşma 12.04.2010-10.05.2010

8. TC. Sağlık Bakanlığı Temel Toplum Sağlığı Eğitici Eğitimi Sertifika Programı. **“Hipertansiyon”, “Kalp Hastalıkları”, “Kanser”** başlıklı eğitimler. 16.02.2009-13.03.2009
9. Milli Eğitim Bakanlığı Haydarpaşa Teknik Okulları’nda **“AIDS ve Korunma”** başlıklı panel. 07.12.2006

G: KATILDIĞI SERTİFİKALI KURSLAR

1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Psikometrik Çözümlemesi: Geçerlik ve Güvenirlik Kursu-05.04.2007-07.04.2007
2. Usui Reiki 1. Aşama. 21.11. 2009 – Reiki Master- Berna Özcan Demir
3. Refleksoloji Kursu. Mart-Nisan 2010
4. Usui Reiki 2. Aşama. 27.03. 2011 - Reiki Master- Berna Özcan Demir
5. Reiki Masterlık- Haziran 2012 Reiki Master Ayşe Kuyumcu