

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERE UYGULANAN
REİKİNİN STRES DÜZEYİNE ETKİSİ

Hazırlayan
Ulviye ÖZCAN YÜCE

Danışman
Prof. Dr. Sultan TAŞCI

Doktora Tezi

KASIM-2019

KAYSERİ

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERE
UYGULANAN REİKİNİN STRES DÜZEYİNE ETKİSİ**

**Hazırlayan
Ulviye ÖZCAN YÜCE**

**Danışman
Prof. Dr. Sultan TAŞCI**

Doktora Tezi

**Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından TDK-2018-8030 kodlu proje ile desteklenmiştir.**

**KASIM-2019
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Ulviye ÖZCAN YÜCE

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“Kanser Hastalarına Bakım Verenlere Uygulanan Reikin Stres Düzeyine Etkisi” adlı Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Ulviye ÖZCAN YÜCE

İmza

Danışman

Prof. Dr. Sultan TAŞCI

İmza

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. Salime MUCUK

İmza

Prof. Dr. Sultan TAŞCI danışmanlığında **Ulviye ÖZCAN YÜCE** tarafından hazırlanan “**Kanser Hastalarına Bakım Verenlere Uygulanan Reikin Stres Düzeyine Etkisi**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programında Doktora tezi** olarak kabul edilmiştir.

.././ 2019

JÜRİ:

Danışman Prof. Dr. Sutan TAŞCI.....
(Erciyes Üniversitesi SBF, İç Hastalıkları Hemşireliği AD)

Üye: Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK.....
(Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi AD)

Üye: Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER
(Erciyes Üniversitesi SBF, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD)

Üye: Doç. Dr. Songül KARADAĞ.....
(Çukurova Üniversitesi SBF, İç Hastalıkları Hemşireliği AD)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Dilek Efe ARSLAN.....
(Bozok Üniversitesi SBF, İç Hastalıkları Hemşireliği AD)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... / /

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ

TEŞEKKÜR

Doktora eğitim sürecimin her aşamasında ve tez çalışmamın tamamlanmasında değerli rehberliğini, bilgi, öneri ve yardımlarını esirgemeyen, insani ilişkilerde de sonsuz desteğiyle beni cesaretlendiren ve gelişmeye katkıda bulunan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sultan TAŞCI'ya,

Çalışma boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşarak değerli katkılarını esirgemeyen tez izleme komisyonu üyesi hocalarım sayın Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e ve Sayın Doç. Dr. Songül KARADAĞ'a,

Veri toplama aşamasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıbbi Onkoloji Birimi ve Radyasyon Onkolojisi'nde görev yapan hekim, hemşire ve sekreterlere,

Çalışmaya katılmayı kabul eden kendi sağlıkları ve bakım verdikleri bireylerin sağlıkları için emek veren bakım verenlere,

Çalışmalarım süresince tüm yollarımı kolaylaştıran, manevi destek ve sevgi dolu yaklaşımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarım, değerli anne, babam, kıymetli eşim ve bedenimi paylaşmaya başladığı günden bu yana tezimin her aşamasında varlığıyla gücümü artıran küçük kızıma,

En derin duygularla teşekkür ederim.

Ulviye ÖZCAN YÜCE

KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERE UYGULANAN REİKİNİN STRES DÜZEYİNE ETKİSİ

Ulviye ÖZCAN YÜCE

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2019

Danışman: Prof.Dr. Sultan TAŞCI

ÖZET

Kanser hastasına bakım verme, olumlu katkılarının yanında, uzayan süreçte bakım verici için bir stresör haline gelebilmektedir. Bu çalışma, kanser hastalarına bakım veren bireylere, 6 hafta boyunca haftada bir kez 45 dakika süre ile 9 ana noktaya (taç, alın, boğaz, kalp, solar plexus, sakral ve kök çakralar ile dizler, ayak bileği ve ayaklar) uygulanan reikinin bakım verenlerin stres düzeyine etkisini belirlemek amacıyla, kantitatif araştırmanın ön test-son test randomize kontrollü tek kör çalışma deseni ve kalitatif araştırmanın yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaya 21 reiki ve 21 sham reiki grubu olmak üzere toplam 42 hasta alınmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul onayı, kurum izinleri ve bireylerin bilgilendirilmiş gönüllü olurları alınmıştır. Çalışmanın kantitatif verileri bakım verici tanıtım formu, Bakım Veren Stres Ölçeği (BVSÖ), uygulama izlem formu, reiki uygulama rehberi ve reiki uygulaması sırasında deneyimlenen psikodinamik tepki listesi ile; kalitatif verileri ise yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan bakım vericilerin reiki deneyimine ilişkin görüşleri formu kullanılarak toplanmıştır. Reiki grubuna 6 hafta boyunca günde 60 dakika (dk) süre ile 9 ana noktaya reiki uygulanırken, sham reiki grubuna aynı sürede aynı noktalara enerji akımı başlatılmaksızın dokunulmuştur. İlk uygulama öncesi ve son hafta uygulama sonrası BVSÖ ile bakım verenlerin stres düzeyi değerlendirilmiş ve ayrıca kortizol seviye tespiti için tükürük numuneleri alınmıştır. Her iki gruptaki bireylerin her uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ile nabız hızı değerlendirilip kaydedilmiş, uygulamalar sonunda reikiye verilen psikodinamik tepki listeleri doldurulmuştur. Çalışmanın kantitatif kısmında reiki grubundaki bireyler ile derinlemesine görüşmeler yapılmış ve ses kaydı alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, bağımsız örneklerde t testi, Mann-Whitney U testi, eşleştirilmiş örneklerde t testi, Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanılmış ve $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmada uygulama sonrası BVSÖ puanlarının reiki grubunda sham reiki grubuna göre düşüş gösterdiği ($p<0.05$), tükürük kortizol değerleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), sistolik ve diastolik kan basınçları ile nabız hızının reiki uygulanan bakım verenlerde her uygulama öncesi ve sonrasında sham reiki grubundaki bakım verenlere göre azaldığı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmadaki kalitatif veriler kantitatif verileri destekler niteliktedir.

Çalışmanın sonucunda reikinin bakım verenlerin streslerini azaltarak kan basıncı ve nabız hızını düzenlemede etkili olduğu; tükürük kortizol üzerinde anlamlı bir değişikliğe yol açmadığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre kanser hastalarına bakım verenlere stresi azaltmada reiki kullanımı önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Bakım veren, reiki, stres, hemşirelik

THE EFFECT OF REIKIN ON STRESS LEVEL APPLIED TO CAREERS IN CANCER PATIENTS

Ulviye ÖZCAN YÜCE

Erciyes University Enstitiue of Health Science

Department of Nursing PhD. Thesis, 2019

Supervisor: Prof.Dr. Sultan TAŞCI

ABSTRACT

In addition to its positive contributions, caring for the cancer patient can become a stressor for the caregiver in the prolonged process. This study was conducted on 9 patients (crown, forehead, throat, heart, solar plexus, sacral and root chakras, knees, ankle and feet) for 45 minutes once a week for 6 weeks. In order to determine its effect on stress level, pre-test and post-test of quantitative research were conducted using randomized controlled single-blind study design and semi-structured in-depth interview method of qualitative research. A total of 42 patients, 21 reiki and 21 sham reiki groups, were included in the study. Ethics committee approval, institutional permits and informed consent of the individuals were obtained for conducting the study. The quantitative data of the study included the caregiver introduction form, Caregiver's Stress Scale (CSS), application follow-up form, reiki application guide and psychodynamic response list experienced during reiki application; and qualitative data were collected by using semi-structured questions about the caregivers' reiki experience form. While reiki was applied to 9 main points for 60 minutes (min) per day for 6 weeks, the sham reiki group was touched to the same points at the same time without starting energy flow. Stress levels of caregivers were evaluated with CSS before and after the first application and saliva samples were also taken for cortisol level determination. The blood pressure and pulse rate of both groups were evaluated and recorded before and after each application. In the quantitative part of the study, in-depth interviews were conducted with individuals in the reiki group and voice recordings were taken. Chi-square test, t-test in independent samples, Mann-Whitney U test, t-test in paired samples, Wilcoxon paired sample test were used to evaluate the data and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

In the study, it was observed that after the application, CSS scores decreased in the reiki group compared to the sham reiki group ($p < 0.05$), there was no significant difference between the groups in terms of salivary cortisol values ($p > 0.05$), and systolic and diastolic blood pressures and pulse rate before each application in the reiki caregivers. and then it was found to be decreased compared to the caregivers in the sham reiki group ($p < 0.05$). The qualitative data in the study support the quantitative data.

As a result of the study, reiki is effective in regulating blood pressure and pulse rate by reducing the stresses of caregivers; saliva did not cause a significant change in cortisol. According to this result, the use of reiki can be recommended for the caregivers of cancer patients.

Key Words: Caregiver, reiki, stress, nursing

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2 .1. KANSER.....	6
2.2.KANSER TEDAVİLERİ.....	7
2.3.KANSER HASTASINA BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME YÜKÜ.....	7
2.3.1.Farklı Yönleriyle Bakım Veren ve Bakım Verme Yüğü Kavramları.....	7
2.3.2. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler	11
2.4. Bakım Verici Stresi.....	12
2.4.1. Bakım Verici Stresinin Patogenezi ve Stresin Bedendeki Etkileri	14
2.4.2. Kanserli Hastaların Bakım Verenlerinde Stresin Değerlendirilmesi.....	15
2.4.2.1. Stres Yönetimi Kavramı ve Bakım Verenlerde Stres Yönetimi.....	17
2.5. ENERJİ TERAPİLERİ	20

2.5.1. Enerji Terapileri ve Hemşirelik.....	21
2.5.2. Reiki.....	23
2.5.2.1. Reikin Çalışma Prensipleri	24
2.5.2.2. Reiki Eğitimi	26
2.5.2.3. Reiki Uygulaması.....	27
2.5.2.4. Reikin Etkili Olduğu Sağlık Sorunları ve Hemşirelik Uygulamalarındaki Yeri.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	301
3.1.ARAşTIRMANIN şEKLİ.....	301
3.2.ARAşTIRMANIN YAPILDIğI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	301
3.3.ARAşTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	31
3.3.1.Araştırmaya Alınma Ölçütleri.....	33
3.3.2.Araştırma Dışı Bırakılma Ölçütleri	33
3.3.3.Sonlandırma Ölçütleri.....	33
3.3.4.Katılımcıların Gruplara Randomizasyonu	34
3.3.5.Reiki ve Sham Reiki Uygulamaları.....	34
3.4.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	35
3.4.1. Bakım Verici Tanıtım Formu (EK-3).....	35
3.4.2.Bakım Veren Stres Ölçeği (EK-4).....	36
3.4.3. Uygulama İzlem Formu (EK-5)	36
3.4.4. Reiki Uygulama Rehberi (EK-6).....	37
3.4.5. Reiki Uygulaması Sırasındaki Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi (EK-7).....	38
3.4.6. Bakım Vericilerin Reiki Deneyimine İlişkin Görüşleri Formu (EK-8).....	38
3.4.7 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK -9).....	39
3.5. ÖN UYGULAMA	39

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	39
3.6.1.Reiki (Müdahale) Grubuna Yapılan İşlemler.....	40
3.6.1. 1. Reiki Uygulaması.....	41
3.6.2.Sham Reiki (Plasebo Kontrol) Grubuna Yapılan İşlemler	42
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	42
3.8.ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU	43
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI ve KOLAYLIKLARI.....	43
3.10. ARAŞTIRMACININ KAZANIMLARI.....	43
4. BULGULAR	46
4.1.KALİTATİF BULGULAR	71
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	77
6.KAYNAKLAR.....	87
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR ve SİMGELER

<i>%25p:</i>	Birinci çeyrek
<i>%75p:</i>	Üçüncü çeyrek
$\bar{x}$:	Aritmetik Ortalama
ACTH:	Adrenokortikotropik hormon
BVSÖ:	Bakım Veren Stres Ölçeği
CRH:	Corticotropin Release Hormone- Kortizol Salgılatıcı Hormon
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ECLIA:	Elektrokemilüminesans İmmünolojik Test
HPA:	Hipotalamik Pitüiter Adrenal Aks
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association -NANDA- Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği
<i>Ort:</i>	Ortanca
SPSS:	Statistical Package for the Social Science
SSM:	Stres Süreci Modeli
SS:	Standart Sapma
SSS:	Santral Sinir Sistemi
TKD:	Tükürük Kortizol Düzeyi
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Formal ve İnformal Bakım Vericilerin Özelliklerinin Karşılaştırılması	8
Tablo 3.1. Tükürük Kortizol, Kan Basıncı ve Nabız Hızı Referans Aralıkları	38
Tablo 3.2. Reiki ve Sham Reiki Gruplarına Yapılan Uygulamalar	45
Tablo 4.1. Reiki ve Sham Reiki Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	46
Tablo 4.2. Reiki ve Sham Reiki Grubundaki Kadınların Verdikleri Bakım ile İlişkili Özelliklerinin Dağılımı	48
Tablo 4.3. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların Birinci Hafta ve Altıncı Hafta İzlemlerindeki Bakım Veren Stres Ölçeği (BSVÖ) Puanlarının Dağılımı.....	50
Tablo 4.4. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların Birinci Hafta ve Altıncı Hafta İzlemindeki Tükürük Kortizol Düzeylerinin (TKD) Dağılımı	52
Tablo 4.5. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo 4.6. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Diastolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı	59
Tablo 4.7. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Nabız Hızlarının Dağılımı	64
Tablo 4.7. Reiki ve Sham Reiki Grubundaki Kadınların Birinci ve Altıncı Haftalardaki Uygulamaya Verdikleri Psikodinamik Tepkilerin Dağılımı	69
Tablo 4.7. Reiki ve Sham Reiki Grubundaki Kadınların Birinci ve Altıncı Haftalardaki Uygulamaya Verdikleri Psikodinamik Tepkilerin Dağılımı (devamı).....	70

ŞEKİLLER ve RESİMLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Kronik Stres ve Hipotalamik Pitüiter Adrenal Aks (HPA).....	14
Şekil 2.2. Kansere Bakıcılarının Başa Çıkma Stratejilerinin Psikofizyolojik Yük Göstergeleri Üzerindeki Etkisine İlişkin Önerilen Bir Model.....	19
Resim 2.2. Vücudumuzdaki Çakralar	25
Resim 2.3. Çakralara Enerji Giriş-Çıkış Yolakları	25
Resim 2.4. Reiki I. Aşama Uygulama El Pozisyonları	27
Şekil 3.1. Örneklem Diyagramı	32
Grafik 4.1. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Bakım Veren Stres Ölçeği (BVSÖ) Puanlarının Dağılımı	51
Grafik 4.2. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi Sistolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı	55
Grafik 4.3. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Sonrası Sistolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı	55
Grafik 4.4. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi Diastolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı	60
Grafik 4.5. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Sonrası Diastolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı	60
Grafik 4.6. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi Nabız Hızı Ortalamalarının Dağılımı	65
Grafik 4.7. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Sonrası Nabız Hızı Ortalamalarının Dağılımı	65

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde kanser için tanı ve tedavi stratejilerindeki ilerlemeler, hastaların yaşam sürelerinin uzamasına, hastanede kalış sürelerinin azalmasına karşın evdeki bakımın önem kazanmasına; dolayısıyla birlikte yaşadıkları aile üyelerinin bakım sürecine daha aktif katılmalarına neden olmuştur (Kitrungle ve Cohen, 2006; Mystakidou ark., 2007; Yakar ve Pınar, 2013; Borges ark., 2017; Kaynar ve Vural, 2018). Kanser, teşhisi konan birey için hasta rolü anlamı taşıırken aile fertlerinin de bakım verme rolü üstlendikleri eşzamanlı bir süreçtir. Ailede kanser tanısı almış bir bireyin olması, hanehalkının günlük görevlerini ve rutinlerini etkilemekte ve insanları uyum sağlamaları gereken yeni bir duruma hazırlanmaya zorunlu kılmaktadır. Özellikle birincil bakım veren, hastayı destekleyen ve genellikle en fazla bakımı sağlayan kilit kişi olmaktadır (Şahin ark., 2009; Kaynar ve Vural, 2018). Kanser hastasına bakım veren birincil bakıcının, hastalığa özgü semptomları izleme, bireyin rahatlığını sağlama, problem çözme ve karar verme, emosyonel destek sunma, bakımı koordine etme, hasta için uygun araç-gereç ve donanımı sağlama gibi birçok sorumlulukları bulunmaktadır (Toseland ark., 2001; Orak ve Sezgin, 2015). Bu ortamda, bakım verenler hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sağlama adına kendi ihtiyaçlarını ihmal etme eğilimindedirler (Borges ve ark., 2017). Bakım verme işi aile bireylerinin kişisel yaşamlarından kaynaklanan güç deneyimlerle de birleşince bu durum bireyde bakım veren yüküne yol açabilmektedir. Zamanla çoğalan bakım yükü bakım verenlerde algılan stres düzeyinin artmasına; daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşamalarına ve bunların sonucunda immün sistemlerinin baskılanması ile fiziksel hastalık risklerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Özellikle uzamış stres immün hücrelerde erken yaşlanmaya, humoral immün yanıtın baskılanmasına, enfeksiyöz ve neoplastik hastalıklara yatkınlığa, allerjik ve otoimmün hastalıklarda artışa yol açabilmektedir (Strenberg, 2006; Nijm ve Jonasson, 2009; Juster ark., 2010; Bevans ve Strenberg, 2012).

Literatürde artmış stresin neden olduğu sağlık sorunlarına ilişkin pek çok çalışma bulunmaktadır. Tsigaropoulos ve ark. (2009) çalışmasında bakım vericilerin hastanın banyo, alışveriş gibi ihtiyaçlarını sürekli karşılaması ve hastaların hastaneye plansız yatışları nedeniyle ile aile üyelerinin anksiyete düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Cameron ve ark. (2002) bakım verenlerin %51'inin emosyonel stres, %53'ünün depresyon, %55'inin duygu durumunda değişiklik yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Cohen ve ark. (1991) psikolojik stresin solunum yolları viral hastalıklarıyla olan ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında, uzamış stres altındaki bireylerde solunum yolları hastalıklarının görülme sıklığının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Epel ve ark. (2004) kronik hastalığı olan çocuklarına bakım veren anneler ile sağlıklı çocukları olan annelerin telomer uzunlukları ve hücresel yaşlanma durumlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, artmış psikolojik stres düzeyinin, hızlanmış hücresel ve organik yaşlanmanın göstergeleri ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Cora ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada ise son dönem kanser hastalarına evde ya da klinikte bakım veren 20 informal bakıcı ile yaş ve cinsiyet ölçütleri açısından eşleştirilmiş 20 formal bakıcının oluşturduğu kontrol grubunun stres düzeyleri ile kardiyovasküler risk, kan basıncı ve kalp atım hızları ölçülüp kaydedilmiştir. Çalışma sonucunda informal bakım verenlerde, formal bakım veren kontrol grubundan daha yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve uyku bozukluğu olduğu, ayrıca bazı ölçümlerde sistolik ve diyastolik kan basınçları ile nabız hızlarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Lee ve ark. (2003)'nin yaptığı bir başka çalışmada ise bakıcılık sorumlulukları taşımayan kadınlarla engelli ya da hasta eşe haftanın en az 9 saatinde bakım veren kadınların, dört yıllık takiplerinde koroner hastalık risklerinin 1.8 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bakım verme işinin artmasının, verilen bakımın verimliliğinde azalma ve bakım verenin kendi ile ilgili sağlık ihtiyaçlarını daha çok erteleme gibi olumsuz etkilerinin bulunduğu bildirilmektedir (Özdemir ve ark., 2017). Bakım verenin ihtiyaçlarının erken tanınmaması ve karşılanmaması hem hastaların hem de bakım verenlerin fiziksel ve emosyonel sağlıkları ile tedaviye uyumlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Uğur, 2006; Yıldız, 2016). Kaynar ve Vural (2018)'in bildirdiğine göre artan bakım yükü, bakım veren ile hasta arasında daha fazla çatışma yaşanmasına, dolayısıyla verilen bakımın ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir. Bu yüzden bakım vericilerin yaşadığı sorunların değerlendirilmesi ve stres düzeylerinin azaltılmasına yönelik birtakım girişimlerin planlanması gerekmektedir. Psiko-eğitim, destekleyici girişimler,

psikoterapi ve/veya bilişsel davranışlar, masaj ya da iyileştirici dokunma, günlük erişkin bakımı ve bakım alıcının yeterliliğini geliştirmeye yönelik uygulamalar bakım verici stresini azaltmada uygulanabilen bazı girişimlerdir (Honae ve ark., 2008). Bunların yanında Amerikan Ulusal Aile Bakım Vericiler Destekleme Programı (American National Family Caregiver Support Program) bakım vericiyi hastalık ve yönetimi konusunda sürekli bilgilendirme, bakım vericiyi ulaşılabilir yardım servislerine yönlendirme, kendilerine zaman ayırabilmeleri için geçici bakım verme servisleri önerme ve destek gruplarından faydalanmalarını sağlama gibi önerilerde bulunmuştur (http://cssr-pw01.berkeley.edu/pdfs/famcare_04.pdf Erişim tarihi: 30.04.2019). Kanserli hastaların bakım vericilerini desteklemek üzere tasarlanmış 29 randomize kontrollü çalışmayı içeren bir meta-analizde, psikoeğitim, beceri eğitimi ve terapötik danışma girişimlerinin bakım verenin yükünü ve stresini azalttığı, bakım verenin özyeterliliğini, yaşam kalitesini ve baş etme yeteneğini ise arttırdığı saptanmıştır (Northouse ve ark., 2010). Yaşlı bireylere bakım verenleri kapsayan bir meta-analizde, eğitimsel ve psikoterapötik müdahalelerin bakım vericilerin desteklenmesinde tüm sonuç ölçütleri üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu bildirilmiştir (Sörensen ve ark., 2007). Weuve ve ark. (2000)'ın çalışmasında ise, detaylı bir bakım yönetimi planı verilen ve doğrudan hizmetlerle bağlantılı olan bakıcılar, kontrol grubundan daha az bakıcı yükü ve stres düzeyi bildirmişlerdir.

Bakım vericilerin kendi streslerini yönetebilmeleri konusunda ise odaklarını kendi sağlıklarına çevirmek, düzenli sağlık kontrolleri yaptırmak, dengeli beslenmek, egzersiz yapmak, bir destek grubuna katılmak ya da tamamlayıcı ve bütünlük (integratif) uygulamalar ile ilgilenmeleri önerilmektedir. Tamamlayıcı ve bütünlük (integratif) uygulamalar bireylerin sağlıklı hissedilen yaşam sürelerini uzatma, hastalıkları önleme, hissedilen iyilik halini güçlendirme, kullanılan farmakolojik yöntemlerin yan etkilerini azaltma, güçlü bir immün sisteme sahip olma, enerji dolu hissetme, umutsuzluk hissinden kurtulma ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanma ve sürdürme gibi gereksinimlerini karşılaması, uygulayıcı ile alıcı arasında olumlu bir ilişki sürdürülmesini sağlaması ve giderek kanıt temelini sağlamlaştırması yönleriyle özellikle son yıllarda tercih edilme sıklığı giderek artan yaklaşımlardır (Karakurum ve ark., 2014; Dişsiz ve Yılmaz, 2016; Yüce ve ark., 2017; Lopez ve ark., 2017; Witt ve ark., 2017; Akmansu, 2019). Sağladığı bu faydalar nedeniyle günümüzde stres yönetiminde sıklıkla akupunktur, hipnoz, aromaterapi, refleksoloji, bitkisel tedaviler, terapötik dokunma ve

reiki gibi enerji terapileri tercih edilmektedir. Reiki, iyilik halini arttırma amacıyla vücudun kendisini iyileştirebilme yeteneğini güçlendirmek için, uygulayıcının ellerinden doğal olarak akan enerji kullanımını içeren bir enerji terapisi (Musal, 2008). Özelleştirilmiş amaçlarla uygulanan reiki, kan ve lenf dolaşımının sağlıklı şekilde sürmesini sağlamakta, otonom sinir sistemini uyarmaktadır. Bu yolla reiki fiziksel ve ruhsal rahatlamayı kolaylaştırmakta ve sağlığı yükseltmekte, ayrıca bakım veren ile alan arasında pozitif bir etkileşim sağlamaktadır (Whelan ve Wishnia, 2003; Jane ve DeCristofaro, 2008; Musal, 2008).

Literatürde reikinın bakım vericiler üzerindeki etkisine bakılan bir çalışmaya rastlanılmasa da vücut üzerindeki olumlu etkilerinden bahsedilmektedir. Catlin ve Taylor (2011), ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarında reikinın konforu ve iyilik haline etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada; deney, yalancı reiki ve kontrol grubu olmak üzere üç grup oluşturmuşlardır. Reiki ve yalancı reiki alanlarda, kontrol grubuna göre konfor ve iyilik halinde artış olduğunu bildirmişlerdir. VanderVaart ve ark. (2009) sezeryan ameliyatı olan kadınlara uyguladıkları reiki ile kalp hızı ve kan basıncında önemli derecede azalma olduğunu saptamışlardır. Bowden ve ark. (2011a), reikinın ruh hali ve iyi olma durumuna etkisini değerlendirdikleri çalışmada, reiki uygulanan grubun depresyon düzeylerinde azalma olduğu gösterilmiştir.

Reiki sağlık açısından düşük riskli, maliyet gerektirmeyen, kolay uygulanabilen, standart tedavi ile birlikte uygulandığında yaşam kalitesini iyileştiren, anksiyete ve stresi azaltmanın da dahil olduğu birçok alanda iyilik halini yükselten etkilere sahip bir tamamlayıcı ve destekleyici uygulamadır (Olson ve ark., 2003; Tsang ve ark., 2007). Bu özellikleriyle bakım verenlere uygulanan reikinın kan basıncı, nabız hızı ve kortizol gibi stres belirteci olan fizyolojik göstergeleri düzenleyerek stresi azaltacağı, dolayısıyla yaşam kalitesini yükselteceği ve verdikleri bakımın kalitesini arttıracığı düşünülmektedir. Bu noktalardan yola çıkılarak yapılan bu araştırmada kanser hastalarının bakım verenlerine uygulanan reikinın stres düzeyi üzerine olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilecek bu yöndeki verilerle, reikinın holistik hemşirelik bakımında hasta ve bakım verenlerinin stresle baş etmelerini güçlendirmek için standart bir uygulama olmasına katkıda bulunmak hedeflenmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

H_{01} : Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikinin stres düzeyine etkisi yoktur.

H_{11} : Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikinin stres düzeyine etkisi vardır.

H_{02} : Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikinin sistolik kan basıncı değerine etkisi yoktur.

H_{12} : Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikinin sistolik kan basıncı değerine etkisi vardır.

H_{03} : Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikinin diastolik kan basıncı değerine etkisi yoktur.

H_{13} : Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikinin diastolik kan basıncı değerine etkisi vardır.

H_{04} : Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikinin nabız hızına etkisi yoktur.

H_{14} : Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikinin nabız hızına etkisi vardır.

H_{05} : Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikinin tükürük kortizol düzeyine etkisi yoktur.

H_{15} : Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikinin tükürük kortizol düzeyine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2 .1. KANSER

Kanser, hücrede meydana gelen kromozomal, genetik ve epigenetik değişiklikler sonucunda hücrelerin kontrolsüz bölünüp çoğalması ve vücutta farklı bölgelere yayılmasını ifade eden çok basamaklı bir süreçtir (World Health Organization, Erişim tarihi: 19 Nisan 2019; Eggtr, 2011). Tüm yaş gruplarında görülebilmesi, farklı etkileriyle kişinin bakım gereksinimlerini arttırarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi ve ölüme neden olabilmesi gibi özellikleri ile kanser, tüm dünyada önemi giderek artan kronik bir hastalıktır (Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Erişim tarihi:19 Nisan 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporuna göre, 2018 yılında kanser yükü, 18.1 milyon yeni vakaya ve 9.6 milyon kansere bağlı ölüme ulaşmıştır (World Health Organization, Erişim tarihi: 19 Nisan 2019). DSÖ tahminlerine göre, 2030 yılında kanser dünya genelinde 13.1 milyon ölüm ile artmaya devam edecektir (World Health Organization, Erişim tarihi: 19 Nisan 2019). Ülkemizdeki son resmi rakamlar değerlendirildiğinde, kanserin görülme sıklığı Amerika ve Avrupa Birliği ülkeleri gibi gelişmiş ülkelere göre daha düşük olmakla birlikte, yılda 163.500 civarında yeni kanser vakasının teşhis edildiği, bir günde ise yaklaşık 450 kişinin kanser tanısı aldığı belirtilmektedir (Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Erişim tarihi:19 Nisan 2019). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Nisan 2018 verilerine göre ise, Türkiye'de her beş ölümden biri kanserden gerçekleşmiştir. TÜİK'in verilerine göre kötü huylu tümör nedeniyle gerçekleşen ölümlerin toplam sayısı 2017 yılında 79. 889 kişi olmuştur. Bu ölümlerin %31'i gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin kötü huylu tümöründen kaynaklanmıştır (TÜİK.Erişim Tarihi: 19 Nisan 2019).

2.2.KANSER TEDAVİLERİ

Günümüzde sağlık ve bakım teknolojisinde meydana gelen ilerlemeler sayesinde kanserlerin büyük çoğunluğu erken evrede tanılabilmekte ve kişiye özgü yöntemlerinin uygulanması ile tedavi edilebilmekte ya da hastanın hayatta kaldığı yılların kalitesi arttırılabilmektedir. Kanser tedavisinde temel amaç, yaşam süresini uzatmak, tedavi nedeniyle deneyimlenen semptomları kontrol altına almak ve yaşamın daha nitelikli hale gelmesini sağlamaktır. Bu amaçla kanserde tedavi yöntemi olarak cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi gibi temel ve sık kullanılan yöntemler başta olmak üzere kemik iliği transplantasyonu, kök hücre nakli, immünoterapi ve destekleyici tedaviler de kullanılmaktadır. Kanser hastalarına uygulanacak tedavi yöntemine hastanın özellikleri ve hastalığın durumuyla birlikte değerlendirilerek karar verilmekte, tedavinin bireyselleştirilmesi hedeflenmektedir (Hintistan ve ark., 2015; Yalçın ve Sarı, 2015; Ovayolu, 2016; Baykara, 2016; Cheson, 2017; Schiller ve ark., 2018).

2.3.KANSER HASTASINA BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME YÜKÜ

2.3.1.Farklı Yönleriyle Bakım Veren ve Bakım Verme Yüğü Kavramları

Bakım verme temel anlamıyla bir şeyin iyi gelişmesi, iyi durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme ve buna benzer gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 30 Nisan 2019). Bakım veren ise literatürde değişik şekillerde tanımlanmakta birlikte genel olarak “hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere ücretsiz olarak yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişiler” olarak belirtilmektedir (Dinç, 2019; Bastawrous, 2013). Temel olarak bakım verenler, formal ve informal bakım vericiler olarak ikiye ayrılmaktadır.

Formal bakım vericiler bakım işini resmi, özel ya da gönüllü kuruluşlara bağlı olarak sunan ve belli bir ücret karşılığında bakım sağlayan bakım vericiler iken informal bakım vericiler ise aile, yakın akraba, komşu ve arkadaşların kişisel yakınlığı olan birine, karşılık olarak ücret almaksızın gönüllü olarak yardım sağlayan kişilerdir (Pearlin ve ark., 1990; Özgen ve Babekoğlu, 2001; Blum ve Sherman, 2010). İnformal bakım verenler primer bakım vericileri oluşturmaktadır (Blum ve Sherman, 2010). Primer

bakım vericiler bakımını üstlendikleri hastanın beslenme, giyinme, banyo yapma, hareket etme vb. gibi günlük yaşam aktiviteleri ile alışveriş, yemek hazırlama, ev idaresi ve bakımı, bir yerden bir yere ulaşımın sağlanması ve kullanılan ilaçların uygun yönetimi gibi enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini sağlamanın yanında tedaviden sorumlu sağlık ekibi ile iletişim, koordinasyon ve diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanmasında da büyük önem taşımaktadırlar (Karahan ve Güven, 2002; Family Caregiver Alliance. Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change. Report from A National Consensus Development Conference. 2006, Vol. I. San Francisco, Calif.: Family Caregiver Alliance http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/v1_consensus, Erişim tarihi: 21 Mart 2019). Bu nedenle primer olarak bakım verenler, kanser hastalarının tedaviyi kabul etmelerinde ve bakımında önemli bir yere sahiptir (Minaya ve ark., 2012). Günümüzde ülkemizde ve dünyada informal bakım vericilerin formal bakım vericilere oranla çoğunlukta olduğu bilinmektedir. Formal ve informal bakım verenlerin özellikleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 2.1. Formal ve İnfomal Bakım Vericilerin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	
Formal bakım vericiler	İnfomal bakım vericiler
Eğitimli, lisanslı ve nitelikli profesyoneller tarafından sağlanan hizmetlerdir.	Esas olarak aile, yakın akrabalar, arkadaşlar veya komşular tarafından sağlanan bakımdır.
Hizmetler devlet veya diğer organizasyon türleri tarafından kontrol edilir.	Bakıcılar profesyonel değildir ve bakım sağlamak için eğitilmemiştir; ancak bazı durumlarda özel eğitimden yararlanabilirler.
Bakım verenlerin bakım sorumluluklarını belirleyen sözleşmeleri vardır.	Maddi katkı sağlayabilecek olmalarına rağmen bakıcılara para ödenmez.
Bakıcılara ücret ödenir ve sosyal haklar ile çalışma yönetmelikleri vardır.	Bakıcılar sadece hasta bakımı değil, duygusal destek ve yardımın yanı sıra birçok çeşitli görevleri de yerine getirirler.
Bakım görevleri mesleki niteliklere göre belirlenir.	Bakım için harcanan zamanın sınırı yoktur- hiçbir zaman / nadiren resmi olarak “görev dışı” olurlar.
Bakım görevlilerinin zaman çizelgesi ve izin günleri vardır.	

Kaynak: Triantafillou ve ark., 2010

Bakım verme birden çok boyuta sahip bir deneyim olmasından dolayı, literatürde bazı yönleri ile pozitif olarak tanımlanırken diğer yönleri ile negatif kavramları içermektedir. (Hunt, 2003; Honea ve ark., 2008).

Bakım vermenin pozitif kavramları; hasta bireyin bakım gereksinimlerine ilişkin memnuniyet ya da doyum, kişisel gelişim basamağı, yaşantıdan anlam bulma, bakım

verici yüceliği, bakım verme deneyiminden kazanım olarak belirtilmektedir (Honeave ark., 2008; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Pozitif anlamda bakım verme samimiyet duygusu ve bakım alana duyulan sevginin artması; bakım verme deneyiminden değerli bir anlam bulma, bakım vermeyi ödül olarak algılama, bakım işini eğlence olarak tanımlama; sosyal destek sistemlerinden faydalanmayı öğrenme, ihtiyacı olan bir başkasına yardım etmeyi başarabilme duygusundan kaynaklanan özsaygının artışı ve kişisel doyum sağlama gibi olumlu duyguların hissedilmesidir. Dolayısıyla bakım vermenin bu yönleriyle ifadesi, bakım vermekten kaynaklanan stres deneyiminin azalması, bakım süreci ile ilgili memnuniyetin artması, benlik saygısında artma, sorumlukları yerine getirme ve etkin baş etme yöntemleri geliştirmede bakım verenlere yardımcı olduğu düşünülen bir tanımlamadır (Zarit ve ark., 1980; Özdemir ve ark., 2009). Bakımı deneyimleyenlerle yapılan çalışmalara bakıldığında; Metzelthin ve ark. (2017) 'ın bildirdiğine göre De Boer ve ark. (2009) çalışmasında, informal bakım verenlerin sadece %7'si bakım sağlama konusunda olumlu deneyime sahip olmadığını belirtmiştir. Avusturya'da yapılan bir araştırmada, bakım verenlerin %60'ı bakım vermenin pozitif yönlerini ifade edebilmiştir (Hudson, 2004). Hastayla geçirilen kaliteli zamanın mutluluğu, sorunları keşfetme ve çözüme becerisinin gelişmesi, özsaygı, değerli hissetme gibi duygular ise yine bakım verenlerin yaptıkları işten dolayı hissettikleri duygular olarak kaydedilmiştir (Grbich ve ark., 2001; Stajduhar, 2003). Buna ek olarak başka bir çalışmada, bakım vermenin sevilen kişinin ölümünü kabul etmeye yardım edebileceği saptanmıştır (Dorval ve ark., 1999).

Bakım vermenin negatif kavramları ise bakım verici yükü, bakım verici stresi, bakım verici rolünde zorlanma, bakım vermede telaş/koşturma olarak sıralanmaktadır. Özellikle bakım verme işini karşılıksız ve uzun dönem sürdürmek durumunda olan ailenin bakım verici rolü arttıkça, bakım sunma-bakım alma ilişkisi daha çok bakım verenin yaşamını bunaltabilecek tek yönlü, bağımlı ve yoğun bir durum haline gelmekte, bakım verme ise ne zaman sonlanacağı belirsiz bir zorunluluğa dönüşebilmektedir (Silver ve Wellman, 2002). Bakım vermenin bakım veren kişiler üzerinde yaratmış olduğu tüm bu olumsuz etkiler "yük" olarak tanımlanmaktadır (Chen ve Hu, 2002). Işık'ın (2013) bildirdiğine göre, bakım verme yükü ilk olarak Grad ve Sainburg tarafından 1960'lı yıllarda kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylere informal bakım verenlerin deneyimledikleri sıkıntıları tanımlamak için ortaya çıkarılmış bir kavramdır. Literatürde özellikle kronik hastalıklar için çalışılan bir kavram olan

bakım verme yükü, yeti yitimine sebep olan bir hastalığa karşı bakım verenlerin yaşamlarının fiziksel, duygusal, sosyal veya ekonomik alanlarında yaşadığı güçlüklerin toplamı olarak ifade edilmektedir (Gülseren, 2002; Yıldırım ve ark., 2017). Bakım verme yükü, deneyimlenme farklılıklarına göre iki boyutuyla incelenmektedir. İlk boyut, primer bakım verici ile birlikte yaşadığı bireylerin yaşamlarının bakım verme işinden etkilenen çeşitli aksaklıklarını içine alan “nesnel yük”, ikinci boyut ise bakım verenin bakım verme yaşantısına yönelik davranışını veya duygusal tepkilerini içeren “öznel yük” boyutudur (Montgomery ve ark., 1985; Atagün ve ark., 2011; Tanrıverdi, 2016).

Nesnel yük, hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı semptomlar, ev halkının hastalık öncesindeki rutinlerinin değişmesi; sosyal ilişkiler, iş ve boş zaman aktiviteleri için ayrılan zamanın kısıtlanması, hastalığın getirdiği ekonomik zorluklar ve gelir kaybı, aile üyelerinin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi bakım yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönü olarak tanımlanmaktadır. Bakım vermedeki nesnel yüke ait özellikler, bakım vericilerin kendi yaşantılarına dair bazı yönleri ihmal etmesine neden olabilmekte, biyopsikososyal sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir (Hoeng ve Hamilton, 1966; Arslantaş, 2018).

Öznel yük ise hasta bakımından kaynaklanan güçlüklerin bakım verenlere/aile üyelerine verdiği rahatsızlık düzeyi, hastanın rahatsız edici davranışlarından kaynak alan duygusal zorlanma ya da hastayla ilgili olarak yaşanan sıkıntı düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Öznel yük, nesnel yükün neden olduğu stres nedenleriyle bakım veren tarafından deneyimlenen sıkıntı olarak da tanımlanmıştır. Öznel yükün oluşmasında etkili olan faktör hasta bireyin davranışları ve hastalıktan kaynaklanan talepleridir. Bu durumda bakım verenler/aile üyeleri kendi duygularını bastırmakta; suçluluk, stres ve kaygı gibi olumsuz duygular yaşayabilmektedirler (Montgomery ve ark., 1985; Sales, 2003; Arslantaş ve Adana, 2008).

Bakım verme yükünün aşağıda belirtilen durumlarda arttığı ifade edilmektedir:

- Bakım vericinin bekar olması,
- Bakım vericinin daha önce bakım verme deneyiminin bulunmaması,
- Bakım verilen hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız şekilde yerine getirmede eksikliklerinin olması,
- Pediatrik yaş grubu ya da yaşlı bireye (70 yaş üstü) bakım verilmesi,

- Bakım verilen hastanın eliminasyon problemlerinin ve daha önceden düşme öyküsünün bulunması,
- Bakım vericinin eğitim düzeyinin düşük olması,
- Çok uzun süredir bakım veriliyor olması,
- Bakım vericinin sosyal destek sistemlerinin yetersizliği,
- Uzun süren ve karmaşık olan tedaviler,
- Bakım vericinin kadın ve yaşlı olması,
- İleri evre kanser hastasının bakımını sağlamadır (Görgülü ve ark., 2016).

Primer bakım vericilerde nesnel ve öznel yükün açıklanan özellikleri yoğun yaşanmaya başlanıldığında fiziksel ve psikolojik sağlığı ve bütünlüğü olumsuz yönde etkileyecek durumlar ortaya çıkabilmektedir (Stenberg ark., 2010; Atagün ark., 2011; Tanrıverdi, 2016).

2.3.3. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler

Aile üyelerinin bakım vermeye bağlı yaşadığı güçlükler fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar olarak sınıflandırılabilir (Montgomery ark., 1985; Kasuya ve Polgar, 2000; Stenberg ark, 2010; Kim ark., 2012).

Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin uzun süreli bakım verme işlevine bağlı olarak sıklıkla uykusuzluk, uyku kalitesinde azalma, iştahta değişim ve buna bağlı olarak kilo alma ya da verme, baş ağrısı, kas ağrısı ve kardiyovasküler hastalıklar gibi fiziksel sağlık sorunlarının arttığı saptanmıştır (Stenberg ve ark., 2010; Melon 2002; Li ve Loke 2013; Yıldız ve ark., 2016). Yeh ve ark. (2009) çalışmalarında, bakım veren aile üyelerinin sağlık durumlarının bakım vermeden önce %28.6'sının "iyi", %20.9'unun "çok iyi", %5.5'inin "mükemmel", bakım vermeye başladıktan sonra ise %27.5'inin "iyi", %14.3'ünün "çok iyi" ve sadece %2.2'sinin "mükemmel" olduğunu saptamışlardır. Ayrıca daha fazla bakım yükü anlamına gelen hastaların fiziksel işlevlerindeki düşüş, bakım verenlerin fiziksel sağlık düşüşü ile bağlantılı bulunmuş ve bu durumun kısır bir döngüye dönüştüğü belirtilmektedir (Segrin ve Badger, 2014).

Kanser tedavisinin uzun sürmesi, tedavinin neden olduğu semptomların tedavisi ve tekrarlı hastaneye yatışlar informal bakım vericilerin ekonomik yönden zorluk yaşamalarına da neden olabilmektedir (Yun Ho ark., 2005; Bektaş ve Özer, 2009; Akın ve Durna, 2012). İnfomal hasta bakımının, kanserin toplam finansal maliyetinin %18-33'ünü temsil ettiği bildirilmektedir Ayrıca araştırmacılar bakım vermenin, çalışma

saatlerinin azalmasına, tıbbi tedavi için önemli harcamalara ve evde sağlık hizmeti verenlerin işe alınması gibi diğer doğrudan maliyetlere yol açtığını bulmuşlardır (Carmichael ve Charles, 2003; Langa ark., 2004; Grunfeld ark., 2004; Langa ark., 2004; Grunfeld ark., 2004; Wilson ark., 2007; Heitmueller, 2007; Luengo-Fernandez ark., 2013; Round ark., 2015; Dumont ark., 2015; Gisgis ve Lambert, 2017).

Kronik bir hastalığı olan bireye bakım verme, sosyal ve kişilerarası ilişkilerde problemlere de yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalarda bakım verenlerin sosyal çevreleriyle kanser hakkında paylaşım yapmayı zor buldukları, kanseri sosyal ilişkilerinin bozulması için bir sebep olarak gördükleri belirtilmiştir (Balfe ark., 2016; Ewing ark., 2016; Wittenberg ark., 2017). Başka bir çalışmada da aile üyelerinin bakım vermeye bağlı sosyal ilişkilerinin değiştiği, sürekli hasta ile vakit geçirmelerinden dolayı sosyal izolasyon yaşadıkları belirlenmiştir (Coristine ve ark., 2003).

Kanser tedavilerinin neden olduğu semptomların gün geçtikçe sıklığının ve şiddetinin artması, hasta bireyde ve bakım verenlerinde umutsuzluk, tükenmişlik, depresyon, huzursuzluk, yaşamdan tat alamama, öfke ve stres gibi psikolojik sorunların yaşanmasına sebep olabilmektedir. Özellikle genç, kadın, bekar, düşük ekonomik ve sosyokültürel düzeyde olan ve kendini bakım verme işi için hazır ya da yeterli hissetmeyen bakım verenlerin daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadıkları bildirilmiştir (Girgis ve ark., 2013). Palos ve ark. (2010) kanser tedavisi alan hastaların bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada, 20 haftalık tedavi planında tedavi süresi arttıkça bakım verenlerin stres, üzüntü ve bakım verme yüklerinin arttığı belirlenmiştir. Alacacioğlu (2007)'nin çalışmasında, kanserin tanı sürecinden başlayan tedavi ve palyatif dönemi içeren her aşamasında hasta ve bakım verenlerinde olumsuz duygusal etkilene ve sonuç olarak depresyon, anksiyete gibi psikolojik bozuklukların geliştiği görülmüştür.

2.4. Bakım Verici Stresi

Latince “estricia” fiilinden türeyen stres sözcüğü, baskı yapmak, bastırmak, germek, yüklemek, zorlamak, baskı, basınç, gerilim, güç, kuvvet, önem, şiddet, vurgu, yük, zarar ve zor anlamlarında kullanılan, Türkçe’de ise tam karşılığı ruhsal gerilim olan bir kavramdır

(Türk

Dil

Kurumu.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c96515e459135.68686322 Erişim Tarihi: 30 Nisan 2019; Çetinkaya, 2006). Daha geniş

anlamda ise stres, “bedensel ya da mental gerilime neden olan fiziksel, kimyasal ya da duygusal faktörler” olarak açıklanabilir (Hunt, 2003).

Bakım verici stresi, bakım verme sorumluluğu ile gerçek yetenek arasındaki dengesizlikler nedeniyle kaçınılmaz olarak yaşanan aile gerilimleri ve baskılar şeklinde ifade edilmektedir (Hunt, 2003; Dinç, 2010; Kim, 2017). Birçok bakım verene göre kronik hastalıklar yönetilmesi zor olan belirsizlikleri ifade etmektedir ve bu bilinmezlik durumu bakım veren için “kontrol kaybı veya sürekli bir bilinmeyene karşı şüphe tutumu” ifadesini içeren bir tür bilişsel stresördür (Wright ve ark., 2009). Özellikle daha yoğun bakımın gerekli olduğu kanser hastalarına bakım verenler, hastanın ihtiyaçlarını önceliklendirerek, kendilerinin iyi beslenme, egzersiz yapma ve gerektiğinde uygun sağlık bakımı alma gibi önemli sağlık aktivitelerini erteleyebilmektedirler. Sonuç olarak, bakıcıların, uyku bozuklukları, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve stres gibi, hastanın fiziksel fonksiyonu ve semptom yükü arttıkça kötüye gitmesi beklenen sayısız sağlık sorunları gündeme gelebilmektedir (Palos ve ark., 2007). Vedhara ve ark. (2000) yaptıkları bir araştırmada, bakım verenlerle vermeyenler arasında anksiyete, depresyon ve stres görülme durumu açısından ileri derecede fark olduğu bulunmuştur.

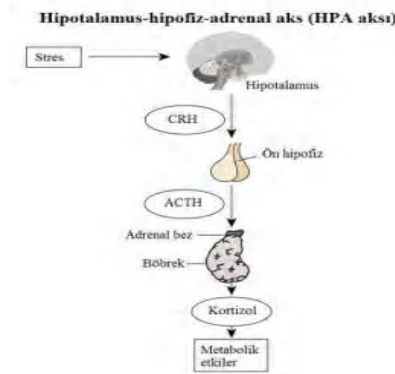
Bakım verici stresi literatürde farklı özelliklerinden dolayı primer ve sekonder stres olarak iki grupta tanımlanmaktadır. Bakım vericiler için primer stres, doğrudan bakım verme ile ilişkili olup hasta bireyin fiziksel bakımının sağlanmasında yaşanan tüm zorlukları kapsamaktadır (Pearlin ve ark., 1990; Brouwer ve ark., 2004; Gérain P ve Zech E, 2019). Bakım verici için primer sorumluluklar fonksiyonel yeterlilik ile (banyo yapma, yemek yeme, giyinme vs.) kanser tedavisiyle ilişkili ağrı, yorgunluk ve bulantı gibi semptomların yönetimidir (Shulz ve Sherwood, 2008). Bakım verme dışında stres yaşantılarına neden olan etkenler ise sekonder stresi oluşturmaktadır. Sekonder stresörlere örnek olarak bakım vermekle ortaya çıkan ekonomik yetersizlikler, aile üyeleriyle çatışma/münakaşa yaşama, iş kaybı, rutin sosyal aktivitelerde azalma gibi durumlar verilebilir (Parks ve Novielli, 2000).

Primer ve sekonder stresörler ve bu stresörlerin yoğunluğu bakım verenlerde gerginliğe/sıkıntıya neden olmakta algılan stres düzeyinin artmasına yol açmaktadır (Parks ve Novielli, 2000; Karaaslan, 2013). Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin yaşadıkları stresin, bakım vericinin mortalitesini beş yıl içinde yaklaşık %63 artırdığı bildirilmektedir (Al-Jauissy, 2009; Mancini ark., 2011; Erdoğan ve Yavuz, 2014).

Fridriksdottir ve ark. (2011) bakım vericinin karşılanmamış ihtiyaçları ile anksiyete puanları arasında güçlü ilişki saptamış, hastalığın her evresinde bakım vericilerin psikolojik sorunları ve ihtiyaçları konusunda destek verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

2.4.1. Bakım Verici Stresinin Patogenezi ve Stresin Bedendeki Etkileri

Kronik hastalık tanısı almakla birlikte bakım verenlerin maruz kaldığı primer ve sekonder stresörler bedende Hipotalamik Pitüiter Adrenal Aks (HPA) ve adrenerjik sempatik sinir sisteminin (SSS) aktifleşmesine ve stres tepksinin başlamasına neden olmaktadır. Stresli uyarılara maruz kaldıktan sonra, hipotalamus adrenokortikotropik hormon (ACTH) serbest bırakmak için hipofiz bezini uyarır ve kortikotropin salgılatıcı hormon (cortico tropin realise hormone-CRH) serbest bırakılır. Salınan ACTH böbrek üstü bezi korteksinden kortizol salınmasını uyarır. Aynı zamanda adrenal medulladan salınan adrenalin ve sempatik sinir uçlarından salınan noradrenalin ile sempatik sinir sistemi aktive olur. Stres yanıtı boyunca salınan bu moleküller, beyin, kalp, solunum sistemi, kas, deri, karaciğer, gastrointestinal sistem ve daha da önemlisi, bağışıklık sistemi de dahil olmak üzere vücutta pek çok hücre ve organların fonksiyonu üzerinde derin etkiye sebep olmaktadır. Akut stres yanıtı organizma için hayat kurtarıcı olmakla birlikte kronik stres tepkisi sağlık üzerinde yıkıcı etkiye sahiptir. Kronik streste HPA aksının sağlıklı diurnal ritmi olan sabah günün erken saatlerinde en yüksek, akşama yakın saatlerde düşük olması gereken kortizol seviyesi dengesi tam tersine döner ve bu durum bir süre sonra psikolojik tükenmişliğin de eşlik ettiği fizyolojik tükenmişlik durumuna yol açar. Fizyolojik tükenmişliğin erken evrelerinde HPA aksı aktivitesi sürekli artarken, aylar sonrasında bu aktivite azalmaya başlar (Heim ark., 2000; Bevans ve Sternberg, 2012).



Resim 2.1. Kronik Stres ve Hipotalamik Pitüiter Adrenal Aks (HPA)

Kaynak: Şahin, 2015

Bakım verme stresinin çok boyutluluğu nedeniyle, informal primer bakım vericilerin uzun süreli bakımda deneyimledikleri stres sürecini açıklayabilmek için farklı kavramsal modeller geliştirilmiştir. Bunların içinde en dikkat çeken model Alzheimer hastalarının bakım verenleri için yapılandırılan ve büyük ölçüde stresin sosyolojik perspektiflerine dayanması sebebiyle özellikle yeti yetimine neden olan uzun süreli hastalıklarda bakım verenlerde de kullanılan Stres Süreci Modeli (SSM)'dir. Bu yaklaşım, potansiyel olarak zararlı olan (birincil nesnel stres etkeni) bazı çevresel taleplerin ortaya çıkmasının, bakım verenin yaşamında (birincil öznel stres etkeni) aşırı yüklenme duygularına neden olan ya da sosyal çevresiyle olan ilişkilerinde kendisi tarafından özel veya değerli hissettiren yönlerin kaybına yol açan ani bir değişim etkisini ifade etmektedir. Bu ani etki diğer yaşam alanlarına (ikincil rol baskıları) yayılarak iş kaybına ilişkin sıkıntılar veya aile içerisinde yaşanan çatışmalara yol açabilmektedir. Dolayısıyla yaşanan bu olumsuzluklar hastalığı kabullenme ve bakım verme süreci için kötü adaptasyon (örneğin, olumsuz zihinsel veya fiziksel sağlık sonuçları) olasılığını arttırabilmektedir (Zarit ve ark., 2007). Kanser hastalarının bakım vericileri de benzer süreçte aynı fizyopatolojik değişimleri yaşamaktadır. Kanser hastalarına uzun dönem bakım verenlerde sempatik aktivitenin artışı, parasempatik aktivitenin azalması yönüne doğru bir otonomik ayarsızlık görülmüştür. Allostatik yük olarak adlandırılan çoklu stres yükü, bakım vericilerin günlük hayatta sıklıkla maruz kaldıkları bir durumdur. Büyük allostatik yük, bakım vericide olumsuz sağlık sonuçlarıyla bağlantılıdır. Örneğin kronik stres, immün sistemi etkileyerek yara iyileşmesini geciktirmekte, enfeksiyon riskini arttırmakta, anjiogenezi uyaran beta adrenerjik aktiviteyi arttırarak kanser gelişme riskini çoğaltmakta, telomer kısalmasına işaret eden kromozomal yaşlanmayı hızlandırmaktadır (Juster, 2010). Öte yandan, körleşmiş bir HPA eksen yanıtı ve fonksiyonel glukokortikoid direnci proinflamatuvar durumlarla, immün hastalıklarla, obezite, yüksek kolesterol, insülin direnci, depresif durumlar ve psikolojik stres ile sempatik aktivitenin sürekli uyarılması ise kardiyovasküler durumlarla ve yüksek kan basıncı ile ilişkili bulunmuştur (Bjorntorp ve Rosmond, 2000; Nijm ve Jonasson, 2009; Pace ark., 2007; Bevans ve Sternberg, 2012).

2.4.2. Kanserli Hastaların Bakım Verenlerinde Stresin Değerlendirilmesi

Bakım veren stresini değerlendirmede birinci adım, ilk hasta ziyaretinde kanserli bireye bakım verici olarak hizmet eden kişinin tespit edilmesidir. Bundan sonra ise bakım verenin sorunlarını belirlemek için veri toplamak, bakım planlarında hasta ile birlikte

bakım vericileri de değerlendirmek, bütün hemşirelik girişimlerinde hasta ve bakım verenin güvenliğini ön planda tutmak, onlara streslerini azaltmaları, morallerini yükseltmeleri ve güç kazanma yolları bulma konusunda yardım etmek, hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır (Allender ve Spradley, 2001; Hodges ark., 2005). Bakım verici stresini doğru tanımlayabilmek için hemşire, aşağıda sıralanmış olan belirtileri her görüşmede dikkatle sorgulamalıdır.

Bakım verici stresinin belirtileri ise;

- Bunalmış veya sürekli endişeli hissetmek,
- Sık sık yorgun hissetmek,
- Çok fazla uyumak ya da yeterince uyumamak,
- Kolayca öfkelenmek veya çoğu zaman öfkeli hissetmek,
- Bakım verilen birey ile sık münakaşa yaşamak,
- Bakım verilen kişinin bakım aktivitelerini can sıkıcı bulma,
- Genellikle üzgün hissetmek,
- Sık baş ağrısı, vücut ağrısı veya diğer fiziksel problemlere sahip olmak,
- Alkol veya uyuşturucu madde kullanımıdır (Mayo Clinic. Caregiver stress: Tips for taking care of yourself. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/caregiver-stress/art-20044784> Erişim tarihi:30.04.2019).

Bakım veren bireylerin fiziksel ve emosyonel ihtiyaçları arasında denge kurulması kendilerinin yaşadığı bakım verici stresini azaltacak, yaşam kalitelerinin yükselmesine neden olabilecektir (Kasuya ve Polgar-Bailey, 2000; P. Grov ark., 2005). Hemşireler bakım vericilerin stres düzeyini, fiziksel-zihinsel sağlık durumunu değerlendirmeli, bakım vericilerin yaşadığı üzüntü, huzursuzluk, uykusuzluk ve iştahta azalma gibi sorunları açık bir iletişimle konuşmalıdır. Bakım verici stresinin diyabet, ülser, anemi, hipertansiyon, kalpte ritm bozuklukları, uyku düzensizliği, bağışıklık sisteminde gerileme, kilo kaybı, baş ağrısı gibi fiziksel sağlığa etkileri sorgulanmalı ve objektif olarak değerlendirilmelidir. Fiziksel belirtilerin yanı sıra bakım vericide alkol, sigara ve psikotrop ilaç kullanımında artış olabileceği akılda bulundurulmalı, bireylerde madde

kötüye kullanım belirteçlerinin de dikkatle araştırılması gerektiği unutulmamalıdır (Parks ve Novielli, 2002).

Hartford Enstitüsü'nün hazırladığı protokole göre informal bakım vericilere yönelik hemşirelik yaklaşımları;

- Bakım vericilerin bakım verme işine hazır oluşluk düzeyini artırmak için gerekli bilgi ve becerilerin kazandırılması,
- Bakım vericinin sorunlarının ve merak ettiği konuların birlikte ele alınması,
- Bakım vericiyi desteklemek yoluyla mevcut gücünün farkına varmasının sağlanması,
- Bakım vericinin ihtiyaç duyduğu uygun kaynaklara yönlendirilmesi,
- Bakım vericinin olası fiziksel ve duygusal sorunlara karşı henüz bakım işinin başında bilgilendirilmesi ve bu sorunların yönetiminde destek sağlanmasını kapsamaktadır (Karaaslan, 2013; Hartford Institute for Geriatric Nursing. Family Caregiving Nursing Standard of Practice Protocol: Family Caregiving. http://consultgerirn.org/topics/family_caregiving/want_to_know_more Erişim tarihi: 17.04.2019).

2.4.2.1. Stres Yönetimi Kavramı ve Bakım Verenlerde Stres Yönetimi

Stres yönetimi, maruz kalan bireylerin stresörlere karşı verdikleri bilişsel ve duygusal tepkisel yanıtları değiştirmek yoluyla, stresörün sebep olduğu negatif duygulanım ve sağlık problemlerinin etkileriyle çeşitli başetme yöntemleri olarak tanımlanmaktadır (Kenney, 2005; Bingöl, 2013).

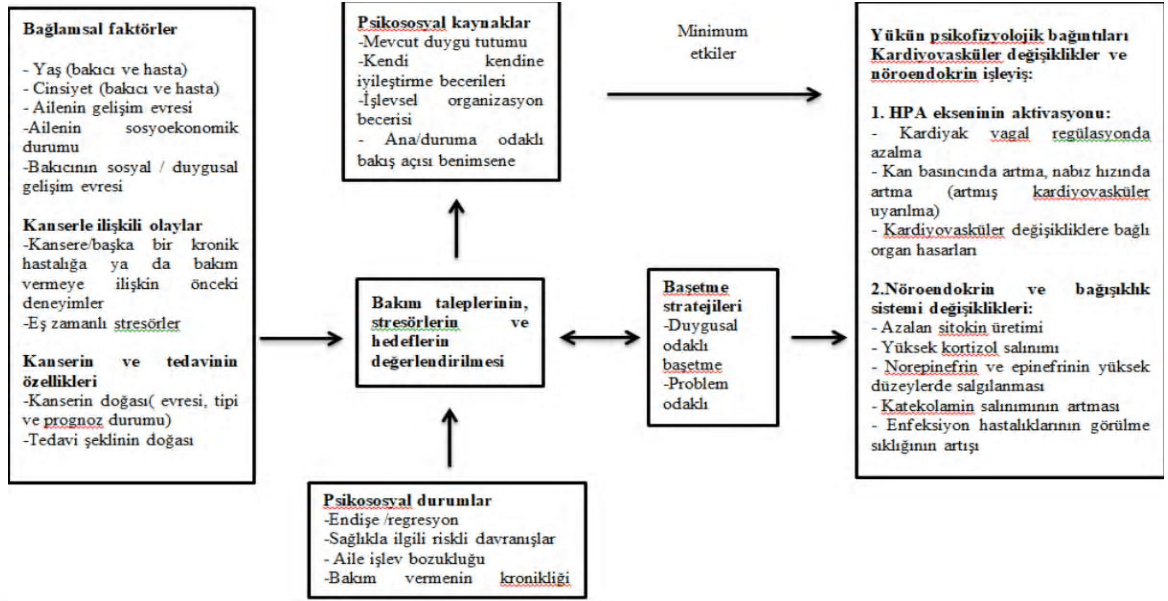
Stres yönetiminde genel olarak iki çeşit başetme yöntemi önerilmektedir. Bunlardan ilki stres verici durumun algılanışı üzerinde birtakım değişiklikler meydana getirmek ya da stres algısının şiddetini azaltmaya yönelik önlemler almak suretiyle gösterilen çabayı içeren problem odaklı başetmedir. İkincisi ise negatif duyguların sebep olduğu gerginliği rahatlatan, hareket ve düşünceleri içeren duygusal odaklı başetme olarak bilinmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2013; Yıldırım, 2014; Göriş, 2016).

Problem odaklı başetme stratejilerine problemin çözümü için geçerli bir eylem planı oluşturma, olası sonuçların analizi için gerekli tartışma becerilerini kullanma, bir sonraki basamakta karşılaşılabilecek durumlara konsantre olma, sorunun çözümü için

yapıcı değişiklikler uygulama, dışardan birinin bakış açısıyla değerlendirmeyi deneme, olayla ilişkili önceki deneyimleri gözden geçirme, zaman yönetimi becerilerini kullanma, olayla ilgili nerileri değerlendirme, atılganlık ve sistematik yaklaşım kullanma gibi etkinlikler örnek olarak verilebilir (Baltaş ve Baltaş, 2013; Yıldırım, 2014; Griş, 2016).

Duygusal odaklı başetme ise strese neden olan durumun kontrol edilemeyeceği durumlarda, duygusal gerginliği azaltarak stresin yıkıcı etkisinden korunmak için kullanılmaktadır. Bu baş etme yöntemi problem odaklı başetmeye göre daha pasif bir yöntemdir. Duygusal baş etmede stresli durumun neden olduğu olumsuz duygular kontrol altına alınıp düşüncenin olumlu bir yöne akması sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu amaçla mizahı kullanma, dikkati başka yöne çekme, durumu yeniden değerlendirip olumlu yönlerini görmeye çalışma, sağlıklı bir diyet uygulama, duygu ve düşünceleri yazarak anlatma, affetme, duygusal destek alma ya da fiziksel egzersiz ve solunum egzersizleri, yoga ve meditasyon gibi gevsime aktiviteleri yer almaktadır (Kanbay, 2009; Güleç ark., 2011; Baltaş ve Baltaş, 2013; Yıldırım, 2014; Yılmaz ve Oskay, 2015; Griş, 2016).

Literatürde, kanser hastalarının bakım verenlerinin yaşadıkları zorluklarla başa çıkma da farklı baş etme stratejileri kullandıkları görülmektedir. Karabulutlu (2014) kanser hastalarının bakım verici stresiyle başetme yollarını incelediği çalışmasında, bakım vericilerin en sık aktif planlama, bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal destek ve yardım arama ve spiritüel ritüellere başvurma gibi başetme yöntemlerini kullandıklarını belirtmiştir. Kim ve ark. (2007) alışmalarında başetme yöntemi olarak dini ritüellere yönelen bakım vericilerin daha yüksek yaşam doyumuna sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Yine başka bir çalışma sonucunda da bakım vericilerin başetme yöntemi olarak en sık problem çözme becerilerini kullandıklarını ve bu yöntemi kullanan bakım vericilerin daha az bakım yükü tanımladıkları bildirilmiştir (Patrick ve Hayden, 1999). Fuemmeler ve ark. (2005) ise bakım vericilerin duygusal odaklı başetme yöntemini tercih ettiklerini; bu yöntemi kullanmayanlarda ise hem travma sonrası stres semptomlarının arttığı hem de genel psikolojik sıkıntı durumu yaşadıklarını bildirmiştir.



Şekil 2.2. Kanser bakıcılarının başa çıkma stratejilerinin psikofizyolojik yük göstergeleri üzerindeki etkisine ilişkin önerilen bir model

Kaynak: Teixeira ve ark., 2018

Bakım vericilerde stres yönetimi için doğrudan bakım veren stresiyle ilgili bir vurgu olmasa da özellikle bakım verici yükü ve güçlüğüne yönelik olan birtakım girişimler etkili bulunmuştur. Bu girişimler aşağıdaki başlıklarda yer almaktadır; (Honea ve ark.,2008).

Psiko-eğitimsel girişimler: Bakım vericiler için bilginin programlanması/ düzenlenmesidir. Semptom yönetiminin öğretimi, psiko-sosyal konuların tartışılması, kaynakların tanımlanması, hizmet koordinasyonunun tartışılması ve bakım vericinin kendi bakımının öğretilmesini içermektedir.

Destekleyici girişimler: Bakım vericilerin bireysel ya da grup içindeki yerlerinin desteklenmesidir. Destekleyici girişimler bakım verme hakkındaki duyguların, başarıların ve zorlukların tartışılması üzerine odaklanmıştır.

Psikoterapi ve bilişsel davranışlar: Psikoterapi ve bilişsel davranışlar, negatif düşünceler ya da yaklaşımların tartışılması, problem çözme yeteneğinin geliştirilmesi, zaman ve emosyonel yönetim gibi konularda girişimleri içermektedir.

Günlük erişkin bakımı: Bakım vericiye zaman tanıyacak şekilde günlük yaşam aktiviteleri, denetleme ya da hemşire bakımını sağlama girişimleridir.

Masaj/ terapötik dokunma: Sertifikalı terapistler tarafından sağlanan, bakım vericinin yükünü ve güçlüğüne azaltmasının demonstrasyonunu sağlar.

Bahsedilen bu girişimlerle depresyon, fiziksel sağlıkta azalma, anksiyete, tükenmişlik, sosyal izolasyon gibi bakım yükü etkilerinin hafifletilmesi amaçlanmış, dolayısıyla bakım veren kişinin bakım verdiği hasta bireyin bakım kalitesinin de arttırılması hedeflenmiştir. Bu anlamda son zamanlarda stresi azaltarak yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen tamamlayıcı ve bütünlük (integratif) yöntemlere de olan ilgi giderek artmaktadır.

2.5. ENERJİ TERAPİLERİ

Çoğu doğu felsefesi ve tıp sistemlerinin temeli, canlı maddenin enerji alanlarından oluştuğu kavramına dayanmakta iken batı bilim ve tıbbi Newton teorisine sıkı sıkıya bağlı olduğundan batı tıbbında eğilim daha çok gözle görülebilir, fiziksel olarak ölçülebilir ve bir kabın şeklini alabilir bulgular üzerine yoğunlaşmıştır. Ancak, pek çok ortak görüş evrendeki tüm durumların sadece bu mekanistik kavram tarafından yönetilmediği yönündedir. Yeni bir bilim alanı olan kuantum fiziği ise enerji alanlarının varlığını ve zihin-beden-ruh bağlantısı fikrini desteklemektedir. Kuantum fizikçileri bugün, uzaktan iyileşmeyi açıklayan "yerel olmayan gerçeklik" kavramını tanımlamaktadır. Örneğin Byrd'in (1998) kardiyoloji servisinde yatan hastalarla yaptığı klasik çalışması, hastanın başucundan çok uzaklarda, çeşitli yerlerden hastanın şifası için gönderilen duanın olumlu etkilerini anlatmaktadır. Bu örnekte olduğu gibi birtakım olguların gözlemleri, belirli materyal türlerini kuşatan yeni bir enerji alanı kavramının varlığına kuvvetle işaret etmeye başlamıştır. Bu duruma başka bir örnek ise kâğıt kaplı bir mıknatısın metal tozlarını adeta "görünmez" bir güç ile tozun iki ucunu mıknatısın direklerine bağlayan eğik çizgiler haline getirmesi olarak açıklanmıştır. Manyetik alan görülemese de varlığı metalik toz üzerindeki etkisi tarafından tespit edilmiş ve ölçülebilmıştır. Günlük hayatta şahit olunan bir diğer yaygın örnek ise radyo dalgalarının tanınmasıdır. Yerel bir istasyonda ayarlanan bir radyo frekansı yayını tüm dünyadan dinlenebilmektedir. Böylece, görünmez kuvvet alanları kavramı klasik fizik teorisine eklenmiştir (Guthrie, 2001).

Yirminci yüzyılla birlikte Einstein, maddenin, enerjinin, zamanın ve uzayın birbirine göreceli olduğunu belirtmiştir. Geliştirdiği formül ile ($E = mc^2$), enerjinin sadece maddeden üretilebileceğini değil aynı zamanda maddenin de oldukça yavaş hareket eden enerjiden ibaret olduğunu göstermiştir (Guthrie, 2001; The Center for History of Physics (1996–2010): $E = mc^2$. <http://www.aip.org/history/einstein/emc1.htm> Erişim

tarihi:20.04.2019). Einstein ayrıca, zaman, mekân ya da maddenin herhangi bir değişikliği duyular yoluyla gözlemlenmeyi gerektirdiği için, herhangi bir deneyin, deneycinin algıları, sınırlamaları, tutumları, beklentileri ve niyetlerinden etkileneceğini belirtmiş ve "deneyci etkisi" hipotezini öne sürmüştür. Bu yeni görüş, batı bilim ve tıp eğitimi alan gözlemciler ile doğu geleneğine dayanan gözlemciler arasında kaydedilen çok büyük farklılıkların bir kısmını açıklamaya yaramıştır. Böylelikle Einstein'ın teorisi dünyayı ve onu anlamanın yolunu değiştirmiş ve görünenin ötesinde maddenin atom altı ve enerji bileşenlerinin varlığını gündeme getirmiştir. Çoğu araştırmacı fiziksel dünyanın ve bizi çevreleyen fizik evrenin enerjiden inşaa edildiği konusunda hemfikir olmuştur (Guthrie, 2001).

2.5.1. Enerji Terapileri ve Hemşirelik

Enerji terapilerinin temeli, canlının biyo-alanı ile etkileşim kurma prensibine dayalı müdahalelerden oluşmaktadır. Biyo-alan kavramı, tüm canlıların temel bileşiminin ayrılmaz bir parçası olan doğal bir enerji akışına sahip olduğu varsayımına dayanmaktadır. Kişinin bedeninin bir parçası olan biyo-alan aynı zamanda fiziksel bedenin ötesine enerji şeklinde uzanmaktadır. İnsan organizması kendi içinde elektrofizyolojik ve hormonal fonksiyonların yanı sıra fiziksel bedeni çevreleyen ve fiziksel bedene nüfuz eden gizli enerji sistemlerini barındırmaktadır (Schnepfer,2010; Erdoğan,2013).

Fiziksel beden boyunca akan enerji kavramı eski bir tarihe sahiptir ve çeşitli eski şifa uygulamaları ve pek çok tamamlayıcı ve destekleyici terapinin temelini oluşturmaktadır. Asya ülkelerinde yaygın olarak kullanılan bu tür sağlık yöntemlerinin temelinde, kişinin biyolojik alanının hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı etkilediği görüşü yatkındır. Söz konusu bütüncül sağlık uygulamaları kişiyi saf enerjiyle sağaltma yöntemlerine odaklanmışlardır. Bu amaçla terapotik dokunma, reiki ve iyileştirici dokunmayı içeren çeşitli enerji terapileri, sağlığın korunması, yükseltilmesi ve sağlıklı yaşlanmanın sürdürülmesine katkı sağlayan iyileştirici terapiler olup, non-invaziv olarak uygulanmaktadır (Erdoğan, 2013).

Pierce (2007) reikin de dahil olduğu enerji terapilerine dair yaygın varsayımları şöyle listelemiştir:

- İnsan bedeni, fiziksel anatomisiyle birbirine geçen ve ötesine uzanan ince bir enerji sistemine sahiptir.
- Subtil enerji, tüm canlılarda bulunan ve akan yaşamsal ve evrensel enerji olarak kavramsallaştırılabilir.
- İnsan vücudunun doğal kendini iyileştirme kapasitesi, subtil enerji sistemi sayesinde serbest ve dengeli bir akış ile desteklenir.
- Belki de fiziksel bedende tezahür etmeden önce hastalık ya da sağlıktan sapmaya dair bir durum enerji sisteminde tespit edilebilir ve bu durum vücudun kendi kendini iyileştirme yeteneğini harekete geçirmek için enerji uygulayıcılarının eyleminden terapötik olarak etkilenebilir.
- Bilinçli ve şefkatli iyileşme/iyileştirme niyeti, enerji tedavilerinin etkinliği için temel kabul edilir.
- Uygulayıcıların elleri vücuda dokunabilir veya dokunmayabilir. Uygulayıcılar ayrıca uzaktan, zihinsel olarak şifa işlemini yürütebilirler.

Enerji terapileri, kişiyi ve yaşamını birbirini farklı alanlarda etkileme potansiyeline sahip bir bütün olarak düşünme ve holizmi kabullenme temeline dayanması bakımından hemşirelik bakımının felsefesiyle oldukça önemli benzerlikler göstermektedir. Hemşirelik bakımında enerji terapileri, Florence Nightingale ile uygulamalardaki yerini almış, Martha Rogers ve Jean Watson gibi modern hemşire liderler tarafından yeniden kabul edilerek kavramsal çatı oluşturulmuştur. Bu hemşire teorisyenler, çevresel enerji alanları ve insan enerjisi alanları arasında bir etkileşim olduğunu öne sürmüş ve hemşirelik eğitiminden uygulamalara kadar her alanda enerji çevrelerine de yer verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Vitale ve O'Connor, 2006; Vitale, 2007; Fazzino ark., 2010). Hemşirelikte dokunma uygulamalarının temeli, enerjisel çevrenin insan enerji modeli üzerindeki iyileştirici etkilerine değinen Florence Nightingale'in bütüncül hemşirelik felsefesine dayanmaktadır. Ayrıca Martha Rogers'ın Üniter İnsan Varlığı Bilimi, hemşirelikte enerji çalışması araştırmaları için sağlam bir temel sağlamaktadır. Roger'ın hemşirelik bilim anlayışı, doğu ideolojisinde olduğu gibi, insan ve çevrenin birbirleriyle sürekli etkileşimde olan enerji alanlarından ibaret olduğu prensipleri üzerine kuruludur ve hemşirelik uygulaması sağlık potansiyellerini en üst düzeye çıkarmak için insan enerji alanını güçlendirmeyi amaçlamalıdır. Rogers insanı

psikolojik, fizyolojik ve sosyal bir sistemin parçaları olarak değerlendirmek yerine onu çevresiyle etkileşim içinde olan bir “enerji alanı” olarak ele almıştır. Enerji alanları birbiriyle bütündür ve sonsuza doğru genişler (Rogers, 1989; Allard ve Landry, 1998; Vitale, 2007; Pcptte ve Salvador, 2008). Kökenini Rogers’ın teorisinden alan terapötik dokunma da bir enerji terapisi olarak bilinmektedir. 1970’lerde Rogers’ın teorisinde etkilenen Dolores Krieger ve Dora Kunz tarafından geliştirilip uygulamalardaki yerini almıştır. Ellerle dokunularak uygulanan terapötik dokunmanın enerjisel özellikleri Dr. Kriger ve Kunz tarafından hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonellerine öğretilmiş sonraları ise hemşireler New York Üniversitesi’nde yüksek lisans düzeyinde bu konuda eğitilmişlerdir. Bu gelişme daha sonraları reikin de bir şifa tekniği olarak sağlık profesyonelleri tarafından yaygın olarak kullanılmasında önem kazanmıştır (Whelan ve Wishnia, 2003; Vitale, 2007; Erdoğan ve Çınar, 2011). Jean Watson’ın İnsan Bakım Modeli ve kişilerarası bakım teorisindeki çalışmaları da bütünlüğü, rahatlığı, kendini iyileştirmeyi ve refahı güçlendiren invaziv olmayan, enerjik çevresel alan yöntemleri gibi gelişmiş bakım yöntemlerini teşvik etmektedir. Jean Watson’a göre insanın tüm enerji alanı ve onunla bütünlüğü dahilinde bireyi keşfedebilen hemşirelik, bireye tamamlayıcı uygulamalar kapsamında farklı yollarla ulaşabilmektedir (Watson, 2008; Vitale, 2009).

2.5.2. Reiki

Reiki Kanji Japoncası kökenli, “Rei” ve “Ki” sözcüklerinin bir araya gelmesiyle oluşan bir kelimedir. Rei sözcüğü sözlükte “her yerde varolan”; Ki ise “ruhsal yaşam enerjisi” ya da “evrensel” anlamına gelmektedir. Spiritüel düzeyde ise Tanrı’nın tüm varlığını ifade etmektedir (Ateş ve Ateş, 2002). Ki Rei’nin parçasıdır ve tüm canlı varlıklarda bulunmaktadır. Bu enerji Çinliler tarafından “Chi”, Hristiyanlar tarafından “Kutsal Ruh”, Hintliler tarafından “Prana”, Kuhunoslar tarafından “Mana” ve Rus araştırmacılar tarafından “Bioplasmik Enerji” olarak adlandırılmıştır (Pocotte ve Salvador, 2008). Farklı kültürlerde farklı isimlerle anılan bu enerji Müslümanlar tarafından da “Rabb’in ruhundan ve nefesinden gelen enerji” olarak anılmaktadır. (Yücel, 2007).

Elleri kullanarak şifa verme, aslen teknik olarak antik çağlardan bu yana varlığını sürdüren bir şifa yöntemi olarak kabul edilmektedir. Japon Dr. Usui de bu yöntemlerden biri olan reikiyi 19.yy. da Sanskrit yazıtlarında keşfetmiştir ve yeniden kullanılmasını sağlamıştır. Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Tıp Merkezi (NCCIH), reikiyi,

uygulayıcıların ellerinden vücuda yayılan ve böylece doğal enerji akışının yeniden dengelemesini ve vücudun iyileşme kapasitesinin artmasını sağlayan enerji bazlı bir dokunuş terapisi olarak tanımlamaktadır. Reiki uygulamasının amacı, rahatlama ve stresin azaltılmasına yardım ederek sağlığı ve refahı yükseltmektir (Whelan ve Wishnia, 2003; 182. National Center for Complementary and Integrative Health. Reiki. <https://nccih.nih.gov/health/reiki-info> Erişim tarihi:30.04.2019).

Reiki, her bireyde doğal olarak bulunan yaşam enerjisiyle çalışmaktadır. Bu doğal şifa yönteminde enerji, dokunma yoluyla aktarılmakta ve düzenlenmektedir. Uygulayıcının ellerinden aktarılan enerji, alıcının negatif enerji alanına doğru ilerler. Böylece alıcının fiziksel bedende enerji seviyesi yükselir (Natale, 2010; Erdoğan, 2013).

2.5.2.1. Reikinın Çalışma Prensipleri

Doğunun sağlık paradigması, insan vücuduna en uygun sağlık koşullarını oluşturabilmek için gereken en büyük ihtiyacın bedeni enerji ile doldurmak, enerji alanlarını düzenlemek ve dengeyi sürdürmek olduğunu ve bu amaçla düzenli bir yaşam gücü enerjisi akışının gerektiğini öne sürmektedir. Ayrıca iyileşme ve iyi olma hali, kişinin enerji alanlarının integrasyonu ile zihin-beden-ruh bağlantısının bütünlüğüne bağlanmaktadır. Bu durum enerjik denge ve uyum hali olarak adlandırılmakta; biyopsikososyal ve spiritüel bütünleşmeyi içermektedir. Bu paradigma tüm enerji terapilerinde olduğu gibi reikinın da çalışma prensibidir (Nield-Anderson ve Ameling, 2000; Vitale, 2009). Bahsedilen enerji, bedenlerimiz üzerinde gözle görülmeyen, Sanskritçe “çakra” anlamına gelen merkezlerde bulunmaktadır. Yedi adet olduğu söylenen ve omurga boyunca yerleşen çakralar böbrek üstü bezleri, overler, testisler, prostat bezi, pankreas, timüs, tiroid, hipofiz ve epifiz gibi önemli salgı bezlerine bağlıdır. Her çakra bulunduğu bölgedeki önemli organlarla birlikte çalışmaktadır. Bu enerji kapıları, vücutta yaşam enerjisini (Ki) dolaştırır ve komşuluğundaki organların enerji düzeylerini dengeler. Bahsedilen enerji kanallarında meydana gelen bir tıkanıklık, bağlı bulunan organın beslenmesini güç hale getirir. Bu durum kendini bedende, ruhta ve spiritual alanda hastalık olarak göstermeye başlar. Yedi adet çakra ve görevleri aşağıda belirtildiği gibidir:



Resim 2.2. Vücudumuzdaki çakralar

Resim 2.3 Çakralara enerji giriş-çıkış yolları

Kaynak: The International Center for Reiki Training. <http://www.reiki.org/faq/learningreiki.html>

Erişim tarihi: 19.04.2019

Birinci çakra (Kök çakra): Sanskrit ismi Muladhara olan kök çakra koksiks üzerindedir. Muladhara “kök” ya da “destek kaynağı” anlamına gelmektedir. Temel görevi ve etkileri; güvenlik duygusu ve genel iyilik halinin sürdürülmesidir. Kök çakra böbrek üstü bezlerinin işlevlerini ve beden sıvılarının kimyasal yapısını kontrol eder. Bu çakranın enerjisi dengede olduğunda kişi, hayata bağlı ve yaşamdan keyif alır. Beden sağlığı yerindedir.

İkinci çakra (Sakral çakra): Sanskrit ismi, Svadhisthana olan sakral çakra, göbek deliğinin altında, karın bölgesindedir. Sakral çakra fizik dünyayla olan bağlantımız ve ilişkilerimiz ile ilintilidir, aynı zamanda bu çakra üreticilik yönümüzü temsil eder. Üreme organları, böbrekler, mesane, kan, sindirim asitleri ve benzeri vücut sıvıları, prostat bezleri, pelvis, overler ve bağırsaklara yaşam enerjisi sağlamaktadır. Kişinin yaratıcı gücünün gelişimi ve ahlaki değerler bu çakranın konusudur.

Üçüncü çakra (Solar pleksus–güneş sinir ağı merkezi): Parlak mücevher anlamına gelen üçüncü çakranın Sanskrit ismi, Manipuradır. Göğüslerin altında göbek deliğinin üzerindedir. Burada mide, karaciğer, pankreas ve dalak gibi organlar bulunmaktadır. Temel etkileri; özgüven, disiplin ve metabolizma ile ilgilidir. Üçüncü çakraya reiki uygulamak, yaşam gücü sağlamak, enerji depolamak, sinirlilik, korku ve şok duyguları ile stresin azaltılmasında iyileşme sağlar. Bireyin üçüncü çakra enerjisi dengede olduğunda sorun çözme becerisi, seçim yapma ve iç sesini izleme kapasitesine sahip olur.

Dördüncü çakra (Kalp çakrası): İncinmez anlamına gelen dördüncü çakranın Sanskrit ismi, Anahatadır. Göğsün ortasında yer alır. Temel görevi, merhamet, aşk, zihin- beden birliğini sağlamaktır. Bu çakrada enerji akışı ile ilgili bir sorun olduğunda, yalnızlık,

kıskançlık; değersizlik hissi, akciğere ilişkin sorunlar ile hipertansiyon gibi problemler görülür. Ayrıca kalp çakrası timus bezinin çalışması üzerine odaklıdır. Dolayısıyla bağışıklığın kuvvetlenmesi ve kişinin duygusal tepkileri üzerine çalışır.

Beşinci çakra (Boğaz çakrası): Saf anlamına gelen beşinci çakranın Sanskrit karşılığı, Vissudhadır. Boğazın üstünde hem tiroid ve paratroid bezlerine hem de gırtlak, boyun, ense, akciğer, broşlar, yemek borusu, ses telleri, çene, dişler, akciğerlerin üst kısmı, omuz ve kollara enerji akışı sağlar. Boğaz çakrası irade, ifade ve iletişim yeteneği ile gerçeği yansıtabilmenin merkezidir. Boğaz çakrasına reiki uygulaması hipo/hipertansiyon, bastırılmış duygular, abartılmış kızgınlık duyguları, kendini ifade etme sorunları için kullanılır.

Altıncı çakra (Alın çakrası-üçüncü göz): Sezgi merkezi anlamına gelen 6. çakranın Sanskritçede karşılığı, Ajnadır. Alın üzerinde yerleşmiştir. Eller alın çakrası üzerine enerji vermek üzere konulduğunda baş ağrıları, göz problemleri, yüksek ateş, sindirim bozuklukları ve şok duyguları için fayda verir. Alın çakrası bilinçlenmenin ve bilgeliğin merkezidir. Kişisel iradenin, Tanrısal iradeye teslimi bu çakranın enerjisi gereğidir.

Yedinci çakra (Taç-tepe çakra): Nilüfer anlamına gelen 7. çakranın Sanskrit ismi, Sahasraradır. Başın üst kısmında bulunmaktadır. Spiritual ilişkilerin enerji merkezidir. Eller enerji vermek üzere taç çakranın iki yanına yerleştirildiğinde baş ağrısı, göz problemleri ve duygusal sorunlarla ilgili rahatlama sağlar. Bu çakra bizi “evrensel yaşam gücüyle” ve “ilahi varlığımızla” birleştirir. Beyin zarı ve merkezi sinir sisteminin büyük bölümünü besler. Burada epifiz salgı bezini etkiler, serotonin ve melatonin hormonu üzerinde etki eder (Vitale ve O’Connor, 2006; Omay, 2015; 186. The International Center for Reiki Training. <http://www.reiki.org/faq/learningreiki.html> Erişim tarihi: 19.04.2019)

2.5.2.2. Reiki Eğitimi

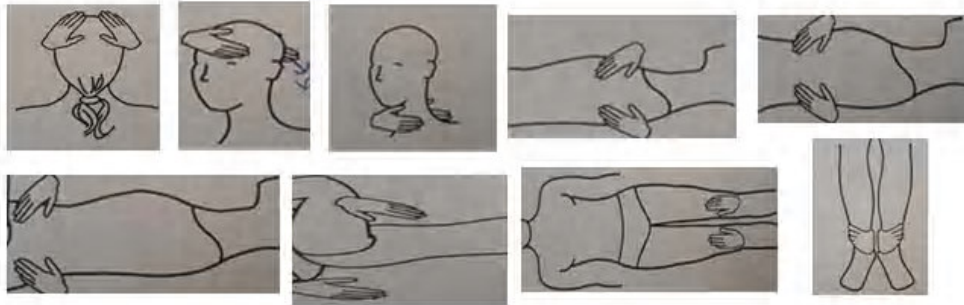
Reiki, uygulayıcı olmak isteyen kişiye bir reiki eğitmeninin uyumlama (inisiyasyon) yapması sonrası reiki kanalı olma yetisini kazanması ile uygulanabilmektedir. Eğitimi tamamlayıp inisiye olan kişi, eğitim seviyesine göre dokunarak ya da uzaktan gönderim yolu ile reikiye kanal olabilir. Reiki eğitimi üç seviyeden oluşmaktadır.

Shoden olarak adlandırılan ilk seviyede reikin tarihçesi, nasıl çalıştığı, yararları, tedavi yöntemi olarak el pozisyonlarının kendi ya da başkalarının vücuduna uygulamada nasıl kullanılacağı, temel el pozisyonların nasıl olacağı öğretilir (The

International Center for Reiki Training. <http://www.reiki.org/faq/learningreiki.html> (Erişim tarihi: 19.04.2019). Okden olarak adlandırılan ikinci seviyede semboller, sembollerle ilgili bilgiler, uygulama ile zihinsel bilgilerin çoğu ve uyumlama yer alır. Bu düzeyde uzak mesafeden tedavi tekniği, geçmişe odaklanarak travmanın iyileştirilmesi, kendimiz için geleceğe dönük reiki enerjisi gönderme, arzulanan koşulları oluşturma gibi durumlar elde edilir. Shinpiden adlı üçüncü seviye reiki sistemini öğretebilmek için alınan eğitimidir. Bu seviyede inisiyasyonun yanı sıra reiki masterlık sembolü ve inisiye öğretme yöntemi öğretilir (Anderson ve Ameling, 2001; Miles ve True, 2003; Omay, 2015).

2.5.2.3. Reiki Uygulaması

Reiki, uygulaması oldukça kolaydır. İnisiyasyon işleminden sonra enerji akışını başlatmak için kişinin tüm benliğini reikiye açarak istemesi yeterlidir. Sonrasında reiki uygulaması ya eller bedene dokunarak ya da bedenden birkaç santimetre yükseklikte tutularak yapılmaktadır. Reiki uygularken eller; baş, boyun, göğüs, karın boşluğu, kasıklara dokunmak suretiyle her bir pozisyonda 3-5 dakika sürecek şekilde tutulur. Tedavi süresi ortalama 30-90 dk. sürer (Gallop, 2003; Erdoğan, 2013; Omay, 2015)



Resim 2.4. Reiki I. Aşama Uygulama El Pozisyonları
Kaynak: Omay, 2015

2.5.2.4. Reikin Etkili Olduğu Sağlık Sorunları ve Hemşirelik Uygulamalarındaki Yeri

Reiki uygulaması, farmakolojik yöntemler ile birlikte kullanıldığında kronik yorgunluk, diyabetik nöropati, cerrahinin neden olduğu ağrılar, kanser tedavisi, kardiyovasküler hastalıkların semptomları, anksiyete, depresyon gibi emosyonel bozukluklar, akut ya da kronik ağrı, infertilite ile ilişkili sorunlar, nörodejeneratif bozukluklar, AIDS, otizm ve gelişimsel bozukluklar, Crohn hastalığı, irritabl bağırsak sendromu, travmatik beyin

yaralanması ve yorgunluk gibi sağlık sorunlarında iyileşmeyi sağlamaktadır. Bütünleşik yöntemlerin (aromaterapi, dikkatini dağıtma, imajinasyon/düş kurma, mizah, masaj, müzik, reiki, sıcak-soğuk uygulama, meditasyon, refleksoloji, pozisyon verme, TENS) kanıt düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, 7 reiki makalesinden 6 makalenin D, birinin ise C düzeyinde kanıt sağladığı saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda reikinin sıcak-soğuk uygulamalar, aromaterapi, meditasyon, refleksoloji, TENS ve pozisyon verme yöntemlerine göre kanıt derecesinin daha yüksek olduğu; masaj, müzik, mizah ve imajinasyon gibi diğer yöntemlerle kanıt derecesinin aynı olduğu belirlenmiştir (Williams, 2009).

Literatürde kanser hastalarının stres ve anksiyetelerini azaltmak için girişimli çalışmalar bulunsa da bakım vericilerin streslerini azaltmaya yönelik uygulamalara rastlanılamamıştır. Yapılan çalışmalarda; reikinin kan basıncı, nabız ve solunum hızının normal düzeye ulaşmasını sağladığı, hemoglobin ve hematokrit düzeylerinde pozitif değişiklikler meydana getirdiği, akut ve kronik ağrıyı azalttığı, uykuyu kolaylaştırdığı, yorgunluğu giderdiği, anksiyeteyi, korkuyu ve stresi azalttığı bildirilmektedir (Baldwin ark., 2008, Erdoğan, 2013). Bunların dışında Baldwin ve ark. (2008) laboratuvar farelerinde yaptığı çalışmalarında, stres altında olan farelerin nabız hızının düzenlenmesinde reikin etkili olduğu ve bunun sonucunda insanlarda stresi azaltmada reikin kullanılabileceğini ileri sürmüştür. Mackay ve ark. (2004) reiki tedavisinde otonom sinir sistemindeki değişikliklerin incelendiği tek kör, randomize kontrollü ve üç gruptan (reiki, plasebo ve kontrol) oluşan çalışmada reiki grubunun tedavisi sırasında ölçülen nabız hızı ve diyastolik kan basıncının diğer gruplara göre önemli derecede azaldığı saptanmıştır. Depresyon ve algılanan stres düzeyi üzerinde reikin etkilerinin çalışıldığı bir araştırmada, 6 haftalık reiki seanslarının ardından stres semptomlarının belirgin şekilde azaldığı belirtilmektedir. Aynı zamanda bu araştırma sonuçlarının uzun vadede devam ettiği ve semptom farklılıklarının bir yıl sonra da sürdüğü ortaya konmuştur (Shore, 2004). Rodríguez ve ark. (2011) çalışmada, tükenmişlik sendromu yaşayan hemşirelere sadece bir kez uygulanan tek seanslık reikin kan basıncını düşürdüğü, nabız hızını azalttığı ve tükürük alfa amilaz ve Ig-A salgısını artırarak bağışıklık sistemini güçlendirdiği bildirilmiştir.

Hemşirelik bakımının temel amacı, bireyin biyopsikososyal iyilik halini korumak ve arttırmaktır. Reiki hemşirelere bu amaç doğrultusunda bakım olanaklarını basit, güvenli ve invazif olmayan bir şekilde sürdürme kolaylığı sağlayabilmektedir. Nitekim Kuzey

Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA) hemşirelik tanıları arasında, reikinın hemşirelik bakımında kullanılmasının gerekliliğini doğrulayan “Enerji alanında rahatsızlık”, “Anksiyete”, “Uyku bozukluğu”, “Yorgunluk”, “Akut-kronik ağrı”, “Stres yüklenmesi” gibi tanımlar bulunmaktadır. Hemşireler tarafından yürütülen çalışmaların sonuçlarında reikinın migren ağrısını hafiflettiği, yorgunluğu azalttığı, anksiyete, bulantı –kusma gibi semptomları iyileştirdiği; rahatlamayı ve gevşemeyi kolaylaştırdığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaya olan isteği arttırdığı ve kan basıncını düşürdüğü belirtilmektedir (Hulseve ark.,2010; Salles ark., 2014). Amerikan Hastane Birliği’ne göre, ABD hastanelerinin %15’inde hemşireler hastalara reiki seansları sunmaktadır. Hemşireler ellerini kullanarak uyguladıkları bu reiki seanslarının hastalarında gevşemeyi sağladığı, ağrıyı azalttığı, stres yönetimine yardımcı olduğu ve ruhsal bir iyileşmeyi teşvik ettiği gibi klinik gözlemleri rapor etmişlerdir (Vitale, 2009). Bir hemşire ve aynı zamanda reiki uygulayıcısı olan Kennedy (2001) de Saraybosna’da işkence mağdurlarıyla yürüttüğü reiki seansları sonucunda alıcıların uykuya dalmak için aldıkları tabletleri bırakarak yardımsız uykuya dalabildiklerini, bedenlerindeki ağrıların rahatladığını, kas gerginliklerinin ve stres düzeylerinin azaldığını belirtmiştir.

Reikinın biyolojisi yeniden dengelendiği, otonomik sinir sistemi aktivitesini düzenleyerek vücudun iyileşme ve strese karşı sistemik direnci artırma yeteneğini güçlendirip kendi kendini iyileştirmeyi teşvik ettiği bildirilmektedir. Ayrıca reiki bu etkileriyle bağışıklık sistemi fonksiyonunun düzenlenmesine ve endorfin üretiminin artmasına da yol açabilmektedir (Miles ve True, 2003; Díaz-Rodríguez ve ark., 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, kantitatif ve kalitatif olarak iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırma kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca haftada bir kez 60 dakika süre ile 9 ana noktaya (taç çakra, alın çakrası, boğaz çakrası, kalp çakrası, solar plexus, sakral bölge, kök çakra, dizler, ayak bileği ve ayaklar) uygulanan reikin stres düzeyine etkisini belirlemek amacıyla, kantitatif araştırmanın ön test-son test randomize kontrollü tek kör çalışma deseni ve kalitatif araştırmanın yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Adana il merkezinde bulunan Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Birimleri'nde yürütülmüştür. Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıbbi Onkoloji Birimi'nde bir profesör, dört doçent ve bir uzman olmak üzere 6 hekim ile ayaktan kemoterapi ünitesinde 5 hemşire; Radyasyon Onkolojisi Birimi'nde ise bir profesör, bir doçent, iki uzman hekim, dört radyoterapi fiziği uzmanı ile 5 hemşire teşhis, tedavi ve bakım hizmeti vermektedir. Günlük poliklinik sayısı 120-140 hasta civarında olup bu hastaların bir kısmı yataklı serviste izlenirken bir kısmı ise ayaktan kemoterapi ünitesi ile radyoterapi biriminde tedavi görmektedir. Ayaktan kemoterapi ünitesinde günlük ortalama 60 hastaya ayaktan ya da yatarak kemoterapi uygulanırken; radyasyon onkolojisinde günlük ortalama 60 hasta radyoterapi almaktadır. Yatan ve ayaktan kemoterapi ya da radyoterapi alan hastaların yanlarında refakatçi bulundurmaları zorunludur. Klinikte hasta ve bakım vericilerin stres düzeyinin rutin değerlendirmesi yapılmamakta ve stres düzeyini azaltmaya yönelik herhangi bir tamamlayıcı ve bütünlük (integratif) uygulama yer almamaktadır.

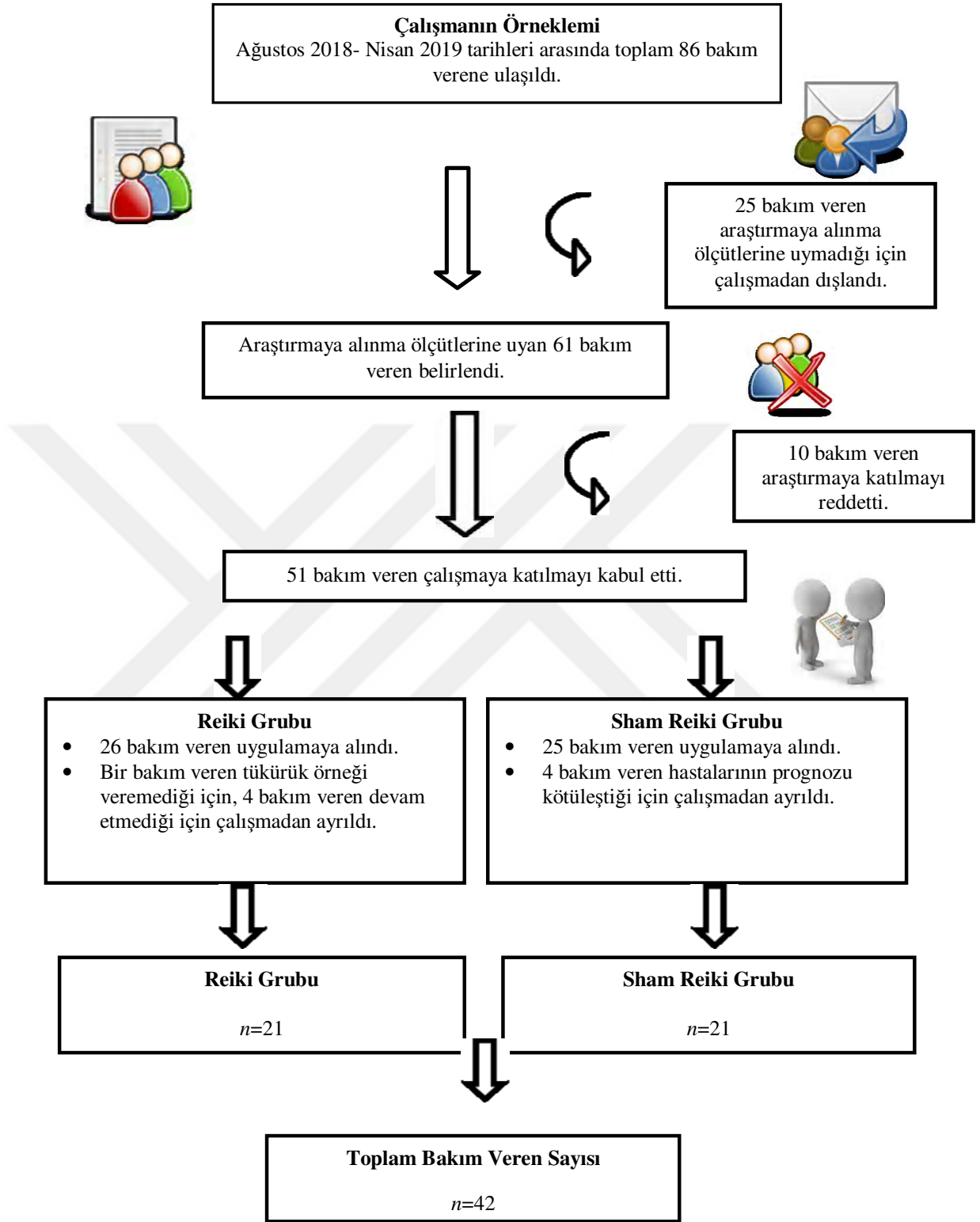
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıbbi Onkoloji Birimi ve Radyasyon Onkolojisi'nde tedavi gören 86 kanser hastasının bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında örneklemden elde edilen veriler kullanılmıştır. Araştırma süresince örneklem grubunun verileri doğrultusunda güç analizi yapılarak araştırma sürdürülmüş, reiki uygulama grubu 21 ve sham reiki kontrol grubu 21 olmak üzere toplam 42 bakım veren ile araştırma sonlandırılmıştır. Grupların uygulama öncesi ve sonrası Bakım Veren Stres Ölçeği (BVSÖ) puanları arasındaki fark temel alınıp Turcosa Analytics programı kullanılarak yapılan güç analizinde etki büyüklüğü 1.71 ve araştırmanın gücü %99 olarak belirlenmiştir (EK-1).

Veri toplama süreci Ağustos 2018 tarihi itibarı ile başlamış ve Nisan 2019 tarihine kadar uygulama devam etmiştir. Araştırmaya dahil edilmek üzere toplam 86 bakım veren hasta yakını, kemoterapi ünitesi sorumlu hemşiresi ve radyoterapi ünitesi sekreteryası tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir. Araştırmacı yönlendirilen bakım verenler ile ön görüşme yaparak araştırmaya alınma ölçütlerini değerlendirmiştir. Bu değerlendirme sonucunda 25 bakım verenin araştırmaya alınma ölçütlerine uygun olmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya alınma ölçütlerine uyan 61 bakım verenden 10'u araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 51 bakım verenin ön test verileri araştırmacı tarafından alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen bakım verenlerin 26'sı kemoterapi birimi sorumlu hemşiresi tarafından hastaların protokol numaralarının yazılı olduğu kağıtların torbadan çekildiği kura yöntemi ile reiki uygulama grubuna, 25'i ise sham reiki grubuna randomize edilmiştir. Reiki uygulama grubundaki bir bakım veren tükürük örneği veremediği için ilk uygulama gününde çalışmadan ayrılırken 4 bakım veren ilk haftadan sonraki uygulama randevularına devam etmediği için çalışmadan ayrılmış, reiki uygulama grubundaki 21 bakım veren ile 6 haftalık uygulama süreci tamamlanmıştır. Sham reiki grubundaki bakım verenlerin 21'i 6 haftalık uygulama sürecini tamamlamış olup 4'ü ise bakım verdikleri hastaların prognozlarının kötüleşmesi sebebiyle devam etmek istemediklerini belirterek araştırmadan ayrılmıştır. Çalışma Nisan 2019 tarihinde 21 reiki uygulama grubu ve 21 sham reiki kontrol grubu olmak üzere 42 bakım verenle tamamlanmıştır (Şekil 3.1).

Grup-1: Reiki uygulanan grup (Müdahale grubu)

Grup-2: Sham reiki uygulanan grup (Plasebo-kontrol grubu)



Şekil 3.1. Örneklem Diyagramı

3.3.1.Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- 18 yaşın üzerinde olmak,
- Türkçe konuşmak ve iletişim kurabilmek,
- Kadın olmak,
- Tedavi alan kanser hastalarının primer bakım verici aile bireyi olmak,
- Hastaya en az 6 aydır bakım veriyor olmak,
- Günde en az 8 saat hastaya bakım vermek ve Bakım Veren Stres Ölçeği'nden "7" ve üzeri puan almak,
- Verilen form ve anketleri cevaplayabilecek yeterlilikte olmaktır (Orak ve Sezgin, 2015; Tosun ark., 2015; Koç ark., 2016).

3.3.2.Araştırma Dışı Bırakılma Ölçütleri

- Bakım hizmetini ücret karşılığı veriyor olmak,
- Nabız hızı ve kan basıncı ölçümünü engelleyecek başka bir tıbbi soruna sahip olmak,
- Nabız hızı değişken olmak,
- Başka tıbbi sorunlar nedeniyle tükürük salgısı veremeyecek durumda bulunmak,
- Kortizol ve türevi ilaç kullanıyor olmak,
- Psikiyatrik bozukluk öyküsü olmak,
- Reiki uygulayıcısı ya da eğitmeni olmak,
- Daha önce Reiki/Terapötik dokunma/İyileştirici dokunma gibi enerji terapileri almış olmak,
- Diğer tamamlayıcı ve bütünlük tıp uygulamalarını kullanmaktır (Friedman ark., 2010; Díaz-Rodríguez ark., 2011; Sağkal, 2012; Erdoğan, 2013; Orak ve Sezgin, 2015)

3.3.3.Sonlandırma Ölçütleri

- Bakım verdiği hastası hayatını kaybeden,
- Hastanın primer bakımından ayrılan,
- Çalışmadan ayrılmak isteyen,

- Kurum/il değiştiren,
- Reiki uygulaması sırasında olumsuz etkilenim belirtileri gösteren bakım verenlerde çalışma sonlandırılmıştır (Díaz-Rodríguez ark., 2011; Sağkal, 2012; Erdoğan, 2013; Orak ve Sezgin, 2015).

3.3.4.Katılımcıların Gruplara Randomizasyonu

Çalışma ölçütlerine uygun olan bakım vericilerin bakım verdikleri hastalar, protokol numaralarına göre listelenmiş ve katılımcılar gruplara kemoterapi ünitesi sorumlu hemşiresi tarafından basit rastgele örnekleme yöntemi (kura yöntemi) ile atanmıştır. Böylece katılımcıların müdahale ve plasebo gruplarına körlenmiş olmaları sağlanmıştır.

3.3.5.Anketörlerin Eğitim Süreci

Sham reiki grubunun uygulamalarının yapılması ve son uygulama haftasında BVSÖ ile her iki gruptaki kadınların streslerinin tekrar değerlendirilmesi için dört öğrenci hemşire anketör olarak araştırmacı tarafından eğitilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce BVSÖ’nde bulunan soruların cevaplanması için anketörlere yüz yüze görüşme tekniği araştırmacı tarafından anlatılmış, ölçekte bulunan her bir soru içerik olarak açıklanmıştır. Sham reiki uygulamasının yapılabilmesi için araştırmacı anketörlere aura düzeltme, çakra eşitleme ve 5 dakika boyunca dokunulması gereken çakralar ile diz ve ayak noktalarını demonstrasyon yöntemi ile anlatmış, içlerinden biri üzerinde uygulamıştır. Sonrasında her anketörün doğru yapıp yapmadığı uygulama yaptırılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Her bir anketörün eğitimi ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.3.6.Reiki ve Sham Reiki Uygulamaları

Reiki grubuna yapılan uygulamalar Usui metoduna göre II. düzey eğitimini tamamlamış (EK-2) ve dört yıllık deneyimi bulunan araştırmacı tarafından yapılmıştır. Sham reiki grubunun uygulamaları ise inisiye edilmemiş, yalnızca araştırmacı tarafından aura düzeltme, el pozisyonları ve çakra eşitlemesinin demonstrasyon yoluyla öğretildiği dört öğrenci hemşire tarafından sürdürülmüştür. Sham reiki grubundaki her bakım verenin uygulamaları öğrenci anketörlerce yapılmıştır. Reiki uygulaması, ilgili literatür taraması (Pearlin ark., 1990; Özgen ve Babekoğlu, 2001; Mystakidou ark., 2007; Coristine ark.,

2003; Al-Jauissy, 2009; Mancini ark., 2011) doğrultusunda ve bir uzman görüşü alınarak oluşturulan, Reiki Uygulama Protokolü (EK-6) doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

3.4.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmanın kantitatif verilerinin toplanmasında “Bakım Verici Tanıtım Formu” (EK-3), bakım verenlerin stres düzeyini belirlemek amacıyla “Bakım Veren Stres Ölçeği” (EK-4), “Uygulama İzlem Formu” (EK-5), “Reiki Uygulama Rehberi” (EK-6) ve “Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi” (EK-7) kullanılmıştır.

Çalışmanın kalitatif verileri, uzman görüşü ve literatür taranarak (Whelan ve Wishnia, 2003; Díaz-Rodríguez ve ark., 2011; Sağkal, 2012; Erdoğan, 2013; Omay, 2015) oluşturulmuş yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan “Bakım Vericilerin Reiki Deneyimine İlişkin Görüşleri Formu” (EK-8) aracılığıyla araştırmacı tarafından bireysel derinlemesine görüşme metoduyla ses kaydı alınarak toplanmıştır.

3.4.1. Bakım Verici Tanıtım Formu (EK-3)

Araştırmacı tarafından bu konuya ilişkin literatür (Atagün ark., 2011; Sağkal, 2012; Erdoğan, 2013; Yıldız ve ark., 2016; Yılmaz ve Ata, 2017) incelenerek geliştirilmiş, 26 sorudan oluşan bu formda hastanın ve hastaya bakım veren aile bireyinin tanıtıcı özellikleri, bakım verme deneyimi, hastanın hastalığı ve aktivitelerini yerine getirebilme durumu ile ilgili sorular bulunmaktadır. Form, iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde bakım verenin sosyodemografik özellikleri, ikinci bölümde hastaya bakım verme süresi, daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastanın bakımı konusunda deneyim yaşama durumu, böyle bir deneyim yaşadığıysa bakım verme süresi ile şu an bakım verdiği hastanın yardımsız yemek yiyebilme, giyinebilme, tuvalete gidebilme, banyo yapabilme, büyük abdestini ve idrarını kontrol edebilme durumu ve hastanın tanısı, yaşı, cinsiyeti gibi özellikler yer almaktadır. Tanıtım formundaki sorular bakım verenlerle yüz yüze görüşme metodu ile ve hasta dosya kayıtlarından yararlanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuş, görüşmeler ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.4.2. Bakım Veren Stres Ölçeği (BVSÖ) (EK-4)

Bakım Veren Stres Ölçeği (BVSÖ), Robinson (1983) tarafından bakım verenlerin bakım yükünü ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek potansiyel olarak bakım konusunda kaygıları olan aileleri hızla tesbit etmek için kullanılabilen bir araçtır. Bakım verilmesindeki stres ölçümleri 13 maddeden oluşmaktadır. Ana konular; iş durumu, mali durum, fiziksel durum, sosyal durum ve zamandır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan “0”, en yüksek puan ise “13”tür. Ölçekteki 7 veya daha fazla maddeye verilen olumlu cevap (7 puan ve üzeri), stresin bakım verici tarafından yüksek algılandığını dolayısıyla bakım yükünün var olduğunu göstermektedir. Robinson çalışmasında 0.86’lık bir cronbach alfa değeri elde etmiştir. Ölçeğin Türkçe’ye geçerlilik-güvenirliliği Uğur (2006) tarafından kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri ile yapılmış ve ölçeğin cronbach alfa değeri 0.75 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ise Cronbach's α katsayısı 0.66 olarak bulunmuştur. Literatüre göre bu yüzde kabul edilebilir düzeydedir (Cronbach, 1951; Kılıç, 2016). Bunun yanında kullandığımız ölçeğin nominal olması nedeniyle Cronbach's α katsayısının beklenen değerden düşük çıkmasını açıklamaktadır (Cronbach, 1951; Erkuş, 2003). Çalışmada BVSÖ yüz yüze görüşme yöntemiyle ilk görüşmede araştırmacı tarafından son görüşmede ise araştırmacının uygulama sonrası stres puanlarına körlemesinin sağlanması amacıyla anketörler tarafından uygulanmış, ölçeğin uygulanması ortalama 20 dakika sürmüştür.

Ölçek çalışmaya hasta seçiminde araştırmacı tarafından ve örnekleme giren bakım vericilere son uygulama sonunda araştırmacı tarafından gerekli eğitimlerin verildiği dört anketörce uygulanmıştır.

3.4.3. Uygulama İzlem Formu (EK-5)

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda müdahale ve plasebo kontrol gruplarının reiki ve sham reiki uygulamalarından önce ve sonra toplanan tükürük numunelerinden analiz edilen kortizol düzeyleri ile her uygulama öncesi ve sonrası ölçümü yapılan nabız hızı ve kan basıncı değerlerinin kayıtları bulunmaktadır. Uygulama İzlem Formu müdahale grubunda reiki uygulayıcısı araştırmacı tarafından, plasebo grubunda ise sham reiki uygulayıcısı anketörler tarafından uygulanmıştır.

3.4.4. Reiki Uygulama Rehberi (EK-6)

Reiki uygulama rehberi, ilgili literatür (Usui ve Petter, 1999; Whelan ve Wishnia, 2003; Omay, 2015) incelenerek ve konuya ilişkin uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Rehberde reiki uygulayıcısının uygulamadan önce yapması gerekenler, uygulanacak kişiye verilecek pozisyon, ellerin terapi yapılacak vücut bölümlerine nasıl yerleştirileceği, uygulama boyunca yapılacaklar ve uygulamanın sonlanışına ilişkin yönlendirmeler yer almaktadır. Bu form her iki grubun uygulayıcılarına rehberlik yapması amacıyla hem reiki uygulayıcısı hemde sham reiki uygulayıcısı uygulayıcılar tarafından kullanılmıştır.

3.4.5. Tükürük Numunelerinin Toplanması ve Tükürük Kortizolünün Değerlendirilmesi

Tükürük numuneleri tükürük kortizol tüpü ile toplanmış; tükürükteki kortizol miktarı, elektrokemilüminesans immünolojik test (ECLIA) yöntemi ile dış laboratuvardaki özgül cihaz ile ölçülmüştür. Kortizol tüpü içinde bulunan rulo pamuk iç tüpten çıkarılarak yaklaşık iki dakika boyunca katılımcıların dişlerinin arasında hafifçe çiğnetilerek pamuğun tükürük ile iyice doymuş duruma gelmesi sağlanmıştır. Sonrasında rulo pamuk iç tüpe geri yerleştirilip tüpün ağzı kapağı ile kapatılmıştır. Dış laboratuvara ulaştırılan numuneler öncelikle tükürüğün iç tüpten ayrılarak dış tüpe çıkması için 1000 g'de iki dakika boyunca santrifüjlenmiş ve analize kadar 2-8 °C'de bekletilmiştir. Pik kortizol üretiminin sabah erken saatlerde (Saat: 06:00- 10:00) meydana geldiği göz önünde bulundurularak tükürük numuneleri 11:00'dan önce toplanmış, bu saat aralığı için referans değer <0.874 ug/dL olarak (Bkz. Tablo 3.1) alınmıştır (Tsigos ve Chrousos, 2002; Buckley ve Schatzberg, 2005; Chan ve Debono, 2010; Vogeser ve ark., 2017).

3.4.6. Kan Basıncı ve Nabız Hızının Ölçümü

Kan basıncı ve nabız hızı ölçümleri uygulama beceri öğrenim rehberi basamaklarına göre (Delaune ve Ladner, 2002; Potter ve Perry, 2004; Işık, 2007) araştırmacı ve anketörler tarafından yapılmıştır (Bkz. Tablo 3.1). Her uygulama öncesi ve sonrası yapılan kan basıncı ve nabız hızı ölçümleri, ölçümler arası varyasyonları en aza indirebilmek amacıyla beş dakika aralarla üçer kez ölçülmüş ve Uygulama İzlem Formu'na üç ölçümün ortalama değeri kayıt edilmiştir. Kan basıncı ölçümünde

güvenilirliği onaylanmış ve kalibrasyonu sağlanmış, brakial arter üzerinden ölçüm yapan bir dijital tansiyon ölçme aleti kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Tükürük Kortizol, Kan Basıncı ve Nabız Hızı Referans Aralıkları

Tükürük Kortizolü (ug/dL)	Kan Basıncı (mmHg)	Nabız Hızı (vuru/dk)
<0.874	120/80-130/85	60-100

3.4.7. Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi (EK-7)

Reiki uygulamasında yaşanabilen psikodinamik tepkileri sorgulayan liste, araştırmacı tarafından literatür taranarak (Usui ve Petter, 1999; Cox ve Hayes, 1999; Potter, 2013; Omay, 2015) oluşturulmuştur (EK-5). “Psikodinamik Tepki Listesi”nde bireylerin uygulama sırasında ve sonrasında hissedebilecekleri rahatlık, gevşeme, uyku, sakinlik ve ağırlık hissi, tüm bedene sıcaklık yayılması, enerji akışını, bedenin soğuması, farklı beden bölümlerinde karıncalanma, gözler kapalı iken çeşitli renklerde ışıklar görme ve huzursuzluk gibi psikodinamik etkiler yer almaktadır. Liste her uygulamadan sonra müdahale ve plasebo kontrol gruplarının uygulayıcıları tarafından doldurulmuş, cevaplama ortalama 10 dakika sürmüştür.

3.4.8. Bakım Vericilerin Reiki Deneyimine İlişkin Görüşleri Formu (EK-8)

Reiki uygulaması sonrasında araştırmacı tarafından bireysel derinlemesine görüşme yöntemiyle reiki uygulanan gruptaki bireylerin, uygulamayla ilgili deneyim ve görüşlerinin alınması amacıyla literatür doğrultusunda oluşturulmuş (Tekin, 2006; Sağkal, 2012; Özdemir, 2016), sham reiki grubundaki bireyler görüşmeye alınmamıştır. Bireysel derinlemesine görüşmelerin yapılacağı bu formda, bakım vericilerin “*reiki uygulamasına yönelik düşünceleri*”, “*stres düzeyini azaltmak amacıyla reikinin bakım verdikleri hastalara uygulanması hakkındaki düşünceleri*”, “*reikinin hastanede yattığı süre içerisinde bakım verdikleri hastalara hemşireler tarafından uygulanması konusundaki düşünceleri*” başlıklarında yarı yapılandırılmış sorular yer almaktadır. Formdaki sorular, verilen yanıtlardan oluşturulan temalar ve ifade bütünlüğüne ilişkin olarak araştırmacı tarafından uzmanlık alanı sosyoloji olan bir uzmandan görüş alınmıştır. Bakım verenlerin soruları cevaplamaları ortalama 15 dakika sürmüştür. Alınan cevaplar betimsel ve içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir.

3.4.7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK –9)

Bu form, çalışmaya katılan reiki ve sham reiki grubundaki bireylere çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilerek bilgilendirilmiş gönüllü olurlarının yazılı olarak alınması için araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

3.5. ÖN UYGULAMA

Çalışmada kullanılan veri toplama araçlarının işlerliği, süresi ve uygulama sürecinde karşılaşılabilecek sorunları saptamak belirlemek amacıyla kanser hastasına primer bakım veren beş bireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan bakım vericiler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Ön uygulamadan sonra formlarda ve çalışma uygulama planında gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler (Etik Kurul, Kurum İzni, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur) alındıktan sonra çalışmanın yürütüleceği birimlerdeki sağlık ekibiyle görüşülerek araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında araştırmacı tarafından bilgi verilmiştir. Müdahale ve plesebo kontrol grubundaki bireylere uygulamaya başlamadan önce araştırmacı ve anketörle tarafından çalışmanın amacı açıklanmış ve bireylerin yazılı bilgilendirilmiş gönüllü oluru alınmıştır (EK-9). Katılımcılara uygulanacak formlar ve ölçekler ilk görüşmede araştırmacı tarafından, son uygulamadan sonra ise gerekli eğitimlerin verildiği anketörler tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Reiki uygulaması eğitim almış ve sertifikaya (EK-2) sahip araştırmacı tarafından uygulanırken sham reiki uygulamaları araştırmacı tarafından eğitilen (Bkz. Bölüm 3.3.5) anketörlerce sürdürülmüştür. Altı haftalık uygulamalar sonrasında her iki gruba da araştırmacı tarafından bakım sürecinde karşılaştıkları sorunlara ilişkin ihtiyaç duydukları eğitim ve danışmanlık verilmiştir.

İlk görüşme hastanede yapıldıktan sonra gruplara randomize edilen bakım verenlerin ilk uygulamaları hastanede bulunan boş bir hasta odasında gerçekleştirilirken, sonraki uygulamaları kemoterapi seansları arasındaki zaman farkları sebebiyle (örneğin 15- 20 günde bir) ev ziyareti şeklinde ayarlanmıştır. İlk uygulamada iki çalışma grubundaki bakım verenlerin karşılaşmamaları için farklı katlardaki bekleme salonlarına alınmaları sağlanmıştır. Ev ortamındaki uygulamalar her bakım verenin gece uykusu için kullandığı yatağında, perdeler çekilmiş ve herhangi bir gürültü kaynağı olmayacak

şekilde düzenlenmiştir. Tükürük salgısındaki kortizol miktarının etkilenmemesi amacıyla bakım verenlerin uygulamaya gelmeden önceki iki saat içinde dişleri fırçalamama, sigara içmeme ve su dışında herhangi bir şey yiyip içmeme durumları sorulmuş, bu koşullar açısından uygun olan bakım verenlerin ilk tükürük numuneleri hastane odasında yapılan ilk uygulamada, kortizolün sirkadyen ritminden dolayı (pik yapma aralığı saat 06.00-10.00), uzman görüşü alınarak 11.00'den önce toplanmıştır. Bu koşullara uygun olmayanlar için reiki uygulamasının ilk seansı hastalarını getirecekleri bir sonraki tedavi randevusuna ayarlanmıştır. Tükürük kortizolünün son değerlendirmesi için ise tüm bakım verenlerin numuneleri altıncı uygulamanın yapıldığı gün ev ortamlarında alınmıştır. Alınan tükürük numuneleri denatürasyonu engellemek için numune toplama kitlerinin ağızları yukarı gelecek şekilde buzdolabında +4 C⁰ 'de dış laboratuvara ulaşana kadar muhafaza edilmiş, toplandıktan sonraki ilk dört saat içinde buz aküleri eşliğinde transfer edilmesi sağlanmıştır (Díaz-Rodríguez, 2011). Kan basıncı ve nabız hızı ölçümleri ise uygulama beceri öğrenim rehberi basamaklarına uygun olarak yapılmıştır (Friedman, 2010; Díaz-Rodríguez, 2011; Bevans ve Sternberg, 2012). Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi (EK-6) uygulamanın neden olacağı farkındalığı arttırmak için her uygulamadan sonra grupların uygulayıcıları tarafından doldurulmuş fakat değerlendirmede ilk ve son hafta verileri dikkate alınmıştır.

3.6.1.Reiki (Müdahale) Grubuna Yapılan İşlemler

Bakım verenler reiki grubuna randomize edilmeden yapılan ön görüşmede Bakım Verici Tanıtım Formu (EK-3) ve BVSÖ (EK-4) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek tüm bakım verenlere uygulanmıştır. Gruplara randomizasyon yapıldıktan sonra reiki grubundaki bakım verenlerin araştırmaya katılımlarıyla ilgili bilgilendirilmiş gönüllü olurları (EK-9) alınmış, sonraki uygulama günleri için ev ziyareti randevuları oluşturulmuştur. Fiziksel aktivitenin ve yorgunluğun değerler üzerinde yanılmaya sebep olabilecek etkilerini kontrol edebilmek amacıyla 6 hafta boyunca her uygulamadan önce bakım verenlerin uygulama odasında 20 dakika kadar supine pozisyonunda dinlenmeleri sağlandıktan sonra, kan basıncı ve nabız hızları ölçülerek kaydedilmiştir (EK-5). Ölçümler arasındaki olası varyasyonları tayin etmek amacıyla kan basıncı ve nabız hızı ölçümleri üç kez tekrarlanmış ve ortalama değerleri kaydedilmiştir. İlk ve son haftalarda kendilerine verilen steril toplama kaplarına tükürük örnekleri alınmıştır. Ölçümlerin

yapılmasından sonra reiki grubuna Usui metoduna göre II. Düzey eğitimini tamamlamış araştırmacı tarafından 6 hafta boyunca haftada bir kez 60 dakika ve 9 noktaya ve yakınındaki bölgelere dokunarak Reiki Uygulama Protokolü (EK-6) doğrultusunda reiki uygulanmıştır. Her reiki seansından sonra Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi (EK-7) araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Altıncı haftada reiki uygulamasının sonunda kortizol düzeyini değerlendirmek amacıyla tekrar tükürük örneği toplanmış ve BVSÖ (EK-4) gerekli eğitimlerin verildiği anketörler tarafından uygulanmıştır.

Çalışmanın kalitatif bölümünde; 6 haftalık reiki uygulaması sonrasında araştırmacı tarafından bireysel derinlemesine görüşme yöntemiyle müdahale grubundaki tüm bakım verenlerin, uygulamayla ilgili deneyim ve görüşleri alınmıştır. Bireysel derinlemesine görüşmelerde, bakım vericilerin *“reiki uygulamasına yönelik düşünceleri”*, *“stres düzeyini azaltmak amacıyla reikinin bakım verdikleri hastalara uygulanması hakkındaki düşünceleri”*, *“ reikinin hastanede yattığı süre içerisinde bakım verdikleri hastalara hemşireler tarafından uygulanması konusundaki düşünceleri”* başlıklarında soruları içeren yarı yapılandırılmış, “Bakım Vericilerin Reiki Deneyimine İlişkin Görüşleri Formu” (EK-8) kullanılmıştır. Görüşme verileri aynı zamanda ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Derinlemesine görüşmeler her bakım verenin ev ziyareti esnasında, bakım veren ile araştırmacının yalnız oldukları bir ortamda yapılmış ve ortalama 15 dakika sürmüştür. Görüşmeye başlamadan önce izin alınmış, görüşülen bireye güven kazandırmak ve görüşmenin birey açısından daha rahat geçmesini sağlamak amacıyla, görüşme nedeniyle bireye herhangi bir zarar gelmeyeceği, görüşmenin kaydedilmesinin tamamen görüşülen bireyin iznine bağlı olduğu, görüşme sonunda bireyin verdiği bilgilerden rahatsız olması durumunda yapılan kayıtların tümünün kendisine geri verilebileceği ve araştırmada kullanılmayacağı açıklaması yapılmıştır (Bkz.Tablo 3.2).

3.6.1.1. Reiki Uygulaması

Reiki uygulaması, ilgili literatür (Pearlin ark.,1990; Özgen ve Babekoğlu, 2001; Mystakidou ark., 2007; Coristine ark., 2003; Al-Jauissy, 2009; Mancini ark., 2011) ile bir uzman görüşü alınarak oluşturulan Reiki Uygulama Protokolü (EK-6) doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

3.6.2. Sham Reiki (Plasebo Kontrol) Grubuna Yapılan İşlemler

Bakım verenler sham reiki (plasebo kontrol) grubuna randomize edilmeden yapılan ön görüşmede Bakım Verici Tanıtım Formu (EK-3) ve BVSÖ (EK-4) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek tüm bakım verenlere uygulanmıştır. Gruplara randomizasyon yapıldıktan sonra plasebo kontrol grubundaki bakım verenlerin araştırmaya katılımlarıyla ilgili bilgilendirilmiş gönüllü olurları (EK-9) alınmış, sonraki uygulama günleri için ev ziyareti randevuları oluşturulmuştur. Fiziksel aktivitenin ve yorgunluğun değerler üzerinde yanılmaya sebep olabilecek etkilerini kontrol edebilmek amacıyla 6 hafta boyunca her uygulamadan önce bakım verenlerin uygulama odasında 20 dakika kadar supine pozisyonunda dinlenmeleri sağlandıktan sonra, kan basıncı ve nabız hızları ölçülerek kaydedilmiştir (EK-5). Ölçümler arasındaki olası varyasyonları tayin etmek amacıyla kan basıncı ve nabız hızı ölçümleri üç kez tekrarlanmış ve ortalama değerleri alınmıştır. İlk ve son haftalarda kendilerine verilen steril toplama kaplarına tükürük örnekleri alınmıştır. Ölçümlerin yapılmasından sonra plasebo grubuna reiki eğitimi almamış, araştırmacı tarafından uygulamaya ilişkin eğitimlerin verildiği (Bkz. Bölüm 3.3.5) dört öğrenci hemşire tarafından jest ve mimik taklidi yoluyla 6 hafta boyunca 60 dk/hafta ve 9 noktaya ve yakınındaki bölgelere dokunarak Reiki Uygulama Protokolü (EK-6) doğrultusunda sham reiki uygulanmıştır. Uygulamayı yapan öğrenci hemşire reiki enerjisi vermediğini bilmektedir. Her öğrenci hemşire 6-7 kadına uygulama yapmış, uygulamalar esnasında öğrencilere araştırmacı da refakat etmiştir. Her seanstan sonra Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi (EK- 7) hemşirelik bölümü öğrencisi olan anketörler tarafından doldurulmuştur. Altı haftanın sonunda kortizol düzeyini değerlendirmek amacıyla tekrar tükürük örneği toplanmış ve BVSÖ (EK-4) gerekli eğitimlerin verildiği anketör tarafından uygulanmıştır (Bkz.Tablo 3.2).

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen kantitatif verilerin istatistiksel analizi Statistical Package For Social Science 22.0 (SPSS) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özellikleridir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise BVSÖ puanı, sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri, nabız hızları ve tükürük kortizol düzeyleridir. Verilerin normal dağılımına uyma durumu Shapiro-Wilk ve Kolmogorow Smirnow testi

ile belirlenmiştir. Demografik değişkenlere ilişkin temel istatistikler ve tablolar, yüzde ve frekans dağılımları kullanılarak verilmiştir. Normal dağılan verilerde parametrik, normal dağılmayan verilerde nonparametrik testler uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testinin exact yöntemi, tekrarlı ölçümlerin karşılaştırılmasında ise tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. Ölçümler arası değişimini belirlemek için ise post-hoc testler uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi ise $p<0.05$ olarak alınmıştır. Çalışmanın kalitatif verilerinin değerlendirilmesinde betimsel ve içerik analiz yöntemleri kullanılmış; araştırmacı tarafından uzmanlık alanı sosyoloji olan bir uzmanın danışmanlığına başvurulmuştur.

3.8. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yapılabilmesi için Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay ve (05/07/2017-E.12379) (EK-10) araştırmanın yapıldığı Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden kurum izni (EK-11) alınmıştır. Araştırmaya ilişkin açıklamalar yapıldıktan sonra her katılımcıya bilgi verilerek “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur” ları yazılı olarak imzalatılmıştır (EK-8).

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI ve KOLAYLIKLARI

Araştırmada uygulamanın 6 hafta boyunca 60 dakika sürmesi, uygulamalardan sonra bakım verenlerin uygulamaya dair görüşlerinin alınması ve ihtiyaç duydukları danışmanlığın verilmesi için zaman ayrılması; araştırmacının sham reiki grubu uygulamalarına refakat etmesi ve ilk haftadan sonraki uygulamaların bakım verenlerin kişisel yaşam alanlarında sürdürülmesi araştırmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca kortizol testi için numune toplanması ve numunelerin analize kadar uygun koşullarda bekletilip uzak mesafedeki laboratuvara transfer edilmesi araştırmanın güç yönlerindendir. Bunun yanında araştırmanın yürütüldüğü merkezdeki birim sorumluları ve hemşirelerin olumlu ve yardımcı tavırları ile bakım veren kadınların çalışmaya gönüllülüklerinin fazla oluşu araştırmanın yapılma sürecini kolaylaştırmıştır.

3.10. ARAŞTIRMACININ KAZANIMLARI

Bu çalışma doğrultusunda araştırmacı enerji alanında bozulma hemşirelik tanısı ile değerlendirdiği bireylere reiki uygulayarak bütüncül bakım kavramı çerçevesinde iyilik

hallerinin yükseltilmesine yönelik bağımsız bir hemşirelik girişiminde bulunmayı ve bilimsel yönteme uygun olarak problem çözme sürecini deneyimlemiştir.



Tablo 3.2. Reiki ve Sham Reiki Gruplarına Yapılan Uygulamalar

İZLEMLER	REİKİ (MÜDAHALE) GRUBU	SHAM REİKİ (PLASEBO KONTROL) GRUBU
	UYGULAMALAR	UYGULAMALAR
1.Hafta	Bireylerin sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olurlarının alınması (EK-9) Bakım Verici Tanıtım Formu (EK-3), Bakım Veren Stres Ölçeği (EK-4) Nabız hızı ve kan basıncı ölçümlerinin yapılması, her bireyden tükürük numunesi alınması ve analiz sonuçlarının Hasta İzlem Formuna kaydedilmesi (EK-5)	
	Araştırmacı tarafından Reiki Uygulama Protokolü (EK-6) doğrultusunda reiki uygulamasının yapılması (9 noktaya 60 dk/haftada bir kez) Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi (EK-7)'nin doldurulması	Reiki eğitimi olmayan bir uygulayıcı tarafından Reiki Uygulama Protokolü (EK-6) doğrultusunda sham reiki uygulamasının yapılması (9 noktaya 60 dk/haftada bir kez) Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi (EK-7)'nin doldurulması
2.-5.Haftalar	Araştırmacı tarafından Reiki Uygulama Protokolü (EK-6) doğrultusunda reiki uygulamasının yapılması (9 noktaya 60dk/haftada bir kez)	Reiki eğitimi olmayan bir uygulayıcı tarafından Reiki Uygulama Protokolü (EK-6) doğrultusunda sham reiki uygulamasının yapılması (9 noktaya 60 dk/haftada bir kez)
	Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi (EK-7)'nin doldurulması, Kan basıncı ve nabız hızlarının değerlendirilerek Hasta İzlem Formuna kaydedilmesi (EK-5)	
6.Hafta	Tükürük numunesi alınması ve analiz sonuçlarının kaydedilmesi (Hasta İzlem Formu (EK-5) Kan basıncı ve nabız hızlarının değerlendirilerek Hasta İzlem Formuna kaydedilmesi (EK-5) Bakım Veren Stres Ölçeği'nin tekrar uygulanması (EK-4)	
	Araştırmacı tarafından Reiki uygulamasının yapılması (9 noktaya 60 dk/haftada bir kez) Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi (EK-7)'nin doldurulması Bakım Vericilerin Reiki Deneyimine İlişkin Görüşleri Formu'nun uygulanarak (EK-8), derinlemesine bireysel görüşmenin yapılması	Reiki eğitimi olmayan bir uygulayıcı tarafından Reiki Uygulama Protokolü (EK-IV) sham Reiki uygulamasının yapılması (9 noktaya 60 dk/haftada bir kez) Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi (EK-7)'nin doldurulması

4. BULGULAR

Kanser hastalarına bakım veren kadınlara uygulanan reikin stres düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Reiki ve Sham Reiki Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Reiki Grubu (n=21)		Sham Reiki Grubu (n=21)		p
	n	%	n	%	
Medeni Durum					
Evli	16	76.2	14	66.7	0.495*
Bekar	5	23.8	7	33.3	
Eğitim Durumu					
İlköğretim	4	19.0	5	23.8	0.275*
Ortaöğretim	6	28.6	10	47.6	
Yükseköğretim	11	52.4	6	28.6	
Çocuk sayısı					
Çocuk yok	8	38.1	9	42.9	0.580*
Bir-iki	10	47.6	7	33.3	
Üç ve üzeri	3	14.3	5	23.8	
Sosyal güvence					
Var	19	90.5	19	90.5	1.000*
Yok	2	9.5	2	9.5	
Çalışma durumu					
Tam gün	4	19.0	2	9.5	0.195*
Yarım gün	4	19.0	1	4.8	
Çalışmıyorum	13	61.9	18	85.7	
Gelir düzeyi					
İyi	7	33.3	3	14.3	0.155*
Orta	14	66.7	16	76.2	
Kötü	-	-	2	9.5	
Hasta ile olan yakınlık derecesi					
Anne-baba	6	28.6	7	33.3	0.783*
Kızı-oğlu	4	19.0	6	28.6	
Eşi	9	42.9	6	28.6	
Kardeşi	2	9.5	2	8.5	
Yaş ortalaması ($\bar{x} \pm ss$) Ort (%25p -%75p)	44.33±13.60 45.00(33.00-56.00)		39.33±14.76 41.00(24.00-52.00)		0.285**

* χ^2 testi

** Mann Whitney U testi

Tablo 4.1’de reiki ve sham reiki gruplarındaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Reiki grubundaki kadınların %76.2’si evli, %52.4’ü yükseköğretim mezunu, %47.6’sı bir ya da iki çocuk annesi, %90.5’i sosyal güvenceye sahip, %61.9’ u çalışmamakta, %66.7’sinin gelir düzeyi orta ve %42.9’unun bakım verdiği hastası eşleridir. Bu gruptaki kadınların yaş ortancalarının ise 45.00 (33.00-56.00) olduğu saptanmıştır.

Sham reiki grubundaki kadınların ise %66.7’si evli, %28.6’sı yükseköğretim mezunu, %33.3’ü bir ya da iki çocuk annesi, %90.5’i sosyal güvenceye sahip, %85.7’ si çalışmamakta, %66.2’sinin gelir düzeyi orta ve %28.6’sının bakım verdiği hastası eşleridir. Bu gruptaki kadınların yaş ortancalarının ise 41.00 (24.00-52.00) olduğu tespit edilmiştir.

Reiki ve sham reiki grubundaki kadınların tanıtıcı özellikleri bakımından benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Reiki ve Sham Reiki Grubundaki Kadınların Verdikleri Bakım ile İlişkili Özelliklerinin Dağılımı

Bakım ile İlişkili Özellikler	Reiki Grubu (n=21)		Sham Reiki Grubu (n=21)		p
	n	%	n	%	
Bakım verme süresi					
6-12 ay	8	38.1	9	42.9	0.517*
13-24 ay	6	28.6	4	19.0	
25-36 ay	3	14.3	1	4.8	
37 ay ve üzeri	4	19	7	33.3	
Bakım sebebiyle yardım alınan kişilerin varlığı					
Var	9	42.9	7	33.3	0.525*
Yok	12	57.1	14	66.7	
Daha önce bir başkasına bakım verme durumu					
Bakım veren	7	33.3	3	14.3	0.147*
Bakım vermeyen	14	66.7	18	85.7	
Başka birine bakım verme süresi					
6-12 ay	3	14.3	1	4.8	0.213*
13-24 ay	5	23.8	2	9.5	
25-36 ay	13	61.9	18	85.7	
Bakım verilen hastanın cinsiyeti					
Kadın	10	47.6	13	61.9	0.352*
Erkek	11	52.4	8	38.1	
Hastanın tanısı					
Meme kanseri	5	23.8	6	28.6	0.525*
Akciğer kanseri	6	28.6	4	19	
Kolon kanseri	3	14.3	3	14.3	
Serviks kanseri	1	4.8	2	9.5	
Mide kanseri	2	9.5	1	4.8	
Over kanseri	1	4.8	3	14.3	
Prostat kanseri	2	9.5	0	0.0	
Diğer	1	4.8	3	10.5	
Hastalık evresi					
Birinci evre	1	4.8	3	14.3	0.233*
İkinci evre	5	23.8	4	19.0	
Üçüncü evre	7	33.3	11	52.4	
Dördüncü evre	8	38.1	3	14.3	

* χ^2 testi

Tablo 4.2. Reiki ve Sham Reiki Grubundaki Kadınların Verdikleri Bakım ile İlişkili Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Bakım ile İlişkili Özellikler	Reiki Grubu		Sham Reiki Grubu		p
	(n=21)		(n=21)		
	n	%	n	%	
Uygulanan tedavi türü					
Kemoterapi	15	71.4	14	66.7	0.186*
Kemoterapi ve radyoterapi	1	4.8	3	14.3	
Cerrahi tedavi	1	4.8	0	0.0	
Her üçü birlikte	4	19.0	4	19.0	
Hastanın yardımsız tuvalete gidebilme durumu					
Giden	18	85.7	15	71.4	0.454*
Gidemeyen	3	14.3	6	28.6	
Hastanın yardımsız yemek yiyebilme durumu					
Yiyen	19	90.5	18	85.7	1.000*
Yiyemeyen	2	9.5	3	14.3	
Hastanın yardımsız banyo yapabilme durumu					
Yapan	14	66.7	10	47.6	0.212*
Yapamayan	7	33.3	11	52.4	
Hastanın yardımsız giyinebilme durumu					
Giyinen	16	76.2	12	57.1	0.190*
Giyinemeyen	5	23.8	9	42.9	
Hastanın idrarını kontrol edebilme durumu					
Kontrol eden	19	90.5	17	81.0	0.663*
Kontrol edemeyen	2	9.5	4	19.0	
Hastanın dışkısını kontrol edebilme durumu					
Kontrol eden	16	76.2	16	76.2	1.000*
Kontrol edemeyen	5	23.8	5	23.8	
Hastaların yaş ortalaması ($\bar{x} \pm ss$)	59.57±9.87		54.62±15.60		0.228**

* χ^2 testi

**Bağımsız örneklerde t testi

Reiki ve sham reiki gruplarındaki kadınların bakım ile ilişkili özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir.

Reiki grubundaki kadınların %38.1’i hastasına 6 ay-1 yıl kadar bakım vermekte, %57.1’i bakım sebebiyle herhangi birinden yardım almamakta, %33.3’ü daha önce kanser dışındaki bir hastalık sebebiyle başka birine bakım vermiş ve %61.9’u bu bakımı iki-üç yıl sürdürdüğünü ifade etmiştir. Bu gruptaki kadınların şu an bakım verdikleri hastalarının %52.4’ünün erkek olduğu, %28.6’sının akciğer kanseri tanısıyla izlendiği, %38.1’inin dördüncü evre hastalığı olduğu, %71.4’üne tedavi türü olarak kemoterapi uygulandığı saptanmıştır. Reiki grubundaki kadınların bakım verdikleri hastaların fonksiyonel özelliklerinden bazılarına bakıldığında; %14.32’ünün tualete gitmede,

%9.5'inin yemek yemede, % 33.3'ünün banyo yapmada, %23.8'inin giyinmede yardıma ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu gruptaki hastaların %9.5'i idrarını, %23.8'i dışkısını kontrol edememektedir. Reiki grubundaki kadınların bakım verdikleri hastaların yaş ortalamaları 59.57 ± 9.87 'dir.

Sham reiki grubundaki kadınların %42.9'u hastasına 6 ay-1 yıl kadar bakım vermekte, %66.7'si bakım sebebiyle herhangi birinden yardım almamakta, %14.3'ü daha önce kanser dışındaki bir hastalık sebebiyle başka birine bakım vermiş ve %85.7'si bu bakımı iki-üç yıl sürdürmüştür. Bu gruptaki kadınların şu an bakım verdikleri hastalarının % 38.1'inin erkek olduğu, %19.0'ının akciğer kanseri tanısıyla izlendiği, %14.3'ünün dördüncü evre hastalığı olduğu, %66.7'sine tedavi türü olarak kemoterapi uygulandığı saptanmıştır. Sham reiki grubundaki kadınların %28.6'sının tualete gitmede, %14.3'ünün yemek yemede, % 52.4'ünün banyo yapmada, %42.9'unun giyinmede yardıma ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu gruptaki hastaların %19.0'ı idrarını, %23.8'i dışkısını kontrol edememektedir. Sham reiki grubundaki kadınların bakım verdikleri hastaların yaş ortalamaları 54.62 ± 15.60 'dır.

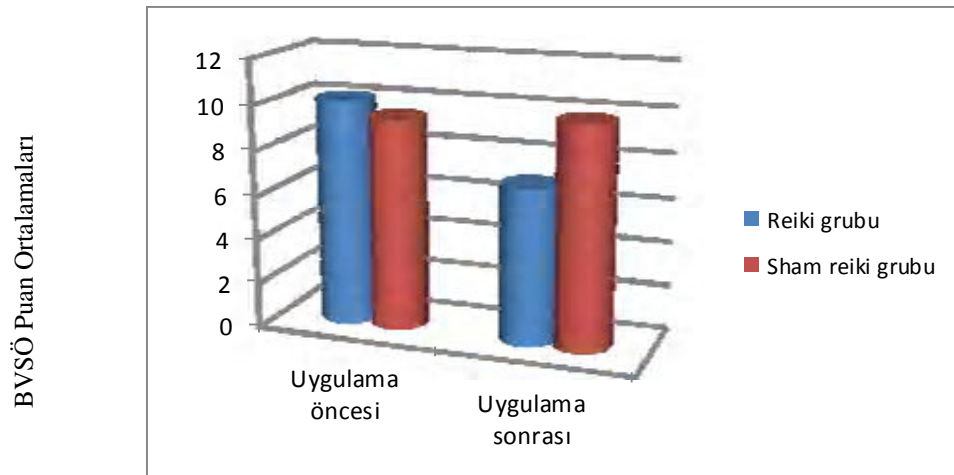
Reiki ve sham reiki grubundaki kadınlar bakım ile ilişkili özellikleri bakımından benzerdir ($p > 0.05$).

Tablo 4.3. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların Birinci Hafta ve Altıncı Hafta İzlemlerindeki Bakım Veren Stres Ölçeği (BSVÖ) Puanlarının Dağılımı

Bakım Veren Stres Ölçeği Puanı			
İzlem Zamanı	Reiki Grubu (n=21)	Sham Reiki Grubu (n=21)	p
	$\pm ss$	$\pm ss$	
Birinci hafta	10.09 $\pm$ 1.76	9.40 $\pm$ 1.73	0.210*
Altıncı hafta	6.90 $\pm$ 1.55	9.80 $\pm$ 1.20	<0.001**
p	<0.001***	0.345****	
Ölçümler arası fark	3.19 $\pm$ 1.21	-0.40 $\pm$ 1.85	<0.001**

Testin gücü:0,99

*Bağımsız örneklerde t testi ** Bağımlı örneklerde t testi



Grafik 4.1. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların Birinci Hafta ve Altıncı Hafta İzlemindeki Bakım Veren Stres Ölçeği (BVSÖ) Puanlarının Dağılımı

Tablo 4.3'te ve Grafik 4.1'de reiki ve sham reiki gruplarındaki kadınların birinci hafta ve altıncı hafta Bakım Veren Stres Ölçeği (BSVÖ) puanlarının dağılımı yer almaktadır.

Reiki grubunda yer alan kadınların BVSÖ birinci hafta uygulama öncesi puan ortalaması 10.09 ± 1.76 iken sham reiki grubunda yer alan kadınların BVSÖ birinci hafta uygulama öncesi puan ortalaması 9.40 ± 1.73 'dir. Reiki ve sham reiki gruplarında yer alan kadınların BVSÖ birinci hafta uygulama öncesi puanları açısından benzer oldukları ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Altıncı hafta son uygulama sonrası puanlarına bakıldığında ise reiki grubunda yer alan kadınların BVSÖ puan ortalamaları 6.90 ± 1.55 iken sham reiki grubundaki kadınların BVSÖ puan ortalamalarının 9.57 ± 1.57 olduğu belirlenmiştir. Altıncı haftada reiki grubundaki kadınların sham reiki grubunda yer alan kadınlara göre önemli ölçüde daha düşük BVSÖ puanlarına sahip olduğu saptanmış ve iki grup arasındaki fark önemli ölçüde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Reiki grubunda yer alan kadınların birinci hafta uygulama öncesi ve altıncı hafta uygulama sonrası BVSÖ puanları arasındaki farkın ortalaması 3.19 ± 1.20 iken sham reiki grubunda yer alan kadınların birinci hafta uygulama öncesi ve altıncı hafta uygulama sonrası BVSÖ puanları arasındaki farkın ortalaması -0.40 ± 1.85 'dir. Reiki grubundaki kadınların altı haftalık uygulama öncesi ve sonrası BVSÖ puanları önemli

ölçüde azalırken sham reiki grubundaki kadınların uygulama sonrası BVSÖ puanları ilk haftaya göre artmış olup iki grup arasındaki puan farkı anlamlıdır ($p<0.05$).

Bu sonuçlar; “ H_{11} : *Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikin stres düzeyine etkisi vardır.*” hipotezini doğrulamaktadır.

Tablo 4.4. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların Birinci Hafta ve Altıncı Hafta İzlemindeki Tükürük Kortizol Düzeylerinin (TKD) Dağılımı

Tükürük Kortizol Düzeyi (TKD) (ug/dL)			
İzlem Zamanı	Reiki Grubu (n=21)	Sham Reiki Grubu (n=21)	p
	$\pm ss$ Ort (%25p - %75p)	$\pm ss$ Ort (%25p - %75p)	
Birinci hafta	0.39 $\pm$ 0.31 0.38 (0.16-0.49)	0.29 $\pm$ 0.21 0.24 (0.16-0.37)	0.182*
Altıncı hafta	0.36 $\pm$ 0.22 0.28 (0.12-0.98)	0.27 $\pm$ 0.20 0.24 (0.13-0.32)	0.110**
p	0.539***	0.739***	
Ölçümler arası fark	0.03 $\pm$ 0.23 0.00 (-0.11-0.17)	0.02 $\pm$ 0.24 0.06 (-0.08-0.16)	0.847***

* Mann Whitney U

**Bağımlı örneklerde t testi

***Bağımsız örneklerde t testi

Reiki ve sham reiki gruplarındaki kadınların birinci hafta ve altıncı hafta izlemindeki Tükürük Kortizol Düzeyleri'nin (TKD) dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir.

Reiki grubundaki kadınların TKD birinci hafta uygulama öncesi ortalaması 0.39 $\pm$ 0.31 ve ortancası 0.38 (0.16-0.49) iken sham reiki grubundaki kadınların TKD birinci hafta uygulama öncesi ortalaması 0.29 $\pm$ 0.21 ve ortancası 0.24 (0.16-0.37) olarak belirlenmiştir. Reiki ve sham reiki gruplarında yer alan kadınların TKD birinci hafta uygulama öncesi puanları açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0.05$). Altıncı hafta son uygulama sonrası puanlarına bakıldığında ise reiki grubunda yer alan kadınların puan ortalamaları 0.36 $\pm$ 0.22 ve ortancaları 0.28 (0.12-0.98), sham reiki grubundaki kadınların ortalamaları 0.27 $\pm$ 0.20 ve ortancaları 0.24 (0.13-0.32)'dir. Uygulama sonrası puanlarına bakıldığında da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Reiki grubunda yer alan kadınların TKD birinci hafta uygulama öncesi ortalaması 0.39 ± 0.31 ve ortancası 0.38 (0.16-0.49) iken altıncı hafta uygulama sonrası ortalaması 0.36 ± 0.22 ve ortancası 0.28 (0.12-0.98) olarak bulunmuştur. Reiki grubundaki kadınların tükürük kortizol düzeyleri altı haftalık uygulama sonrası uygulama öncesi düzeylere göre düşmüş, bu farklılık anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Sham reiki grubunda yer alan kadınların TKD birinci hafta uygulama öncesi ortalaması 0.29 ± 0.21 ve ortancası 0.24 (0.16-0.37) iken altıncı hafta uygulama sonrası ortalaması 0.27 ± 0.20 ve ortancası 0.24 (0.13-0.32) olarak belirlenmiştir. Sham reiki grubundaki kadınların de tükürük kortizol düzeyleri altı haftalık uygulama sonrası uygulama öncesi düzeylere göre düşmüş, fakat bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Altı haftalık uygulama sonrasında reiki ve sham reiki gruplarının TKD bakımından ölçümlerarası farkının anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Bu sonuçlar; “ H_{05} : ***Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikin tükürük kortizol düzeyine etkisi yoktur.***” hipotezini doğrulamaktadır.

Tablo 4.5. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı

Kan Basıncı Ölçüm Zamanı	Sistolik Kan Basıncı (mm/Hg)				Reiki ve Sham Reiki Grubu	
	Reiki Grubu (n=21)		Sham Reiki Grubu (n=21)		Uygulama Öncesi	Uygulama Sonrası
	Uygulama Öncesi ±ss Ort (%25p .%75p)	Uygulama Sonrası ±ss Ort (%25p .%75p)	Uygulama Öncesi ±ss Ort (%25p .%75p)	Uygulama Sonrası ±ss Ort (%25p .%75p)	p*	p*
Birinci hafta	124.66±8.87 128.00 (119.00-131.00)	121.05±9.61 122.00 (113.00-128.50)	127.76±12.94 123.00 (117.00-139.50)	124.61±13.80 130.00 (115.00-132.00)	0.372	0.302
p**	0.001		0.004			
İkinci hafta	123.33±9.90 122.00 (118.00-130.00)	116.09±11.26 ^a 118.00 (104.00-125.50)	128.95±12.40 132.00 (117.00-138.00)	126.52±12.06 130.00 (115.50-135.00)	0.113	0.008
p**	<0.001		<0.001			
Üçüncü hafta	121.57±8.98 120.00 (114.50-128.00)	112.42±11.40 ^{a,b} 110.00 (100.50-124.00)	126.80±13.16 131.00 (114.00-136.00)	123.90±13.01 128.00 (111.00-132.50)	0.141	0.003
p**	<0.001		<0.001			
Dördüncü hafta	119.57±7.64 118.00 (114.50-127.00)	109.47±10.38 ^{a,b,c} 107.00 (100.00-118.00)	128.28±12.17 128.00 (122.00-137.50)	125.71±12.10 126.00 (117.50-135.50)	0.009	<0.001
p**	<0.001		0.001			
Beşinci hafta	116.90±8.53 ^{a,b} 119.00 (110.00-124.50)	106.28±9.30 ^{a,b,c,d} 106.00 (99.50-113.50)	128.85±12.26 128.00 (119.00-139.50)	124.90±12.73 126.00 (116.50-135.00)	<0.001	<0.001
p**	<0.001		<0.001			
Altıncı hafta	113.09±8.56 ^{a,b,c,d} 112.00 (109.00-120.00)	102.71±9.53 ^{a,b,c,d,e} 100.00 (95.50-109.50)	129.42±10.80 127.00 (122.00-136.50)	126.14±11.46 129.00 (117.50-132.50)	<0.001	<0.001
p**	<0.001		<0.001			
p***	<0.001	<0.001	0.315	0.205		

p*: Reiki ve sham reiki grupları arasındaki fark (Bağımsız örneklerde t testi ve Mann Whitney U testi)

p**: Reiki ve sham reiki gruplarının uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ortalamaları arasındaki fark (Bağımlı iki örneklem t testi ve Wilcoxon Signed Ranks testi)

p***: Reiki ve sham reiki gruplarında altı haftalık uygulamanın ayrı ayrı zamana göre değişimi (Genel Lineer Modeller Tekrarlayan Ölçümler testi ve Friedman testi)

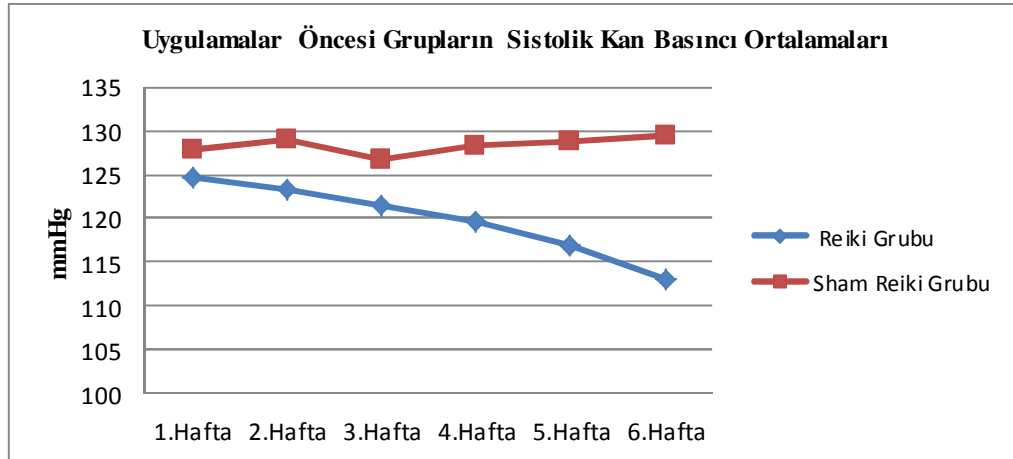
a: Birinci hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

b: İkinci hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

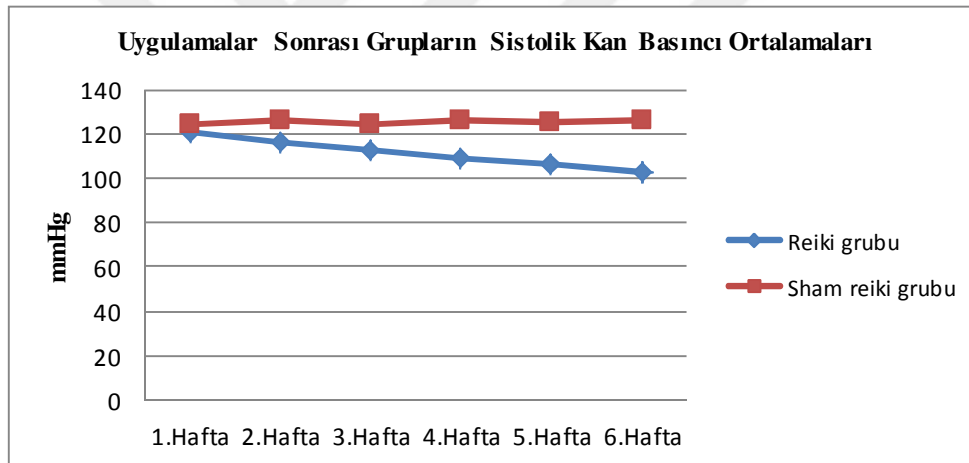
c: Üçüncü hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

d: Dördüncü hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

e: Beşinci hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı



Grafik 4.2. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi Sistolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı



Grafik 4.3. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Sonrası Sistolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.5'te ve Grafik 4.2 ile Grafik 4.3'te reiki ve sham reiki gruplarındaki kadınların izlem haftalarına göre uygulama öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Birinci hafta uygulama öncesi reiki grubunda yer alan kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 124.66 ± 8.87 ve ortancası $128.00(119.00-131.00)$ iken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 127.76 ± 12.94 mmHg ve ortancası 123.00 mmHg ($117.00-139.50$)'dır. İlk uygulama öncesi gruplar arasında sistolik kan basıncı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 121.05 ± 9.61 mmHg ve ortancası 122.00 mmHg ($113.00-$

128.50)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 124.61 ± 13.80 mmHg ve ortancası 130.00 mmHg (115.00-132.00)'ya düştüğü gözlenmiştir. Her iki gruptaki kadınların sistolik kan basıncı ortalamalarının uygulama sonrasına göre düşüşü anlamlı iken ($p < 0.05$), ilk haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamalar açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

İkinci hafta uygulama öncesi reiki grubunda yer alan kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 123.33 ± 9.90 mmHg ve ortancası 122.00 mmHg (118.00-130.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 128.95 ± 12.40 mmHg ve ortancası 132.00 mmHg (117.00-138.00) olarak belirlenmiş, ikinci hafta uygulama öncesi gruplar arasında sistolik kan basıncı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 116.09 ± 11.26 mmHg ve ortancası 118.00 mmHg (104.00-125.50)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalamasının 126.52 ± 12.06 mmHg ve ortancası 130.00 mmHg (115.50-135.00)'ya düştüğü gözlenmiştir. Her iki gruptaki kadınların sistolik kan basıncı ortalamalarının uygulama öncesine göre düşüşü anlamlıdır ($p < 0.001$). İkinci haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamalar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Üçüncü haftada uygulama öncesi reiki grubunda yer alan kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 121.57 ± 8.98 mmHg ve ortancası 120.00 mmHg (114.50-128.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 126.80 ± 13.16 mmHg ve ortancası 131.00 mmHg (114.00-136.00)'dir. Üçüncü hafta uygulama öncesi gruplar arasında sistolik kan basıncı açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 112.42 ± 11.40 mmHg ve ortancası 110.00 mmHg (100.50-124.00)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 123.90 ± 13.01 mmHg ve ortancası 128.00 mmHg (111.00-132.50)'ya düşmüştür. Her iki gruptaki kadınların sistolik kan basıncı ortalamalarının uygulama öncesine göre düşüşü anlamlı olup ($p < 0.001$) üçüncü haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamalar arasındaki bu farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Dördüncü haftada uygulama öncesi reiki grubundaki kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 119.57 ± 7.64 mmHg ve ortancası 118.00 mmHg (114.50-127.00) iken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 128.28 ± 12.17 mmHg ve ortancası 128.00 mmHg (121.00-137.50)'dir. Dördüncü hafta uygulama öncesi gruplar arasında sistolik kan

basıncı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 109.47 ± 10.38 mmHg ve ortancası 107.00 mmHg (100.00-118.00)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalamasının 125.71 ± 12.10 mmHg ve ortancasının 126.00 mmHg (117.50-135.50)'ya düştüğü gözlenmiştir. Her iki gruptaki kadınların sistolik kan basıncı ortalamalarının uygulama öncesine göre düşüşü anlamlı olup ($p<0.001$) dördüncü haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamaların birbirinden farkının da ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Beşinci haftada uygulama öncesi reiki grubunda yer alan kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 116.90 ± 8.54 mmHg ve ortancası 119.00 mmHg (110.00-124.50), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 128.85 ± 12.26 mmHg ve ortancası 128.00 mmHg (119.00-139.50) olarak belirlenmiştir. Beşinci hafta uygulama öncesi gruplar arasında sistolik kan basıncı açısından anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 106.28 ± 9.30 mmHg ve ortancası 106.00 mmHg (99.50-113.50)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 124.90 ± 12.73 mmHg ve ortancası 126.00 mmHg (116.50-135.00)'ya düşmüştür. Her iki gruptaki kadınların sistolik kan basıncı ortalamalarının uygulama öncesine göre düşüşü ileri derecede anlamlıdır ($p<0.001$). Beşinci haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamaların birbirinden farkının da ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Altıncı haftada uygulama öncesi reiki grubundaki kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 113.09 ± 8.56 mmHg ve ortancası 112.00 mmHg (109.00-120.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 129.42 ± 10.80 mmHg ve ortancası 127.00 mmHg (122.00-136.50) olarak tespit edilmiştir. Altıncı hafta uygulama öncesi gruplar arasında sistolik kan basıncı açısından ileri derecede anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 102.71 ± 9.53 mmHg ve ortancası 100.00 mmHg (95.50-109.50)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalamasının 126.14 ± 11.46 mmHg'ya düştüğü ortancasının ise 129.00 mmHg (117.50-132.50)'ya yükseldiği gözlenmiştir. Her iki gruptaki kadınların sistolik kan basıncı ortalamalarının uygulama öncesine göre düşüşü ileri derecede anlamlıdır ($p<0.001$). Altıncı haftada gruplar arasında uygulama sonrası sistolik kan

basıncı ortalamaların birbirinden farkının da ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Reiki grubunda sistolik kan basıncının 6 haftalık tekrarlı ölçümünde uygulama öncesi değerlerin zaman içerisindeki değişimine bakıldığında, ortalama ve ortancaların her uygulama öncesinde bir önceki haftaya göre düştüğü gözlenmiş ve bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Anlamlılığın birinci hafta ile beşinci hafta, ikinci hafta ile beşinci hafta ve tüm haftalar ile 6. hafta arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Sham reiki grubunda sistolik kan basıncı tüm ölçüm zamanlarında uygulama sonrası, uygulama öncesine göre anlamlı ($p<0.05$) düşüş gösterse de 6 haftalık tekrarlı ölçümde uygulama öncesi değerlerin zaman içerisindeki değişimine bakıldığında, ortalamaların haftalar ilerledikçe yükseldiği belirlenmiş, zamana göre sistolik kan basıncının uygulama öncesi değerlerinde anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bu sonuçlar “*H*₁₂: **Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikin sistolik kan basıncı değerine etkisi vardır.**” hipotezini doğrulamaktadır.

Tablo 4.6. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Diastolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı

Kan Basıncı Ölçüm Zamanı	Diastolik Kan Basıncı (mm/Hg)				Reiki ve Sham Reiki Grubu	
	Reiki Grubu (n=21)		Sham Reiki Grubu (n=21)		Uygulama Öncesi	Uygulama Sonrası
	Uygulama Öncesi $\pm ss$ Ort (%25p - %75p)	Uygulama Sonrası $\pm ss$ Ort (%25p - %75p)	Uygulama Öncesi $\pm ss$ Ort (%25p - %75p)	Uygulama Sonrası $\pm ss$ Ort (%25p - %75p)	p^*	p^*
Birinci hafta	81.80 $\pm$ 9.01 83.00 (74.00-88.50)	76.00 $\pm$ 6.45 78.00 (70.00-80.00)	81.95 $\pm$ 13.34 82.00 (69.00-93.50)	80.19 $\pm$ 12.40 80.00 (67.50-91.00)	0.968	0.177
p^{**}	<0.001		0.038			
İkinci hafta	79.71 $\pm$ 10.21 79.00 (70.50-89.00)	72.52 $\pm$ 10.53 73.00 (62.50-80.50)	87.38 $\pm$ 12.97 88.00 (81.50-94.50)	85.00 $\pm$ 11.65 85.00 (79.00-91.00)	0.040	0.001
p^{**}	<0.001		0.009			
Üçüncü hafta	79.57 $\pm$ 6.81 80.00 (75.00-82.00)	73.52 $\pm$ 8.09 76.00 (66.50-79.50)	82.24 $\pm$ 13.32 87.00 (77.00-92.50)	80.28 $\pm$ 12.55 85.00 (74.00-89.50)	0.144	0.045
p^{**}	<0.001		0.015			
Dördüncü hafta	77.38 $\pm$ 8.81 77.00 (70.00-87.00)	70.57 $\pm$ 7.88 70.00 (65.50-77.50)	85.00 $\pm$ 10.95 88.00 (76.00-94.00)	81.42 $\pm$ 9.62 80.00 (74.50-88.50)	0.017	<0.001
p^{**}	<0.001		0.010			
Beşinci hafta	75.23 $\pm$ 7.64 78.00 (68.50-80.00)	68.09 $\pm$ 7.22 66.00 (60.50-76.00)	88.42 $\pm$ 8.21 90.00 (82.00-94.00)	84.80 $\pm$ 8.08 86.00 (78.50-90.00)	<0.001	<0.001
p^{**}	<0.001		<0.001			
Altıncı hafta	72.71 $\pm$ 7.43 ^{a,b,c} 78.00 (65.50-78.00)	63.71 $\pm$ 5.46 62.00 (60.00-68.00)	89.09 $\pm$ 5.84 89.00 (86.50-92.00)	85.14 $\pm$ 6.98 85.00 (80.00-90.00)	<0.001	<0.001
p^{**}	<0.001		<0.001			
p^{***}	<0.001	<0.001	0.145	0.082		

p^* : Reiki ve sham reiki grupları arasındaki fark (Bağımsız örneklerde t testi ve Mann Whitney U testi)

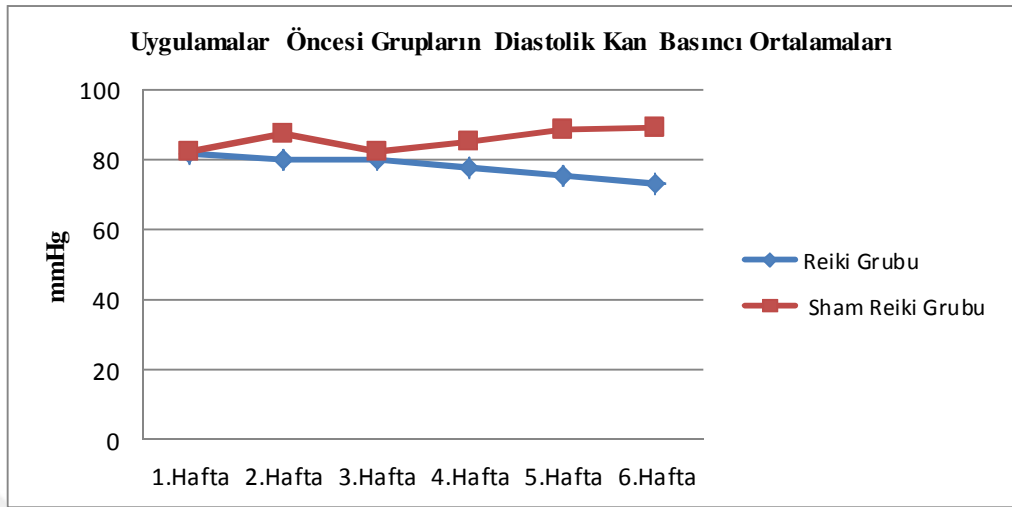
p^{**} : Reiki ve sham reiki gruplarının uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ortalamaları arasındaki fark (Bağımlı iki örneklem t Testi ve Wilcoxon Signed Ranks testi)

p^{***} : Reiki ve sham reiki gruplarında altı haftalık uygulamanın ayrı ayrı zamana göre değişimi (Genel Lineer Modeller Tekrarlayan Ölçümler testi ve Friedman testi)

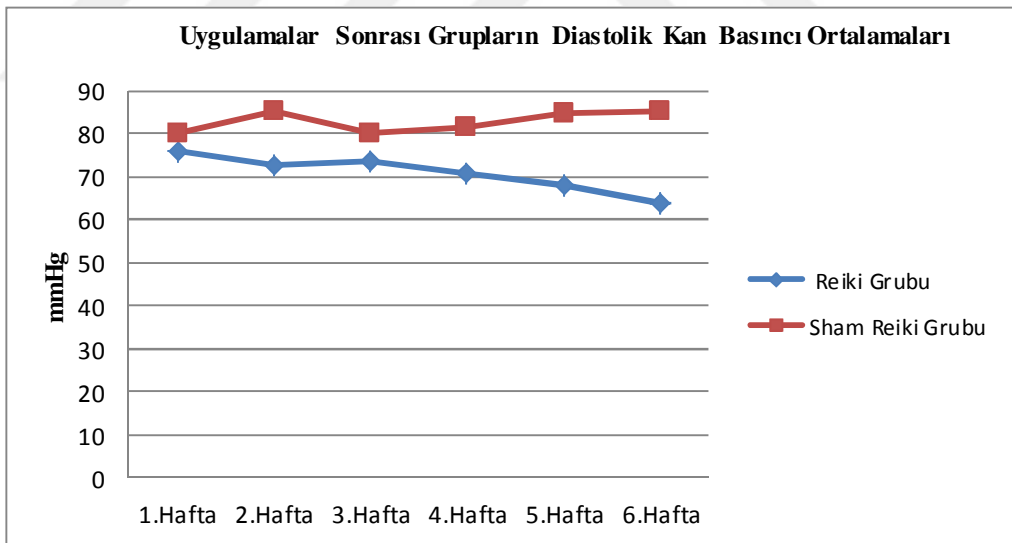
a: Birinci hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

b: İkinci hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

c: Üçüncü hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı



Grafik 4.4. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi Diastolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı



Grafik 4.5. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Sonrası Diastolik Kan Basıncı Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.6 ve Grafik 4.4 ile Grafik 4.5'te reiki ve sham reiki gruplarındaki kadınların izlem haftalarına göre uygulama öncesi ve sonrası diastolik kan basıncı ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Birinci hafta uygulama öncesi reiki grubunda yer alan kadınların diastolik kan basıncı ortalaması 81.80 ± 9.01 mmHg ve ortancası 83.00 mmHg (74.00-88.50) iken sham reiki

grubundaki kadınların ortalamasının 81.95 ± 13.34 mmHg ve ortancasının 82.00 mmHg (69.00-93.50) olduğu belirlenmiştir. İlk uygulama öncesi gruplar arasında diastolik kan basıncı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların diastolik kan basıncı ortalaması 76.00 ± 6.45 mmHg ve ortancası 78.00 mmHg (70.00-80.00)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 80.19 ± 12.40 mmHg ve ortancasının 80.00 mmHg (67.50-91.00)'ya düştüğü gözlenmiştir. Her iki gruptaki kadınların diastolik kan basıncı ortalamalarının uygulama sonrasına göre düşüşü anlamlı iken ($p < 0.05$) ilk haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamalar açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

İkinci hafta uygulama öncesi reiki grubunda yer alan kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 79.71 ± 10.21 mmHg ve ortancası 79.00 mmHg (70.50-89.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 87.38 ± 12.97 mmHg ve ortancası 88.00 mmHg (81.50-94.50) olarak belirlenmiş, ikinci hafta uygulama öncesi gruplar arasında diastolik kan basıncı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların diastolik kan basıncı ortalaması 72.52 ± 10.53 mmHg ve ortancası 73.00 mmHg (62.50-80.50)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalamasının 85.00 ± 11.65 mmHg ve ortancasının 85.00 mmHg (79.00-91.00)'ya düştüğü gözlenmiştir. Her iki gruptaki kadınların diastolik kan basıncı ortalamalarının uygulama öncesine göre düşüşü anlamlıdır ($p < 0.001$). İkinci haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamalar arasındaki farklılık da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Üçüncü haftada uygulama öncesi reiki grubunda yer alan kadınların diastolik kan basıncı ortalaması 79.57 ± 6.81 mmHg ve ortancası 80.00 mmHg (75.00-82.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 82.24 ± 13.32 mmHg ve ortancası 87.00 mmHg (77.00-92.50) 73.52 ± 8.09 mmHg'dır. Üçüncü hafta uygulama öncesi gruplar arasında diastolik kan basıncı açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların diastolik kan basıncı ortalaması 73.52 ± 8.09 mmHg ve ortancası 76.00 mmHg (66.50-79.50)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 80.28 ± 12.55 mmHg ve ortancası 85.00 mmHg (74.00-89.50)'ya düşmüştür. Her iki gruptaki kadınların diastolik kan basıncı ortalamalarının uygulama öncesine göre düşüşü anlamlı olup ($p < 0.05$) üçüncü haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamalar arasındaki bu farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Dördüncü haftada uygulama öncesi reiki grubundaki kadınların diastolik kan basıncı ortalaması 77.38 ± 8.81 mmHg ve ortancası 77.00 mmHg (70.00-87.00) iken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 85.00 ± 10.95 mmHg ve ortancası 88.00 mmHg (76.00-94.00)'dir. Dördüncü hafta uygulama öncesi gruplar arasında sistolik kan basıncı açısından anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların diastolik kan basıncı ortalaması 70.57 ± 7.88 mmHg ve ortancası 70.00 mmHg (65.50-77.50)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalamasının 81.42 ± 9.62 mmHg ve ortancasının 80.00 mmHg (74.50-88.50)'ya düştüğü gözlenmiştir. Her iki gruptaki kadınların sistolik kan basıncı ortalamalarının uygulama öncesine göre düşüşü anlamlı olup ($p < 0.001$) dördüncü haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamaların birbirinden farkının da ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Beşinci haftada uygulama öncesi reiki grubunda yer alan kadınların diastolik kan basıncı ortalaması 75.23 ± 7.64 mmHg ve ortancası 78.00 mmHg (68.50-80.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 88.42 ± 8.21 mmHg ve ortancası 90.00 mmHg (82.00-94.00)'dır. Beşinci hafta uygulama öncesi gruplar arasında diastolik kan basıncı açısından ileri derecede anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların diastolik kan basıncı ortalaması 68.09 ± 7.22 mmHg ve ortancası 66.00 mmHg (60.50-76.00)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 84.80 ± 8.08 mmHg ve ortancası 86.00 mmHg (78.50-90.00)'ya düşmüştür. Her iki gruptaki kadınların diastolik kan basıncı ortalamalarının uygulama öncesine göre düşüşü ileri derecede ($p < 0.001$) anlamlıdır. Beşinci haftada gruplar arasında uygulama sonrası farkın da ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Altıncı haftada uygulama öncesi reiki grubundaki kadınların diastolik kan basıncı ortalaması 72.71 ± 7.43 mmHg ve ortancası 78.00 mmHg (65.50-78.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 89.09 ± 5.84 mmHg ve ortancası 89.00 mmHg (86.50-92.00)'dır. 6. hafta uygulama öncesi gruplar arasında diastolik kan basıncı açısından ileri derecede anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların diastolik kan basıncı ortalaması 63.71 ± 5.46 mmHg ve ortancası 62.00 mmHg (60.00-68.00)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalamasının 85.14 ± 6.98 mmHg ve ortancasının 85.00 mmHg (80.00-90.00) 'ya düştüğü gözlenmiştir. Her iki gruptaki kadınların diastolik kan basıncı ortalamalarının

uygulama öncesine göre düşüşü ileri derecede anlamlıdır ($p<0.001$). 6. haftada gruplar arasında uygulama sonrası farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Reiki grubunda diastolik kan basıncının 6 haftalık tekrarlı ölçümünde uygulama öncesi değerlerin zaman içerisindeki değişimine bakıldığında ortalama ve ortancaların her uygulama öncesinde bir önceki haftaya göre düştüğü gözlenmiş ve bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Anlamlılığın birinci hafta ile beşinci hafta, ikinci hafta ile beşinci hafta ve tüm haftalar ile 6. hafta arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Sham reiki grubunda diastolik kan basıncı tüm ölçüm zamanlarında uygulama sonrası, öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) düşüş gösterse de 6 haftalık tekrarlı ölçümde uygulama öncesi değerlerin zaman içerisindeki değişimine bakıldığında diastolik kan basıncı ortalama ve ortancalarının haftalar ilerledikçe yükseldiği belirlenmiş, zamana göre diastolik kan basıncının uygulama öncesi değerlerinde anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bu sonuçlar “ H_{13} : *Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikin diastolik kan basıncı değerine etkisi vardır.*” hipotezini doğrulamaktadır.

Tablo 4.7. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Nabız Hızlarının Dağılımı

Nabız Hızı Ölçüm Zamanı	Nabız Hızı (vuru/dk)				Reiki ve Sham Reiki Grubu	
	Reiki Grubu (n=21)		Sham Reiki Grubu (n=21)		Uygulama Öncesi	Uygulama Sonrası
	Uygulama Öncesi $\pm ss$ Ort (%25p - %75p)	Uygulama Sonrası $\pm ss$ Ort (%25p - %75p)	Uygulama Öncesi $\pm ss$ Ort (%25p - %75p)	Uygulama Sonrası $\pm ss$ Ort (%25p - %75p)	p^*	p^*
Birinci hafta	75.00 $\pm$ 14.04 72.00 (65.00-86.00)	71.52 $\pm$ 11.14 69.00 (61.50-79.50)	78.47 $\pm$ 11.05 80.00 (70.00-87.00)	73.47 $\pm$ 10.43 72.00 (68.50-81.00)	0.968	0.561
p^{**}	0.029		<0.001			
İkinci hafta	75.09 $\pm$ 11.38 73.00 (63.00-83.00)	70.71 $\pm$ 10.24 72.00 (59.50-77.00)	79.33 $\pm$ 10.03 81.00 (71.00-87.00)	75.61 $\pm$ 10.30 75.00 (66.00-81.50)	0.040	0.007
p^{**}	<0.001		<0.001			
Üçüncü hafta	74.38 $\pm$ 9.74 74.00 (67.00-82.00)	69.28 $\pm$ 9.57 70.00 (61.00-76.00)	81.66 $\pm$ 11.02 77.00 (71.50-88.50)	77.90 $\pm$ 10.20 75.00 (70.00-85.00)	0.540	<0.001
p^{**}	<0.001		<0.001			
Dördüncü hafta	72.76 $\pm$ 8.44 72.00 (68.50-80.00)	66.62 $\pm$ 8.13 66.00 (61.00-73.00)	82.71 $\pm$ 10.15 82.00 (74.00-92.00)	79.52 $\pm$ 9.87 ^a 78.00 (71.00-86.50)	0.017	<0.001
p^{**}	<0.001		<0.001			
Beşinci hafta	70.90 $\pm$ 8.61 70.00 (65.50-78.00)	64.47 $\pm$ 8.05 ^{a,b,c} 64.00 (59.00-71.00)	83.38 $\pm$ 9.46 80.00 (78.00-88.50)	79.19 $\pm$ 8.87 ^a 78.00 (74.00-84.50)	<0.001	<0.001
p^{**}	<0.001		<0.001			
Altıncı hafta	65.00 $\pm$ 15.26 ^{a,b,c,d} 65.00 (60.00-75.00)	61.66 $\pm$ 7.16 ^{a,b,c,d,e} 62.00 (55.00-69.50)	85.95 $\pm$ 10.21 ^{f,g} 86.00 (78.50-89.50)	81.57 $\pm$ 8.90 ^a 80.00 (76.00-84.50)	<0.001	<0.001
p^{**}	<0.001		<0.001			
p^{***}	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		

p^* : Reiki ve sham reiki grupları arasındaki fark (Bağımsız örneklerde t testi ve Mann Whitney U testi)

p^{**} : Reiki ve sham reiki gruplarının uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ortalamaları arasındaki fark (Bağımlı iki örneklem t testi ve Wilcoxon Signed Ranks testi)

p^{***} : Reiki ve sham reiki gruplarında altı haftalık uygulamanın ayrı ayrı zamana göre değişimi (Genel Lineer Modeller Tekrarlayan Ölçümler testi ve Friedman testi)

a: Uygulama öncesi birinci hafta ortancası/uygulama sonrası birinci hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

b: Uygulama öncesi ikinci hafta ortancası/uygulama sonrası ikinci hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

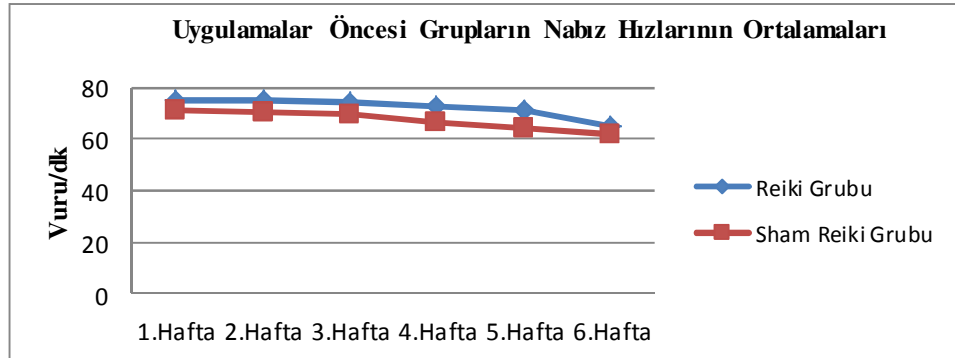
c: Uygulama öncesi üçüncü hafta ortancası/uygulama sonrası üçüncü hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

d: Uygulama öncesi dördüncü hafta ortancası/uygulama sonrası dördüncü hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

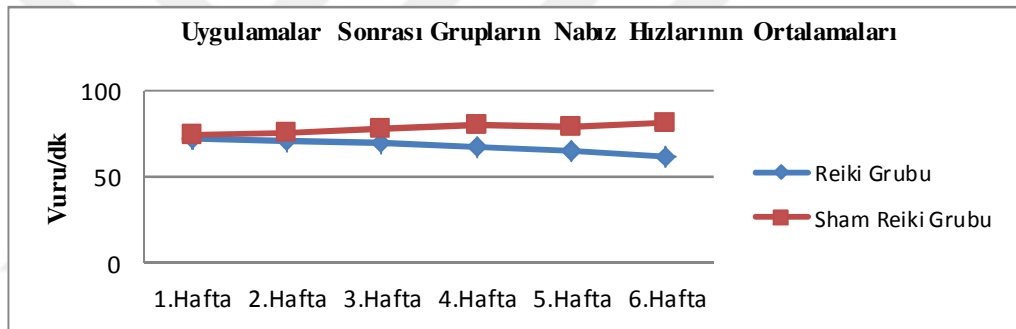
e: Uygulama öncesi beşinci hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

f: Uygulama öncesi birinci hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı

g: Uygulama öncesi ikinci hafta ortalaması ile farkı istatistiksel olarak anlamlı



Grafik 4.6. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Öncesi Nabız Hızlarının Dağılımı



Grafik 4.7. Reiki ve Sham Reiki Gruplarındaki Kadınların İzlem Haftalarına Göre Uygulama Sonrası Nabız Hızlarının Dağılımı

Tablo 4.6’da ve Grafik 4.6 ile 4.7’de reiki ve sham reiki gruplarındaki kadınların izlem haftalarına göre uygulama öncesi ve sonrası nabız hızlarının dağılımı yer almaktadır.

Birinci hafta uygulama öncesi reiki grubundaki kadınların nabız hızı ortalaması 75.00 ± 14.04 vuru/dk ve ortancası 72.00 vuru/dk (65.00-86.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 78.47 ± 11.05 vuru/dk ve ortancası 80.00 vuru/dk (70.00-87.00) olduğu belirlenmiştir. İlk uygulama öncesi gruplar arasında nabız hızı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların nabız hızı ortalaması 71.52 ± 11.14 vuru/dk ve ortancası 69.00 vuru/dk (61.50-79.50)’ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 73.47 ± 10.43 vuru/dk ve ortancasının 72.00 vuru/dk (68.50-81.00)’ya düştüğü gözlenmiştir. Her iki gruptaki kadınların nabız hızlarının uygulama sonrasına göre düşüşü anlamlı olup ($p < 0.05$) ilk

haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamalar açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

İkinci hafta uygulama öncesi reiki grubundaki kadınların nabız hızı ortalaması 75.09 ± 11.38 vuru/dk ve ortancası 73.00 vuru/dk (63.00-83.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 79.33 ± 10.03 vuru/dk ve ortancası 81.00 vuru/dk (71.00-87.00)'dır. İkinci hafta uygulama öncesi gruplar arasında nabız hızı ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların nabız hızı ortalaması 70.71 ± 10.24 vuru/dk ve ortancası 72.00 vuru/dk (59.50-77.00)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalamasının 75.61 ± 10.30 vuru/dk ve ortancasının 75.00 vuru/dk (66.00-81.50)'ya düştüğü gözlenmiştir. Her iki gruptaki kadınların nabız hızı ortalamalarının uygulama öncesine göre düşüşü ileri derecede anlamlıdır ($p<0.001$). İkinci haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamalar arasındaki bu farklılık da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Üçüncü haftada uygulama öncesi reiki grubunda yer alan kadınların nabız hızı ortalaması 74.38 ± 9.74 vuru/dk ve ortancası 74.00 vuru/dk (67.00-82.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 81.66 ± 11.02 vuru/dk ve ortancası 77.00 vuru/dk (71.50-88.50)'dır. Üçüncü hafta uygulama öncesi gruplar arasında nabız hızı açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların nabız hızı ortalaması 69.28 ± 9.57 vuru/dk ve ortancası 70.00 vuru/dk (61.00-76.00)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalamasının 77.90 ± 10.20 vuru/dk ve ortancasının 75.00 vuru/dk (70.00-85.00)'ya düşmüştür. Her iki gruptaki kadınların nabız hızlarının uygulama öncesine göre düşüşü anlamlı olup ($p<0.001$) üçüncü haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamalar arasındaki bu farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Dördüncü haftada uygulama öncesi reiki grubundaki kadınların nabız hızı ortalaması 72.76 ± 8.44 vuru/dk ve ortancası 72.00 vuru/dk (68.50-80.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 82.71 ± 10.15 vuru/dk ve ortancası 82.00 vuru/dk (74.00-92.00)'dır. Dördüncü hafta uygulama öncesi gruplar arasında nabız hızı açısından anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların nabız hızı ortalaması 66.62 ± 8.13 vuru/dk ve ortancası 66.00 vuru/dk (61.00-73.00)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalamasının 79.52 ± 9.87 vuru/dk ve ortancasının 78.00 vuru/dk (71.00-86.50)'ya düştüğü gözlenmiştir. Her iki gruptaki

kadınların nabız hızlarının uygulama öncesine göre düşüşü anlamlı olup ($p<0.05$) dördüncü haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamaların birbirinden farkının da ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Beşinci haftada uygulama öncesi reiki grubunda yer alan kadınların nabız hızı ortalaması 70.90 ± 8.61 vuru/dk ve ortancası 70.00 vuru/dk (65.50-78.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 83.38 ± 9.46 vuru/dk ve ortancası 80.00 vuru/dk (78.00-88.50)'dır. Beşinci hafta uygulama öncesi gruplar arasında nabız hızı açısından ileri derecede anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların nabız hızı ortalaması 64.47 ± 8.05 vuru/dk ve ortancası 64.00 vuru/dk (59.00-71.00)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 79.19 ± 8.87 vuru/dk ve ortancası 78.00 vuru/dk (74.00-84.50)'ya düşmüştür. Her iki gruptaki kadınların nabız hızlarının uygulama öncesine göre düşüşü ileri derecede anlamlıdır ($p<0.001$). Beşinci haftada gruplar arasında uygulama sonrası ortalamaların birbirinden farkının da ileri derecede anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.001$).

Altıncı haftada uygulama öncesi reiki grubundaki kadınların nabız hızı ortalaması 65.00 ± 15.26 vuru/dk ve ortancası 65.00 vuru/dk (60.00-75.00), sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 85.95 ± 10.21 vuru/dk ve ortancası 86.00 vuru/dk (78.50-89.50)'dır. 6. hafta uygulama öncesi gruplar arasında nabız hızı açısından ileri derecede anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Uygulama sonrası reiki grubundaki kadınların nabız hızı ortalaması 61.66 ± 7.16 vuru/dk ve ortancası 62.00 vuru/dk (55.00-69.50)'ya düşerken sham reiki grubundaki kadınların ortalaması 81.57 ± 8.90 vuru/dk ve ortancası 80.00 vuru/dk (76.00-84.50) 'ya düşmüştür. Her iki gruptaki kadınların nabız hızlarının uygulama öncesine göre düşüşü ileri derecede anlamlıdır ($p<0.001$). 6. haftada gruplar arasında uygulama sonrası nabız hızı ortalamalarının birbirinden farkının da ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Reiki grubunda nabız hızının 6 haftalık tekrarlı ölçümünde uygulama öncesi değerlerin zaman içerisindeki değişimine bakıldığında ortalama ve ortancaların her uygulama öncesinde bir önceki haftaya göre düştüğü gözlenmiş ve bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Anlamlılığın uygulama öncesi ölçümlerde 6. haftanın bir, iki, üç ve dördüncü haftalarla arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Sham reiki grubunda nabız hızı tüm ölçüm zamanlarında uygulama sonrası, uygulama öncesine göre anlamlı düşüş gösterse de 6 haftalık tekrarlı ölçümde hem uygulama

öncesi hem de sonrası değerlerin zaman içerisindeki değişimine bakıldığında nabız hızı ortalama ve ortancalarının haftalar ilerledikçe yükseldiği görülmüştür. Zamana göre nabız hızının uygulama öncesi ve sonrası değerlerindeki bu artış ileri derece anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Anlamlılığın uygulama öncesinde altıncı haftanın birinci ve ikinci hafta ile; uygulama sonrası ise birinci haftanın dört, beş ve 6. haftalar ile arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar “ H_{14} : *Kanser hastalarına bakım veren kadınlara 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 60 dakika süre ile uygulanan reikin nabız hızına etkisi vardır.*” hipotezini doğrulamaktadır.



Tablo 4.7. Reiki ve Sham Reiki Grubundaki Kadınların Birinci ve Altıncı Haftalardaki Uygulamaya Verdikleri Psikodinamik Tepkilerin Dağılımı

Psikodinamik Tepkiler	Birinci Hafta				p^*	Altıncı Hafta				p^*
	Reiki Grubu		Sham Reiki Grubu			Reiki Grubu		Sham Reiki Grubu		
	$(n=21)$		$(n=21)$			$(n=21)$		$(n=21)$		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Sıcaklık hissi										
Hiç hissetmeyen	4	19.1	16	76.2	<0.001	0	0.0	18	85.7	<0.001
Biraz hissedenden	10	47.6	5	23.8		2	9.5	3	14.3	
Çok hissedenden	7	33.3	0	0.0		19	90.5	0	0.0	
Enerji akışı hissi										
Hiç hissetmeyen	7	33.3	16	76.2	0.008	0	0.0	19	90.5	<0.001
Biraz hissedenden	9	42.9	5	23.8		1	4.8	2	9.5	
Çok hissedenden	5	23.8	0	0.0		20	95.2	0	0.0	
Soğukluk hissi										
Hiç hissetmeyen	19	90.4	20	95.2	0.599	19	90.5	20	95.2	0.311
Biraz hissedenden	1	4.8	1	4.8		2	9.5	1	4.8	
Çok hissedenden	1	4.8	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
Karıncaalanma hissi										
Hiç hissetmeyen	16	76.2	20	95.2	0.343	14	66.7	20	95.2	0.041
Biraz hissedenden	4	19.0	1	4.8		2	9.5	1	4.8	
Çok hissedenden	1	4.8	0	0.0		5	23.8	0	0.0	
İdrar yapma hissi										
Hiç hissetmeyen	18	85.7	17	81.0	0.663	19	90.5	20	95.2	0.599
Biraz hissedenden	2	9.5	4	19.0		1	4.8	0	0.0	
Çok hissedenden	1	4.8	0	0.0		1	4.8	1	4.8	
Farklı renkte ışıklar görmek										
Hiç hissetmeyen	16	76.2	21	100	0.059	5	23.8	21	100	<0.001
Biraz hissedenden	4	19.0	0	0.0		7	33.3	0	0.0	
Çok hissedenden	1	4.8	0	0.0		9	42.9	0	0.0	
Huzursuzluk hissi										
Hiç hissetmeyen	20	95.2	20	95.2	1.000	20	100	20	100	1.000
Biraz hissedenden	1	4.8	1	4.8		1	0.0	1	0.0	
Çok hissedenden	0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
Uyku hissi										
Hiç hissetmeyen	4	19.1	9	42.8	0.098	0	0.0	10	47.6	<0.001
Biraz hissedenden	12	57.1	11	52.4		1	4.8	8	38.1	
Çok hissedenden	5	23.8	1	4.8		20	95.2	3	14.3	
İyi hissetme										
Hiç hissetmeyen	1	4.8	4	19	0.035	0	0.0	8	38.1	<0.001
Biraz hissedenden	13	61.9	16	76.2		1	4.8	11	52.4	
Çok hissedenden	7	33.3	1	4.8		20	95.2	2	9.5	

 p^* : χ^2 testi

Tablo 4.7. Reiki ve Sham Reiki Grubundaki Kadınların Birinci ve Altıncı Haftalardaki Uygulamaya Verdikleri Psikodinamik Tepkilerin Dağılımı (devamı)

Birinci Hafta					p^*	Altıncı Hafta				p^*
Psikodinamik Tepkiler	Reiki Grubu		Sham Reiki Grubu			Reiki Grubu		Sham Reiki Grubu		
	$(n=21)$		$(n=21)$			$(n=21)$		$(n=21)$		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Rahat ve gevşemiş hissetme										
Hiç hissetmeyen	1	4.8	4	19.0	0.037	0	0.0	3	14.3	<0.001
Biraz hisseden	13	61.9	16	76.2		1	4.8	15	71.4	
Çok hisseden	7	33.3	1	4.8		20	95.2	3	14.3	
Huzurlu hissetme										
Hiç hissetmeyen	2	9.5	10	47.6	0.003	0	0.0	9	42.9	<0.001
Biraz hisseden	10	47.6	10	47.6		1	4.8	10	47.6	
Çok hisseden	9	42.9	1	4.8		20	95.2	2	9.5	
Güzel bir duygu yaşadığını hissetme										
Hiç hissetmeyen	0	0.0	5	23.8	0.005	0	0.0	6	28.6	<0.001
Biraz hisseden	13	61.9	15	71.4		0	0.0	13	61.9	
Çok hisseden	8	38.1	1	4.8		21	100	2	9.5	
Üzerinde bir ağırlık olduğunu hissetme										
Hiç hissetmeyen	16	76.2	11	52.4	0.216	16	76.2	12	57.1	0.276
Biraz hisseden	5	23.8	9	42.8		2	9.5	6	28.6	
Çok hisseden	0	0.0	1	4.8		3	90.5	3	14.3	
Dingin/sakin hissetme										
Hiç hissetmeyen	1	4.8	4	19.1	0.057	0	0.0	3	14.3	<0.001
Biraz hisseden	12	57.1	15	71.4		1	4.8	15	71.4	
Çok hisseden	8	38.1	2	9.5		20	95.2	3	14.3	

 p^* : χ^2 testi

Tablo 4.7’de Reiki ve sham reiki grubundaki kadınların birinci ve altıncı haftalardaki uygulamaya verdikleri psikodinamik tepkilerin dağılımı verilmiştir.

İlk haftada psikodinamik tepkilerden “sıcaklık hissetme”, “enerji akışı hissetme”, “iyi hissetme”, “huzurlu hissetme”, ve “güzel bir duygu yaşadığını hissetme” açısından gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunurken ($p<0.05$), altıncı haftada bu psikodinamik tepkilere ek olarak “farklı renkte ışıklar görme”, “uykulu hissetme” ve “dingin ve sakinleşmiş hissetme” tepkileri açısından da gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca bu psikodinamik tepkilerin reiki grubunda son uygulama haftasında ilk uygulama haftasına göre deneyimlenme sıklığının da arttığı belirlenmiştir.

4.2.KALİTATİF BULGULAR

Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan reikin stres düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın kalitatif bölümünde, reiki uygulanan gruptaki bakım veren kadınlar ile yapılan derinlemesine görüşmelerden oluşturulan alt kategorilere ilişkin görüşme detayları bu bölümde sunulmuştur. Yapılan bireysel derinlemesine görüşmeler sonucunda elde edilen veriler, “reikin hissettirdikleri”, “reikiye ilişkin deneyimler”, “bakım verilen hastalara reiki uygulamanın etkisi”, “hastalık sürecinde stresi azaltmak için reiki” ve “rutin bir uygulama olarak reiki” temaları altında ele alınmıştır.

“Reikin hissettirdikleri”

Bireyler daha önce reikiye dair bir fikirlerinin olmadığını ya da bunun gibi bir uygulamadan fayda görmeyeceklerini düşündüklerini ifade etmişler, fakat uygulamalar sonrasında çeşitli yakınmaları için bedenlerinde ve emosyonel durumlarında iyileşme belirtileri deneyimlediklerini ve stres düzeylerinin azaldığını belirtmişlerdir. Örnek ifadeler:

“Daha önce fayda vereceğine hiç inanmadığım bir konu idi. Fakat ilk uygulamadan sonra bile günlerdir çektiğim kabızlık şikayetim azaldı. Dördüncü uygulamadan sonra ise iki aydır beklediğim kanamam gerçekleşti. Hayatımda hiçbir şeye bu kadar şaşırmamıştım!” (Y.Ö. hanım, 31 yaşında, ev hanımı).

“..Reiki benim için kişiyi sakinleştiren, dinlendiren ve huzur bulmasını sağlayan bir uygulama olduğunu düşünüyorum. En azından bendeki etkileri böyleydi. Dolayısıyla bu uygulamaya katıldığım için çok memnunum. Stresi azaltmada kesinlikle faydalı olduğunu düşünüyorum”. (H.Ö. hanım, 48 yaşında, memur emeklisi).

“..Reikin daha önce ne olduğunu bilmiyordum. Bu uygulama beni her konuda olumlu düşünmeye sevk etti. Her şeyi daha sakin daha pozitif görmemi sağladı. Kalp atışlarımın bile daha sakin olduğunu hisseebiliyorum. Keşke bu terapinin her zaman devamı olabilse...” (L.A. hanım, 52 yaşında, muhasebeci).

“Ben böyle ilaçsız uygulamalara pek itibar etmem normalde. Hatta bu uygulamaya katılmak için de çok düşündüm hatırlarsanız birkaç defa fikir değiştirmiştım, sizi yordum başta kusura bakmayın (gülüşmeler).. Hatırlarsanız gece hastamın başını bekleyip uyumadığım için boynum tutuk demiştım. Şimdi eser yok. Bir de tansiyon hastasıyım, biliyorsunuz. Büyük tansiyonum 14’ten aşağı olmaz normalde. Valla her

uygulamada düşmesi ve öyle kalmasına şaşırtıyorum..”(D.Y.hanım, 58 yaşında, memur emeklisi).

“....Reikiyi daha önce bir arkadaşım yaptırdığından biliyorum. Onun fibromiyaljisi vardı, fayda gördüğünü söyledi. O yüzden aslında babam için çok istedim. Ama konuşunca hakikaten benim de gevşemeye ihtiyacım var. Valla inanın buna, hasta da gergin ama bakan da gergin olunca iş yokuşa sürülüyor. Ben buna başladığımızdan beri böyle ne bilim ya, geniş bir insan oldum. Bir defa uyku yoktu, her an teyakkuzdayım. Yan odadan babamın sesini dinliyorum. Kafamda kuruyorum kuruyorum sabah oluyor. Ee uykusuzsun, yorgunsun bir de bunlardan dolayı gerginsin. Nasıl hasta bakacaksın, nasıl sakın kalacaksın? İşte ben bunları hallettim reikiyle. Mesela soruyorsunuz ikidir, tedavi masrafı stres yaratıyor mu diye. Valla cebime para koymuyorsunuz tabi, ama ben artık bunun yarattığı gerginliği önemsememeyi öğrendim. Babam gün geçtikçe çöküyor, biliyorum ama meseleye artık bir başka taraftan bakıyorum, gerilmeden. Kavgaya tutuşmuyorum beni dinlemediğinde. Yani ne bilim, uygulamadan önceki ben değilim sanki. Uyuyorum ya artık, bundan daha iyi ne olabilirdi.” (Ö.Y. hanım, 39 yaşında, hemşire).

“Reikiye ilişkin deneyimler”

“Sıcaklık hissetme”, “enerji akışı hissetme”, “farklı renkte ışıklar görme, “uykulu hissetme”, “iyi hissetme, “huzurlu hissetme”, “güzel bir duygu yaşama”, “dingin ve sakinleşmiş hissetme” gibi deneyimler, son haftada reiki uygulanan grupta ilk uygulama haftasına göre daha sık deneyimlenmiş ve bu psikodinamik tepkiler açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (Bkz: Tablo 4.7). Bu sonucu destekleyen kalitatif bulgulara ilişkin kadınların ifadeleri aşağıda belirtildiği gibidir. Örnek ifadeler:

“...Bu uygulama yapılırken vücudumda, düşüncelerimde, zihnimde olumlu bir enerji akımı hissettim. Benim her şeye iyi veya kötü olumlu ve sakin düşünmemi sağladı. Uygulama esnasında zihnimde oluşan renkler uygulamadan sonra sanki yaşadığım ortamlarda karşıma çıkan tüm her şeyde olumlu ya da olumsuz bu renkleri çok daha iyi algılamaya başladım.” (L.A. hanım, 52 yaşında, muhasebeci).

“Size faydası olsun diye başladım ama ilk uygulamadan sonra gövdemin, elimin, ayağımın ısındığını hissettim. Hatta dördüncü kez geldiğinizde dizlerim böyle kıml

kımıl oldu, ayaklarıma bir şey aktı, çok şaşırdım. Ben önce bu kadın küçük seyahat ütüüsü dokunduruyor gözlerimi kapatınca dedim. Ya da küçük elektrikli bişey ...”(S.B.hanım, 31 yaşında, kuaför).

“...ben de gevşemiş hissediyorum. Mesela dediniz ya hani anlamı evrensel yaşam enerjisidir diye, ben hep zihnimde gökyüzüne doğru içimdeki duyguların uçuştüğünü hayal ediyorum. Böyle o duyguların ipe dizildiğini düşünün, içimden çıkan tarafı koyu renkler ama uzaklaştıkça daha açık. Mesela mavinin açık tonu neydi? (Düşünüyor, kendi cevaplıyor) Haa turkuaz gibi, öyle oluyor. Sonra bir de mor var, gittikçe eflatun gibi oluyor. Onları seyrediyorum. Bence uyumuyorum ama siz geçen gün horladığımı söylediniz (gülüyor).” (Y.Ö. hanım, 33 yaşında, bankacı).

“Ben uygulama sırasında yeşil bir ormanda çıplak ayakla yürüdüğümü görüyorum. Toprağa bastıkça huzurlu oluyorum. Bu arada da gittikçe ısındığımı hissediyorum..” (P.F. hanım, 52 yaşında, emekli).

“Işıklar görüyorum. Ama reiki boyunca değişen ışıklar. Eller başlayken beyaz, dizdeyken turuncu gibi mesela. Ama bazen de mor oluyor..” (S.B. Hanım, 31 yaşında, kuaför)

“Bakım verilen hastalara reiki uygulamanın etkisi”

Reiki uygulanan bakım verenler, kendilerinde olumlu etkilerini deneyimledikleri reikin hastalarının hastalık ve tedaviden kaynaklanan gerginliklerini azaltmak amaçlı reiki uygulamanın etkili olacağını aşağıdaki cümlelerle ifade etmişlerdir. Örnek ifadeler:

“Düşünüyorum da eğer ona da uygulayabilseydiniz muhakkak sakinleşecek ve gereksiz stresi azalacaktı..”(O.A. hanım, 45 yaşında, öğretim üyesi).

“Hasta yakınlarında uygulandığında dinlendiriyor, huzur veriyor ve stresi azaltıyor ise hastalarda da uygulandığında etkili olacağını düşünüyorum. Dolayısıyla hastaların yaşadığı bu yoğun stresli süreçte bu uygulamanın onların stres düzeyini azaltacağını düşünüyorum.. Bizler 24 saat onlara baktığımız için ihtiyaç duyuyoruz böyle rahatlatıcı uygulamalara ama inanın acıyı çeken onlar olduğu için bence onların ihtiyacı daha fazla reikiye.” (H.Ö. hanım, 48 yaşında, memur emeklisi).

“..hatta sadece hastam üzerinde değil herkeste uygulanması gerektiğine inanıyorum ve hasta yakını olarak kesinlikle hastaya uygulanması gerektiğini düşünüyorum. Bak

mesela şöyle oluyor kemoterapi aldık örneğin bugün. Sabah 7.30'da annemle kalktık hastaneye geldik, kan verdik, sıra bekledik, doktora sonuçları gösterdik, saat 10.30'du annemi kemoterapiye aldılar. Bugün uygulama yaptık ya sizinle, ben resmen günün yorgunluğunu attım, zihnim durgunlaştı. Şimdi annemin tedavisi bitince onu alacağım hem yorgun hem gergin bulacağım onu yine. Biliyorum çünkü. İsterdim ki o da reikiyle tanışsın, ikimiz de başka düşünelim, kafamız değişsin artık. Hayatımız kolaylaşsın..”(M.C. hanım, 23 yaşında, öğrenci).

“....hasta da böyle rahatlamadığı müddetçe stresi hayatımızdan nasıl çıkaralım? Tamam ben sakinim, şimdi diyelim bu odadan çıkacağım onu alıp eve gideceğim. Ben ne kadar sakinleşmiş olsam da eşim gergin. Çorbanın tuzu yok, ekmeği neden elinle böldün, onu oraya bunu buraya niye koydun...? Biliyorsun sabretmelisin ama işte biz de taşıyoruz. O yüzden ne olur hastalara da yapın ki karşılıklı rahatlırsak bu hastalıkla daha iyi savaşıyoruz..”(M.G. hanım, 56 yaşında, emekli).

“....babam inanmaz böyle şeylere ama bu mesela inansen da inanmasan da damara verilen ilaç nasıl hastalığı iyileştiriyor, onun gibi. Sadece başta ikna etmek gerekir. Bendeki etkilerini anlatıyorum ona mesela. Sana nasıl tahammül ettiğimi sanıyorsun diyorum takılıyorum ona (gülüşmeler)..”(Ö.Y. hanım, 35 yaşında, hemşire).

Ayrıca uygulama grubundaki bir hasta reikinın kendisinde hiçbir yan etkiye yol açmadan ve zahmet vermeden uygulandığını şu cümlelerle ifade etmiştir:

“Bir de aslında hasta olmasına gerek yok, günlük stresle baş edebilmek için herkese uygulanmalı reiki. Bak para vermedik, bir yan etkisi olmadı, dinlendik, iyi hissettik. Daha ne olsun..”(Y.Ö. hanım, 33 yaşında, bankacı).

“Hastalık sürecinde stresi azaltmak için reiki”

Reiki uygulanan bakım verenler, hastaneye başvuran hastalara kanser olup olmadığı gözetilmeksizin gerginliği azaltmaya yardımcı olması amacıyla reiki uygulanmasının faydalı olabileceğini aşağıdaki cümlelerle ifade etmişlerdir:

“....sadece kanser hastalarına değil diğer kronik hastalıkları olan kişilere de uygulanmasının bir zorunluluk olması gerektiğini düşünüyorum. Eğitimli insanların bu uygulamayı hastalık türü gözetmeden herkese uygulamasını istiyorum.”(B.C.hanım, 33 yaşında, ev hanımı).

“...annemin tedavisi 4 saati buluyor. Bunca zaman içinde sadece 45 dakika ayırılıp reiki verilmesi çok şeyi değiştirebilir. Bir kere insanın elinde değil, yüz kasları gevşiyor, kendini gülümserken buluyor. Dıştan görünen bu kim bilir içeride neleri güzelleştiriyordur?..”(Y.Ö. hanım, 31 yaşında, ev hanımı).

“ İmkan varsa bunu kişilerin isteğine bırakmayın hatta. Düşünün ya, şu koltukta kemoterapi alırken ellerini birkaç dakika dokundurun hastalarımıza. İnan en muhtaç olduğu an. O sıcaklık bizde olduğu gibi bedenine yayılacak, kasları gevşeyecek, düşüncesini durdurmayı öğrenecek. Yani böyle çok da anlatılamayan, manevi bir olgunluk yaşayacak. Herhangi bir hastalık için de bu böyle. Bence denenmeli, reikinin tedavinin bir parçası olması gerektiğini düşünüyorum..”(A.Ö, 40 yaşında, öğretmen)

“Rutin bir uygulama olarak reiki”

Bakım verenlerden bazıları günlük yaşamdaki stresi azaltmada ya da sağlık kontrolü için hastaneye başvurulduğunda reikin rutin bir hemşirelik uygulaması olabileceğini dile getirdikleri gözlenmiştir. Örnek ifadeler:

“Benim mesleğimin doğası gergin. Hem mesleği sürdürmek bu süreçte anneme tek başıma bakım vermek inanın çok zorlayıcı. Bir de anneyim. Başka sorumluluklarım var. Zaten bunlardan kaynaklanan gerginlikten dolayı ben sıkça baş ağrısı, ayak ağrısı, çarpıntı yaşıyorum. Kendim de her hafta doktordayım. Şimdi reiki ile hafifledi şikayetlerim. Ama uygulama sonlanacak benim ihtiyacım devam edecek. Aslında günlük yaşamda da gerek bize..” (S.T. hanım, 32 yaşında, polis).

“Ben daha önce hemşirelerin bu tip tedaviler yaptığını duymadım, şahit olmadım. Ama bendeki şu etkilerini gördükten sonra elbette nasıl ki hastayız diye geldiğimizde tansiyonu ölçüp kan alıyorlarsa aynı onlar gibi böyle rutin olmasını çok isterim. Hele ki hastalık stres yaratacak bir hastalıksa, böyle kanser gibi zorsa kesinlikle uygulansın. Yalnız önerim işin başında. Yani bu tanıların konduğu an reiki tedavisi başlasın. Ben öyle düşünüyorum..” (G.A. hanım, 56 yaşında, emekli).

“..sizler daha okuldayken bu eğitim verilse, bu sizin asli sorumluluğunuz olsa illa ki çalıştığınız kurum uygulama için size ekstra zaman ve ücret verecektir. Şartlar böyle olursa ne olur gerçekten bu kadar rahatlatan bu uygulamayı tüm hastalık süreçlerimizde yapın. Eşim bazen yan etkiden dolayı geliyor serviste 3-5 gün kalıyor.

Her yatışımızda bir iki defa olsun uygulansa kesinlikle en azından olaylara yaklaşımının aydınlanacağını düşünüyorum..”(B.Y.hanım, 52 yaşında, esnaf).

Bakım verenler ile yapılan reiki uygulamasında, sağlık sistemi içerisinde bakım verenlerin biyopsikososyal sağlıklarını değerlendirme, koruma ve yükseltmeye yönelik uygulamaların olmaması sonucu ihmal edilen bakım vericilerin desteklenmesi ile sürdürülen bakımın kalitesinin artacağı araştırmacı tarafından gözlenen öznel bir deneyimdir. Bakım verenler için hastalarının yanında kendilerine “peki siz nasılsınız?” sorusunun sorulması kendilerinin ve verdikleri bakımın önemsendiğini hissettirilmesi anlamına gelmiş ve bakım verme işinde ne derece önemli bir noktada bulundukları duygusunu hatırlatmıştır. Sorulara verdikleri cevaplardan kendi yaşam ortamlarında dokunularak uygulanan reiki sayesinde verdikleri bakım ve kronik bir hastalıkla devam eden yeni yaşantıları için farklı anlamlar bulmaya çalıştıkları gözlenmiştir.

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Kanser gibi kronik hastalığı bulunan bireye informal bakım vermenin, zihinsel ve fiziksel sağlık üzerinde birtakım olumsuz etkilerinin bulunduğu; bakım verenlerin yaşamlarının çok çeşitli alanlarında karşılaştıkları zor koşullar nedeniyle bakım yüklerinin ve dolayısıyla emosyonel stres düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu çalışmalarda bildirilmiştir (Cameron ve ark., 2002; Palos ve ark., 2010; Bevans ve Sternberg, 2012; Orak ve Sezgin, 2015; Yıldız ve ark., 2016; Özdemir ve ark., 2017). Bakım verenin stres belirtilerinin ve stres düzeyinin değerlendirilerek gerekli girişimlerin planlanması hastanın iyilik halinin sürdürülmesi kadar önemli bir konudur. Bu nedenle bakım verenlerin biyopsikososyal iyilik hallerinin sürdürülmesine yönelik önerilen kendi kendini destekleyici iyileştirme uygulamalarının yanında stresle etkin başetmeyi sağlamak adına tamamlayıcı ve bütünleşik (integratif) yöntemlere olan ilgi giderek artmaktadır. Bu amaçla son yıllarda sıklıkla tercih edilen tamamlayıcı ve integratif uygulamalardan biri de reikidir (Korn ve ark., 2009; Kraemer ve ark., 2016; Schwind ve ark., 2017). Literatürde reikin bazı kronik hastalıklara eşlik eden stresin azaltılması, etkin semptom yönetiminin sürdürülmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve rahatlamının sağlanması gibi farklı amaçlarla uygulandığı birçok çalışma bulunmaktadır (Shore, 2004; Birocco ve ark.,2012; Kundu ve ark., 2013; Bkowski, 2015; Kurebayashi ve ark., 2016).

Reikin kanser hastalarına bakım verenlerin stres düzeyi üzerine etkisini incelediğimiz araştırmamızda başlangıçta iki grubun da stres düzeyinin orta derecede olduğu; uygulama sonrası ise reiki grubundaki bakım verenlerin sham reiki grubundaki bakım verenlere göre BVSÖ'nden anlamlı derecede daha düşük stres puanlarına sahip olduğu ve aynı zamanda reiki grubunda uygulama öncesi ve sonrası BVSÖ puan farkının sham reiki grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Reiki uygulanan grupta stres puanları uygulama öncesine göre % 32 azalmıştır. Çalışmamızdaki bu

bulgu doğrultusunda reiki uygulamasının bakım verenlerde sham reiki uygulamasına kıyasla stresi önemli ölçüde azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Farklı örneklem gruplarında yapılan araştırma sonuçları, çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. Shore (2004) reikinin depresyon ve algılanan stres düzeyi üzerine etkisini araştırdığı çalışmada, 6 hafta boyunca dokunarak uygulanan reikin stres semptomlarının belirgin şekilde azalmasını sağladığını, reikin neden olduğu bu semptom farklılığının bir yıl sonra da devam ettiğini bildirmiştir. Kundu et al.(2013) reikin pediatrik onkoloji hastalarındaki etkilerinin bakım verenleri tarafından değerlendirilmesinin istenildiği bir pilot çalışmada, bakım verenlerin %88'inin uygulanan reiki seanslarından sonra hastalarında yaşam konforunun ve rahatlamasının arttığını gözlemlediklerini bildirmiştir. Kurebayashi ve ark. (2016) uyguladıkları stres ölçeğine göre stresli kabul edilen gönüllülerle masaj, dinlenme ve reikin girişimsiz kontrol grubuna göre stresi azaltmadaki etkilerini araştırdıkları bir çalışmada dört hafta boyunca haftada iki kez reiki ve masajın uygulandığı gruplarda, stres puanlarının başlangıca göre %24 azaldığını, stres düzeyinin girişimsiz kontrol grubuna göre daha az olduğunu bildirmiştir. Bukowski (2015) 20 üniversite öğrencisiyle, haftada iki kez 20 haftalık kendi kendine reiki uygulamasının algılanan stres düzeyine olan etkisini araştırdığı çalışmasının sonucunda, öğrencilerin son test verilerindeki stres puanlarının ön test puanlarına göre daha düşük olduğunu ve bir öğrenci dışında stres düzeyinin 20 hafta öncesine dönmediğini, ayrıca öğrencilerin anksiyetelerinin de azaldığını ifade ettiklerini belirtmiştir. Birocco ve ark. (2012) 30 dakika süren 4 seanslık reikin kemoterapi tedavisi gören 118 kanserli hastada kaygı, ağrı ve iyilik halindeki etkisini değerlendirmiş, reikin uyku kalitesinde artma, rahatlama, ağrıyı hafifletme, iyilik halini arttırma ve anksiyete düzeyinde azalmaya neden olduğunu bildirmiştir. Wardell ve Engebretson (2001) reikin gevşeme ve stresi azaltmadaki etkisini incelemek amacıyla 23 sağlıklı bireye 30 dakika boyunca uyguladıkları tek seanslık reiki sonucunda kadınların son test verilerinde streslerinin azaldığına dair bulgular elde ettiklerini bildirmişlerdir. Bakım verici tükenmişliğine örnek olabilecek bir çalışmada reiki oturumlarında, reikin terapiye katılan hemşire grubunda parasempatik sinir sistemini etkilediğini gösteren fizyolojik bulgular olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar bu bulguya dayanarak reikin, bakım veren popülasyonunda rahatlamayı teşvik edip algılanan stres düzeyini azaltabileceğini öne sürmüşlerdir (Díaz-Rodríguez ark., 2011).

Siegel ve ark. (2016) kemoterapi uygulanan bireylerde, dört gün 30 dakika süre ile dokunarak reiki uygulanan grupta kemoterapi ilişkili bazı semptomlar ile stresin kontrol grubuna göre klinik olarak daha az deneyimlendiğini; fakat istatistiksel olarak farklılık oluşmadığını belirtmiştir. Yine Shaybak (2017) koroner arter bypass greft operasyonu sonrası safen ven insizyon bölgesindeki ağrıyı azaltmada insizyon bölgesine 9 dakika boyunca mesafeli reiki uygulanan gruptaki hastaların rahatlama hissettiklerini ifade etmelerine rağmen reiki ve sham reiki grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmiştir.

Çalışmamızda bakım verenin stresi üzerine reikin etkinliğini değerlendirdiğimiz bir diğer parametre olan tükürük kortizol düzeyinin (TKD) hem uygulama öncesi hem de uygulama sonrası her iki grupta da normal sınırlarda olduğu belirlenmiş olup, reiki grubundaki kadınlarda 6 haftalık uygulama sonrasında uygulama öncesi düzeylere göre düşmesine rağmen bu düşüşün anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca reiki grubundaki kadınların uygulama öncesi ve sonrası TKD'nin beklenenin aksine sham reiki grubundaki kadınların değerlerine göre yüksek olduğu saptanmıştır. Altı haftalık uygulama sonrasında gruplar arasında TKD bakımından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bunun yanında reiki uygulanan gruptaki bakım veren kadınların uygulama sonunda BVSÖ'den aldıkları düşük puanlar ile birlikte reikiye ilişkin psikodinamik tepkilerinde uygulama öncesine göre “rahatlamış”, “huzur bulmuş” ve “sakinleşmiş” hissettiklerini belirtmeleri ile bakım sürecinden kaynaklanan stres faktörlerini daha az önemsediklerini, bakım verdikleri hastaları ile daha az çatışma yaşadıklarını ifade etmeleri dikkat çekicidir.

Stres tepkisi bilişsel düzeyde kaygı, emosyonel stres; motor sistemde kas gerginliği, otonom yanıt düzeyinde kan basıncı ve nabız hızının yükselmesi, periferik cilt sıcaklığının düşmesi ve artmış galvanik cilt tepkisi; nöroendokrin yanıt olarak da immünglobulin-A ile kortizol sekresyonu gibi biyolojik göstergeleri içermektedir.

Yapılan çalışmalarda, reikin biyolojik göstergelerden serum hemoglobin-hemotokrit (Wetzel, 1989; Wirth ve ark., 1994), tükürük immünglobulin- A (Wardell ve Engebretson, 2001) kan üre nitrojen ve TKD'ye (Dressin ve ark., 1998) olan etkisinden bahsedilmektedir. Wardell ve Engebretson (2001)'un araştırmasında bizim çalışma bulgumuza benzer şekilde, 30 dakika boyunca dokunarak uyguladıkları reikin uygulama sonrası örneklemdeki 14 hastanın TKD'lerinde düşüş gözlerken 7'sinde

değerlerin arttığını tespit etmiş ve reikin TKD üzerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığını bildirmişlerdir (Wardell ve Engebretson, 2001). Bowden ve ark. (2010b) ise 35 sağlıklı bireyle reikin iyilik hali ve sağlıklı hissetmenin üzerine olan etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, bireylere iki buçuk ile 12 haftalık süre zarfında 20 dakika süren 10 seanslık temassız reiki uygulaması gerçekleştirmişler ve çalışmanın parametrelerinden olan TKD ile reikin iyilik hali üzerine olan pozitif etkileri arasında bir korelasyon bulunmadığını tespit etmişlerdir. Çalışmamızdaki bakım verenlerin TKD'lerinde anlamlı değişiklik olmamasına rağmen altı haftalık uygulama sonrasında "iyi hissetme", "dingin ve sakinleşmiş hissetme" gibi psikodinamik tepkiler açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Ayrıca reiki uygulanan gruptaki bakım verenler reikiye ilişkin deneyimlerinde bakım sürecinden kaynaklanan stresin neden olduğu bazı fiziksel yakınmalarının azaldığı ve dolayısıyla iyilik hallerinin arttığına; uygulama öncesine göre rahatlamış ve sakinleşmiş hissettiklerine dair ifadelerde bulunmuşlardır.

Plazma serbest kortizol düzeyi ile tamamen benzerlik göstermesi nedeniyle tükürük kortizölü 20 yılı aşkın süredir HPA aktivitesini ve stres cevabını değerlendirmede sıkça kullanılmaktadır (Kirschbarum ve Hellhammer, 1994). Ancak, kortizölün doğal dalgalanma süreci kafein alımı, kısa süre önce geçirilmiş enfeksiyonlar, cerrahi müdahaleler, antibiyotik alımı, ölçümden kısa zaman önceki aktivite miktarı ve negatif duygulanım gibi durumsal olaylar da dahil olmak üzere çeşitli dışsal faktörler tarafından kolayca geçersiz kılınabildiği bilinmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda reikin TKD üzerinde etkili bulunmaması, tükürük kortizölünü stimüle edebilecek yeme-içme, kafein-tein alımı, sigara kullanımı, dişlerin fırçalanması gibi faktörlerin kontrol altına alınmış olmasına rağmen, bakım verenlerin örneklerin toplandığı günlerde karşılaşmış olabilecekleri diğer emosyonel uyaranlarla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Duygusal strese fizyolojik stres yanıtı, yüksek kan basıncı ve nabız hızının artması gibi sempatik sinir sisteminin uyarımlarını içermektedir. Yapılan çalışmalar reikin parasempatik aktiviteyi stimüle ederek sistolik ve diastolik kan basıncı ile nabız hızını dengelediğini göstermektedir. Çalışmamızda reiki grubunda sistolik ve diastolik kan basınçları ile nabız hızının ikinci uygulama haftasından itibaren her uygulama sonrası sham reiki grubu değerlerine göre anlamlı derecede daha fazla düştüğü gözlenmiştir. Bu değerlerin gruplarda her uygulama sonrasında uygulamaya başlamadan önceki

ölçümlerin ortalamasına göre anlamlı ölçüde düşüş göstermesinin ise fiziksel olarak dinlenmenin otonom sinir sistemi üzerindeki rahatlatıcı etkisine bağlı olduğu düşünülebilir. Fakat rahatlama ve dinlenmenin kan basıncı, nabız hızı gibi göstergeler üzerindeki etkisini reikin etkisinden ayırt edebilmek için her uygulama öncesi bakım verenlerin 20 dakika dinlenmelerinin sağlanmış olmasının yanında, grupların sistolik – diastolik kan basınçları ile nabız hızlarının 6 haftalık uygulama boyunca grup içi değerlendirmelerinde reiki grubunda anlamlı ölçüde azalma saptanması, uygulanan reikin dinlenmeden bağımsız olarak uzun dönem etkisinin sürdüğünü göstermektedir. Ayrıca sham reiki grubunun 6 hafta içindeki nabız hızı değişimi, artma yönünde bir anlamlılık ortaya koymuştur. Sham reiki grubunun BVSÖ puan ortalamalarının son uygulama haftasında artmış olduğu da göz önünde bulundurulursa bu durumun bakım veren stresinin zamanla artmasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Çalışma bulgumuza benzer şekilde Wardell ve Engebretson (2001) kontrol gruplu çalışmalarında 30 dakikalık reiki seansının ardından gruplar arasında sistolik ve diastolik kan basıncı açısından önemli ölçüde anlamlı farklılık olduğunu bildirmişlerdir. VanderVaart ve ark. (2011) sezaryen sonrası ağrı üzerine reikin etkilerini inceledikleri girişimsiz kontrol gruplu araştırmalarında, 20 dakika süren üç seanslık mesafeli reiki uygulaması sonucunda uygulama yapılan gruptaki kadınların sistolik ve diastolik kan basınçları ile nabız hızlarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüş saptadıklarını bildirmişlerdir. Mackay ve ark. (2004) otonom sinir sistemi düzensizliği bulunan ve kardiyak bozukluk tanılı bireylere 30 dakikalık reiki uygulamanın diastolik kan basıncında ve nabız hızında önemli ölçüde düşüşe neden olduğu saptamıştır. Cassidy ve ark. (2010) reikin preoperatif dönemde kadınların anksiyetesini azaltmadaki etkisini araştırdıkları çalışmalarında, 20 kadına müzik ile birlikte reiki uygulamışlar, kontrol grubuna ise aynı süre boyunca sadece müzik dinletmişlerdir. Çalışma sonucunda reiki uygulanan kadınların sistolik ve diastolik kan basınçlarının ve nabız hızlarının sadece müzik dinletilen kadınlara göre anlamlı derecede daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Friedman (2010) akut koroner sendrom geçirmiş hastalara ataktan 72 saat sonra hemşireler tarafından dokunularak uygulanan reiki grubundaki kadınların nabız hızlarının, aynı sürede dinlendirilen ve müzik dinletilen hasta grubundaki bireylerin nabız hızlarına kıyasla anlamlı ölçüde düşmeye neden olduğunu bildirmiştir. Salles ve ark. (2014) yaklaşık 12 yıldır hekim kontrolünde olan 66

hipertansiyon hastasında reikinın yüksek kan basıncına olan etkilerini çalıştıkları araştırmalarında, hastalar reiki, sham reiki ve kontrol gruplarına randomize edilmiş, girişim grubuna 20 dakika dokunularak reiki uygulanırken, sham reiki grubuna aynı sürede mimik taklidi ile sham reiki uygulanmış ve kontrol grubu ise sadece dinlendirilmiştir. Kan basınçları uygulama öncesi ve hemen sonrasında kaydedilen grupların her üçünde sistolik ve diastolik kan basınçlarının düştüğü gözlenirken, reiki uygulanan gruptaki kadınların değerlerinin diğer iki gruba göre anlamlı derecede farklı olduğu belirtilmiştir. Olson ve ark. (2003) ileri kanser hastalarında reikinın ağrı üzerine olan etkisini inceledikleri çalışmalarında, 24 hastadan oluşan iki grubun ilkinde opioid tedavisinin yanında haftada iki gün bir saat boyunca dinlendirme ve aynı sürede opioid tedavisine ek olarak reiki uygulamışlardır. Araştırmacılar çalışma sonunda opioid tedaviye ek olarak reiki uygulanan grupta ağrı skorlarının yanı sıra sistolik ve diastolik kan basıncı ile nabız hızının da kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde düştüğünü bildirmişlerdir. Literatürde bakım vericilerin stres düzeyini azaltmaya yönelik reikinın etkisinin araştırıldığı benzer bir çalışma bulunmasa da farklı örneklem gruplarında yapılan bu araştırma sonuçları bizim bulgumuzu desteklemektedir. Bu çalışma bulgularına ters olarak Díaz-Rodríguez ve ark. (2011) tükenmişlik sendromu ile tanılanmış 18 hemşireye 30 dakika ve tek seans reiki, kontrol grubuna ise sham reiki uygulamışlar; çalışma bulgularında reiki uyguladıkları hemşirelerin diastolik kan basınçlarında kontrol grubuna göre azalma olduğunu gözlerken sistolik kan basınçlarında anlamlı bir farklılık olmadığını saptamışlardır. Midilli ve Eser (2015) de sezaryen sonrası uyguladıkları reikinın ağrı, anksiyete ve hemodinamik göstergelere olan etkisini inceledikleri kontrol gruplu çalışmalarında, reikinın sistolik ve diastolik kan basıncı ile nabız hızı bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılığa neden olmadığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda reiki uygulanan bakım verenler uygulamalar boyunca sıcaklık, enerji akışı, uyku, iyilik hali, huzur, sakinlik ve gevşeme hissettiklerini ve farklı renkte ışıklar gördüklerini ifade etmişlerdir. Bu psikodinamik tepkiler açısından sham reiki grubuna göre aralarında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bulgularımıza paralel olarak literatürde reiki uygulaması sırasında alıcıların en sık deneyimledikleri psikodinamik tepkilerin enerji akışı, sıcaklık artışı, rahatlamış ve gevşemiş hissetme, günlük zorluklarla başetme yeteneğinin artması olduğu bildirilmiştir (Eschiti, 2007; Mehl-

Madrona ve Renfrew, 2011; Midilli ve Eser, 2015). Wardell ve Engebretson (2002) reiki uygulamasına dair alıcıların deneyimlerini araştırdıkları nitel çalışmalarında, en sık tekrarlanan ifadelerin “sakin ve huzurlu hissetme” olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada katılımcılar “hem ağırlık hem hafifleme, bir suda yüzerken kimi zaman batma kimi zaman su yüzeyine çıkma” gibi zıt duyguları bir arada deneyimlediklerini ifade etmişlerdir. Araştırmadaki katılımcılar reikiyi “dengelenme ve düzenlenme sürecinin dinamik varyasyonları” olarak tanımlamışlardır. Keawpimon ve ark. (2010) HIV pozitif ya da AIDS tanısı almış hastalarda reiki uygulamasına ilişkin kişisel deneyimleri araştırdıkları çalışmalarında bireylerin hissettiklerini “*Reiki tedavisini alırken vücudumda bir elektrik akımı olduğunu hissedebiliyordum ... Elektrik akımı ritimler halinde hareket ediyordu. Elektrik akımının geçtiği alanlarda da sıcak bir his duyudum...*”, şeklinde ifade ettiklerini bildirmiştir. Friedman ve ark. (2010) reiki uygulanan hastaların uygulama boyunca sakinlik, gevşeme hissi ve mutluluk hissinde artış olduğunu saptamıştır. Richeson ve ark. (2010) reikin bakım evlerinde yaşayan yaşlıların anksiyete, depresyon ve ağrı semptomlarında etkinliğini araştırdıkları çalışmada yaşlı bireylerin en sık “rahatlama” deneyimlediklerini bildirmiştir.

Bakım verenlerin stres düzeyini değerlendiren BVSÖ ait kantitatif bulgularda, reiki uyguladığımız gruptaki kadınların uygulama sonrası ölçek ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde düştüğü belirlenmiş olup çalışmanın kalitatif aşamasında bakım verenlerin uygulama haftaları ilerledikçe rahatladıklarını, kas gerginliklerinin azaldığını, daha iyi uyuduklarını, bakım verdikleri hastalarının tartışmaya neden olabilecek davranışlarını daha sakin karşıladıklarını ifade etmeleri bu sonucu destekler niteliktedir. Ayrıca çalışmamızda reiki uygulanan gruptaki kadınların sistolik, diastolik kan basınçları ile nabız hızlarının sham reiki grubuna göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu saptanmıştır. Bazı bakım verenlerin uygulama öncesine göre düşük kan basıncı seviyeleri takip ettiklerini ve sık deneyimledikleri çarpıntı şikayetlerinin azaldığını belirtmeleri, stresin otonom sinir sistemi üzerindeki etkilerini yansıtan bu fizyolojik belirteçlerin, stres düzeyinin azalmasına bağlı olarak gelişen değişimine işaret etmektedir. Literatürde kanser hastalarının bakım verenlerine uygulanan reikin stres üzerine olan etkisine ilişkin bir çalışma bulunmasa da gün boyu bakım liderliği yapan hemşirelerin reiki deneyimlerine dair sonuçlar, çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir. Vitale (2009) kendi kendine reiki uygulayan hemşirelerin görüşlerini

incelediği fenomolojik çalışmasında, hemşirelerin uygulamalardan sonra bir konuya ilişkin daha net bir bakış açısı kazandıklarını, bu sayede daha az stresli, daha fazla enerjik ve sakin hissettiklerini belirttiklerini bildirmiştir. Brathovde (2006) hemşirelerin bakıma ilişkin algılarına reikin etkilerini araştırdığı çalışmasında bir hemşire *“Reiki ile gerginliğim azaldığı için hastalarım daha sevgi dolu yaklaşabiliyorum”* ve bir diğer hemşire *“Daha az yargılayıcı ve her şeyin farkındayım”* ifadelerini kullanmıştır. Keawpimon ve ark. (2010) AIDS tanılı bireylerin reiki uygulamasına ilişkin kişisel deneyimlerini çalıştıkları araştırmalarında ise bireylerden biri reikin değiştikleri sorulduğunda: *“..Artık başım ağrımıyor. Düşüncelerimin daha net olduğunu hissediyorum. Ayrıca artık rahatlamayı başarabiliyorum..”* şeklinde cevap vermiştir.

Çalışmamızda reiki uygulanan kadınlar, hastalık ve tedavi sürecinde gerginlikleri artan hastalarının rahatlamalarını sağlamak için uygulamanın hastalarında da sürdürülmesini istediklerini ifade etmişlerdir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde McManus (2017) reikin kanser tedavisine integratif olarak uygulandığı bir merkezde, hastaların ve onlara bakım veren aile üyelerinin *“stresli ve korku dolu”* olarak nitelendirdikleri hastalık ve tedavi sürecini *“reiki sayesinde daha az travmatik”* atlattıklarını ifade ettiklerini bildirmiştir. Fleisher ve ark. (2014) kanser hastalarına kemoterapi ya da radyoterapi için hastaneye geldikleri günlerde tedavileri süresince 10 ile 30 dakika aralığında, vücudun beş noktasına dokunarak uyguladıkları reikin iyi hissetme ve rahatlamaya olan etkisini araştırdıkları ve hastaların uygulamaya dair kalitatif verilerini de değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların stres, endişe, kas gerginliği gibi duygusal sıkıntılarının azaldığını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Demir ve ark. (2015) kanser hastalarına mesafeli reiki uygulaması yaptıkları kontrol gruplu çalışmalarında 30 dakika boyunca beş seans uyguladıkları hastaların stres puan ortalamalarının standart hastalık bakımı haricinde girişim yapılmayan gruptaki hastaların ortalamalarından anlamlı ölçüde düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Kanserli hastaya bakım veren bireylerin süreç içerisindeki sağlık gereksinimleri de hastanın ihtiyaçları ile paralel olarak değerlendirilirse sürecin getireceği stresin yıkıcı etkilerinden en az zararla hem hasta hem de bakım verenin biyopsikososyal sağlıkları korunmuş olabilecektir. Bu yüzden çalışmamızdaki bakım verenlerin de ifade ettikleri gibi reikin tanı aşaması ve devamında bakım veren ile birlikte hastaya da uygulanmasının bakımın kalitesini arttırabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım veren kadınlar, reikinın tüm hastalık süreçlerinde ve günlük yaşamdaki stresi azaltmada ya da sağlık kontrolü için hastaneye başvurulduğunda yaşanacak gerginliği azaltmaya yardımcı olması amacıyla rutin bir hemşirelik uygulaması olabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca bakım verenlerden bazıları günlük yaşamdaki stresi azaltmada ya da sağlık kontrolü için hastaneye başvurulduğunda reikinın rutin bir hemşirelik uygulaması olabileceğini dile getirdikleri gözlenmiştir. Bakım verenlerin bu ifadelerinden yola çıkarak reiki uygulamasından bakım kaynaklı stresin azalması, bakım sürecinde hastalarıyla olan ilişkilerinden farklı anlam bulma çabalarına girmeleri, iç görülerinin değişmesi, kendi güçleri ve gerçek sınırlılıklarına dair farkındalıklarının artması ve bakım verirken yardım isteme davranışının kabul edilebilirliği konularında fayda sağladıkları araştırmacının çalışma sürecindeki bireysel gözlemleridir.

Bu çalışma sonucunda;

Kanser hastalarına bakım veren bireylere 6 hafta boyunca, haftada bir kez, 45 dakika süre ile uygulanan reikinın:

- Stres düzeyini azalttığı,
- Tükürük kortizol düzeyine etkisinin olmadığı,
- Sistolik kan basıncını azalttığı,
- Diastolik kan basıncını azalttığı,
- Nabız hızını yavaşlattığı,
- Uygulanan bireylerde sıcaklık artışı, enerji akışı, huzurlu, sakin ve dingin hissetmeye neden olduğu,
- Kalitatif verilerin kantitatif verilere destekleyerek uygulama yapılan bireylerde bakım sürecinden kaynaklanan stresi ve stresin neden olduğu bazı fiziksel yakınmaları azalttığı;
- Bakım verenlerin hastaları ile daha az çatışma yaşadıkları,
- Bakım verenlerde iç görüde değişime neden olduğu,
- Bakım verenlerin reikinın hastalarına da uygulanmasının fayda vereceğini ifade ettikleri,

- Uygulama yapılan kadınların reikiyi tüm hastalık süreçlerinde ve rutin bir hemşirelik uygulaması olarak sağlık sistemine integre edilmesini önerdikleri saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Elde edilen bulguların kanıt düzeylerinin artırılabilmesi için reikin stres düzeyi üzerindeki etkisini daha geniş perspektifte açıklanmasına yardım edebilecek alfa, beta ve teta beyin dalgaları, galvanik deri cevabı, elektromyografik bulgular, serum immunglobulin A seviyesi gibi diğer fizyolojik göstergelere bakılan çalışmaların yapılması,
- Reikin standart hemşirelik bakımına bağımsız hemşirelik uygulaması olarak dahil edilerek klinik kullanımının yaygınlaştırılması önerilebilir.

6.KAYNAKLAR

- Akın S, Durna Z. A comparative descriptive study examining the perceptions of cancer patients, family caregivers, and nurses on patient symptom severity in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 2012;1-8.
- Akmansu M. Integrative oncology. *Turk J Oncol*, 2019;34(1):56–58.
- Alacacioğlu A. Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk Ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2007; ss:11.
- Al-Jauissy MS. Health care needs of Jordanian caregivers of patients with cancer receiving chemotherapy on an outpatient basis. *East Mediterr Health J* 2009;16
- Allard N, Landry S. The discovery of Martha Rogers' model. *Infirm Que.* 1998;5(4):34-42.
- Allender JA, Spradley BW. Clients in home health, hospice, and long-term settings. *Community Health Nursing Concepts and Practice* 2001;739-753.
- Arslandaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011; 3(2):251-277.
- Awad AG, Voruganti LNP. The burden schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*, 2008; 26:149-162.
- Arslandaş H. Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve baş etme stratejileri. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*, 2018;4(1):39-47.
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011;3(3):513-552 .
- Avşar U, Avşar UZ, Cansever Z, Set T, Çankaya E, Kaya A, Gözübüyük H, Saatci F, Keles M. Psychological and emotional status, and caregiver burden in caregivers of patients with peritoneal dialysis compared with caregivers of

- patients with renal transplantation. *Transplantation Proceedings*, 2013; 45: 883–886.
- Balfe M, Keohane K, O'Brien K et al. Social networks, social support and social negativity: a qualitative study of head and neck cancer caregivers' experiences. *Eur J Cancer Care*, 2016; 26(6)
- Bastawrous G. Caregiver burden-A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50:431–441.
- Baykara O. Current modalities in treatment of cancer. *Balıkesir Health Sciences Journal*, 2016;5(3):154-165.
- Beach SR, Schulz R, Williamson GM, Miller LS, Weiner MF, Lance CE. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005; 53(2):255–261.
- Bektaş AH, Özer CZ. Reliability and validity of the caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale in Turkish cancer caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 2009; 18:3003-3012.
- Bevans MF, Sternberg EM. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 2012;307(4):398-403.
- Birocco N, Guillame C, Storto S, Ritorto G, Catino C, Gir N, Balestra L, Tealdi G, Orecchia C, Vito GD, Giaretto L, Donadio M, Bertetto O, Schena M, Ciuffreda L. The effects of Reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusion services unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012;29(4):290-294.
- Bjorntorp P, Rosmond R. Neuroendocrine abnormalities in visceral obesity. *Int. J. Obes.*, 2000;24:80–85.
- Blum K, Sherman WD. Understanding the experience of caregivers: a focus on transitions. *Seminars in Oncology Nursing*, 2010; 26(4): 243-258.
- Borges EL, Franceschini J, Costa LH, Fernandes AL, Jamnik S, Santoro IL. Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. *J Bras Pneumol*. 2017;43(1):18-23.
- Bowden D, Goddard L, Gruzelier J. A randomised controlled singleblind trial of the efficacy of reiki at benefitting mood and well-being. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011: 1-8.

- Bowden D, Goddard L, Gruzelier J. A randomised controlled single-blind trial of the effects of Reiki and positive imagery on well-being and salivary cortisol. *Brain Res Bull.* 2010;81(1):66-72.
- Brathovde A. A pilot study reiki for self-care of nurses and healthcare providers. *Holist Nurs Pract.* 2006;20(2):95–101.
- Brodaty H, Green A. Defining the role of the caregiver in Alzheimer's disease treatment. *Drugs and Aging*, 2002;19(12): 891–898.
- Brouwer WB, van Exel NJ, Van de Berg B, Dinant HJ, Koopmanschap MA, van den Bos GA. Burden of caregiving: evidence of objective burden, subjective burden, and quality of life impacts on informal caregivers of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004 Aug 15; 51(4):570-577.
- Brouwer WB, van Exel NJ, van den Berg B, van den Bos GA, Koopmanschap MA. Process utility from providing informal care: the benefit of caring. *Health Policy.* 2005;74(1):85–99.
- Bukowski EL. The use of self-Reiki for stress reduction and relaxation. *J Integr Med.* 2015;13(5):336-340.
- Buckley TM, Schatzberg AF. On the interactions of the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis and sleep: normal HPA axis activity and circadian rhythm, exemplary sleep disorders. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90:3106–3114.
- Cameron J, Franche R-L, Cheung MA, Stewart ED. Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *American Cancer Society*, 2002; 94(2):521-527.
- Carmichael F, Charles S. The opportunity costs of informal care: Does gender matter? *J Health Econ*, 2003;22:781– 803.
- Cassidy N, Collins K, Cyr D, Magni K. The effect of Reiki on women's preoperative anxiety in an ambulatory surgery center. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2010; 25 (3): 196-198.
- Catlin A, Taylor Ford L. Investigation of standard care versus sham reiki placebo versus actual reiki therapy to enhance comfort and wellbeing in a chemotherapy infusion center. *Oncology Nursing Forum*, 2011;38(3): 212-220.
- Çayır Y, Işık M. Terminal dönem kanser hastalarında evde sağlık hizmetleri. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2012; 2: 87-90.

- Çetinkaya Y. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumlar ve Etkilerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006; ss: 19.
- Chang HY, Chiou C, Chen NS. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2010;50: 267–271.
- Cheson BD. What is the role of chemotherapy in patients with chronic lymphocytic leukemia? *Clinical Lymphoma, Myeloma&Leukemia*, 2017; 17(11): 723-727.
- Cheng KKF, Devi RD, Wong WH, Koh C. Perceived symptoms and the supportive care needs of breast cancer survivors six months to five years post-treatment period. *European Journal of Oncology Nursing*, 2014; 18: 3-9.
- Chien WT, Chan SW, Morrissey J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *J Clin Nurs*. 2007;16:1151-1161.
- Cohen S, Tyrrell DA, Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *N. Engl. J. Med*. 1991; 325(9):606–612.
- Colombo F et al (2011) Help Wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted> Erişim tarihi 21 Mart 2019.
- Cora A, Partinico M, Munafo M, Palomba D. Health risk factors in caregivers of terminal cancer patients: a pilot study, *Cancer Nursing* 2012;35 (1):38-47.
- Coristine M, Crooks D, Grunfeld E, Stonebridge C, Christie A. Caregiving for women with advanced breast cancer. *Psycho-Oncology* 2003; 12: 709–719.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297-334.
- Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008;23 (3):132-139.
- Delaune SC, Ladner PK. *Fundamentals of Nursing: Standart&Practice*. Second Edition, Delmar, United States of America, 2002, p:533-565.

- Demir M, Can G, Kelam A. Effects of distant reiki on pain, anxiety and fatigue in oncology patients in Turkey: a pilot study. *Asian Pac J Cancer Prev*.2015;16(12): 4859-4862.
- Díaz-Rodríguez L, Arroyo-Morales M, Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Polley M, Fernández-de-las-Peñas C. The application of reiki in nurses diagnosed with Burnout Syndrome has beneficial effects on concentration of salivary IgA and blood pressure. *Biological Research for Nursing*, 2011;13(4) 376-382.
- Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010; 74–82.
- Dişsiz G, Yılmaz M. Complementary and alternative therapies and health literacy in cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2016;23:34-39.
- Dorval M, Maunsell E, Taylor-Brown J, et al: Marital stability after breast cancer. *J Natl Cancer Inst*, 1999;91:54-59.
- Dressin LJ, Singg S. Effects of Reiki on pain and selected affective and personality variables of chronically ill patients. *Subtle Energies Energy Med*. 1998;9(1):53–82.
- Dumont S, Jacobs P, Turcotte V, Turcotte S, Johnston G. Palliative care costs in Canada: a descriptive comparison of studies of urban and rural patients near end of life. *Palliat Med*. 2015;29(10):908-17.
- Eggetr J. The biology of cancer: what do oncology nurse really need to know? *Seminars in Oncology Nursing* 2011; 27(1):3-12.
- Epel ES, Blackburn EH, Lin J, et al. Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proc. Natl. Acad. Sci*. 2004; 101(49):17312–17315.
- Erdoğan Z, Yavuz DE. Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2014; 223: 726-736.
- Erkuş A. Sık Kullanılan Bazı Psikolojik Ölçeklerin Güvenirliklerinin İrdelenmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2003;3(6):3-17.
- Eschiti VS. Healing Touch. *Dimens Crit Care Nurs*.2007; 26(1):9-14.
- Ewing G, Ngwenya N, Benson J, Gilligan D, Bailey S, Seymour J, Farquhar M. Sharing news of a lung cancer diagnosis with adult family members and friends: a qualitative study to inform a supportive intervention. *Patient Educ Couns*,2016; 99(3):378–385.

- Family Caregiver Alliance. Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change. Report From A National Consensus Development Conference. 2006, Vol. I. San Francisco, Calif.: Family Caregiver Alliance http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/v1_consensus (21.03.2019).
- Färkkilä N, Torvinen S, Sintonen H, et al. Costs of colorectal cancer in different states of the disease. *Acta Oncol.* 2015;54(4):454-462.
- Fleisher KA, Mackenzie ER, Frankel ES, Seluzicki CS, Casarett D, Mao JJ. Integrative Reiki for cancer patients: a program evaluation. *Integrative Cancer Therapies* 2014;13(1):62–67.
- Fridriksdóttir N, Saevarsdóttir T, Halfdánardóttir SÍ, Jónsdóttir A, Magnúsdóttir H, Ólafsdóttir KL, et al. Family members of cancer patients: needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica* 2011;50(2): 252–258.
- Gel KT, Kesgin MT. İnformal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. *Anadolu Hem ve Sağ Bil Derg*, 2017;20(4):267-278
- Gérain P, Zech E. Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Front Psychol.* 2019; 10: 1748.
- Girgis A and Lambert S. Cost of informal caregiving in cancer care. *Cancer Forum*, 2017; (41)2. <https://cancerforum.org.au/wp-content/uploads/2017/06/Cost-of-informal-caregiving-in-cancer-care-Cancer-Forum.pdf>
- Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A, Currow D. Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *Journal of Oncology Practice*, 2013;9(4):197-202.
- Given B, Wyatt G, Given C, Sherwood P, Gift A, DeVoss D, Rahbar M. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 2004;31(6):1105-117.
- Görgülü Ü, Polat Ü, Kahraman BB, Özen Ş, Arslan E. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in Turkey. *Medical Science and Discovery*, 2016; 3(4): 159-165.
- Grbich CF, Maddocks I, Parker D: Family caregivers, their needs, and homebased palliative care services. *J Fam Health*, 2001;7:171-188.

- Grunfeld E, Coyle D, Whelan T et al. Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ* 2004;170:1795–1801.
- Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:143–151.
- Hacıoğlu N, Özer N, Karabulutlu EY, Erdem N, Erci B. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2010 ;14: 211–221.
- Heim C, Ehler U, Hellhammer DH. The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2000; 25(1):1–35.
- Heitmueller A. The chicken or the egg? Endogeneity in labour market participation of informal carers in England. *J Health Econ* 2007;26:536 –559.
- Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner SG. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015,4(1):1-9.
- Hodges LJ, Humphris GM, Macfarlane G. A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Soc. Sci. Med* 2005; 60(1):1–12.
- Hoenig J, Hamilton MW. Elderly psychiatric patients and the burden on the household. *Psychiatr Neurol (Basel)* 1966;152(5):281-93. 55-59.
- Honea NJ, Brintnall R, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, Northouse NL. Caregiver strain and burden, *Clinical Journal of Oncology* 2008; 12(3):507-516.
- Hudson P: Positive aspects and challenges associated with caring for a dying relative at home. *Int J Palliat Nurs*,2004;10:58-65.
- Hunt KC. Concepts in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship* 2003; 35(1):27-32.
- Işık K. Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2013; ss: 5.
- Işık RD. Yaşam Bulguları. Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Ed.Akçay F.İstanbul;Medikal Yayıncılık. 1.Baskı, 2007;ss:289-304.

- Jane Ott LM, DeCristofaro S. Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. *Clinical. Journal of Oncology Nursing* 2008;12(3):489-494.
- Jensen S, Given B. Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer* 1993; 1(6):321-5.
- Juster RP, McEwen BS, Lupien SJ. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neurosci. Biobehav. Rev* 2010; 35(1):2–16.
- Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015, Nisan 2009. Erişim: http://ukdk.org/pdf/Ulusal%20Kanser%20Kontrol%20Prog_Kitabi.pdf. (16.04.2019).
- Karaaslan A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013; ss: 15-21.
- Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002;5(4):155-159.
- Karakurum GB, Coşkun Ö, Üçler S, Karataş M, Özge A, Özkan S. Use of complementary and alternative medicine by a sample of Turkish primary headache patients. *Ağrı* 2014;26 (1):1-7.
- Kasuya RT, Polgar-Bailey P. Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians, *Postgraduate Medicine* 2000; 108 (7): 119-123.
- Kaynar GÖ, Vural F. Assessment of the Caregiver Burden of Caregivers of Colorectal Cancer Patients. *Turk J Colorectal Dis* 2018; 28:164-171, DOI: 10.4274/tjcd.26121.
- Keawpimon R, Songwathana P, Chuaprapaisilp A. Sing reiki for self-healing: the experiences of persons living with HIV/AIDS. *Malaysia Journal Nursing*. 2010;1(4):18-36.
- Kılıç S. Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)* 2016;6(1):47-48.
- Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 2012;68(4):846-855.
- Kim Y, Baker F, Spillers RL. Cancer Caregivers' Quality of Life: Effects of Gender, Relationship, and Appraisal. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007; 34(3): 294-302.

- Kirschbarum C, Hellhammer DH. Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: Recent developments and applications. *Psychoneuroendocrine*. 1994; 19: 313-333.
- Kitrungle L, Cohen MZ. Quality of life of family caregivers of patients with cancer: A literature review. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(3):625-632.
- Koç Z, Sağlam Z, Çınarlı T. Kanser Tanısı Almış Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü İle Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*.2016;1(1):99 – 116.
- Korn L, Logsdon RG, Polissar NL, Gomez-Beloz A, Waters T, Rysler R A randomized trial of a CAM therapy for stress reduction in American Indian and Alaskan native family caregivers. *Gerontologist*, 2009; 49(3): 368–377.
- Kraemer K., Luberto CM, O'Bryan EM, Mysinger E, Cotton S. Mind-body skills training to improve distress tolerance in medical students: A pilot study. *Teaching and Learning in Medicine*, 2016; 28: 219-228.
- Kundu A, Dolan-Oves R, Dimmers MA, Towle CB, Doorenbos AZ. Reiki training for caregivers of hospitalized pediatric patients: A pilot program. *Complement Ther Clin Pract*. 2013; 19(1): 50–54.
- Kurebayashi LFS, Turrini RNT, Souza TPB, Takiguchi RS, Kuba G, Naguma MT. Massage and reiki used to reduce stress and anxiety: randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24: 2834.
- Langa KM, Fendrick AM, Chernew ME et al. Out-of-pocket health-care expenditures among older Americans with cancer. *Value Health* 2004;7:186 –194
- Leal J, Luengo-Fernandez R, Sullivan R, Witjes JA. Economic burden of bladder cancer across the European Union. *Eur Urol*. 2016;69(3):438-47.
- Lee S, Colditz GA, Berkman LF, Kawachi I. Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women: a prospective study. *Am J Prev Med*. 2003;24(2):113-119.
- Li Q, Loke AY. A spectrum of hidden morbidities among spousal caregivers for patients with cancer, and differences between the genders: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013; 17(5):578–587
- Lopez G, Mao JJ, Cohen L. Integrative Oncology. *Med. Clin. North Am*. 2017;101(5):977–985.

- Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Sullivan R. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet Oncol.* 2013;14(12):1165-1174.
- Mackay N, Hansen S, McFarlane O. Autonomic nervous system changes during reiki treatment: a preliminary study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2004; 10(6):1077-1081.
- Mancini J, Barrau B, Simeoni MC, Grob JJ, Michel G, Tarpin C et al. Quality of life in a heterogeneous sample of caregivers of cancer patients: an in-depth interview study. *Eur J Cancer Care* 2011;20.
- McManus DE. Reiki Is Better Than Placebo and Has Broad Potential as a Complementary Health Therapy. *J Evid Based Complementary Altern Med.* 2017; 22(4): 1051–1057.
- Mehl-Madrona L, Renfrew NM. Qualitative Assessment of the Impact of Implementing Reiki Training in a Supported Residence for People Older Than 50 Years with HIV/AIDS. *The Permanente Journal*.2011;(15)3:43-50.
- Mellon S. Comparisons between cancer survivors and family members on meaning of the illness and family quality of life. *Oncology Nursing Forum* 2002;29(7):1117- 1125.
- Metzelthin SF, Verbakel E, Veenstra MY, Exel J, Ambergen AW, Kempen GIJM. Positive and negative outcomes of informal caregiving at home and in institutionalised long-term care: a cross-sectional study. Positive and negative outcomes of informal caregiving at home and in institutionalised long-term care: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* (2017) 17:232. DOI 10.1186/s12877-017-0620-3)
- Midilli ST, Eser İ. Effects of Reiki on Post-cesarean Delivery Pain, Anxiety, and Hemodynamic Parameters: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Pain Management Nursing.* 2015;16(3): 388-399.
- Minaya P, Baumstarck K, Berbis J, Goncalves A, Barlesi F, Michel G, Salas S, Chinot O, Grob JJ, Seitz JF, Bladou F, Clement A, Mancini J, Simeoni MC, Auquier P. The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL): Development and validation of an instrument to measure the quality of life of

- the caregivers of patients with cancer. *European Journal Of Cancer* 2012; 48: 904-911.
- ML Chen, LC Hu. The generalizability of caregiver strain index in family caregivers of cancer patients. *International Journal of Nursing Studies* 2002; 39: 823–829.
- Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman RN. Caregiving and the experience of subjective and objective burden . *National Council on Family Relations* 1985; 34: 19-26.
- Musal N. Birinci Derece için uygulamalı reiki el kitabı. İstanbul: Akis Yayıncılık; 2008.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers of advanced cancer patients. *Cancer Nursing* 2007;30(5):412-418.
- Nijboer C, Tempelaar R, Triemstra M, Sanderman R, van den Bos GA. Dynamics in cancer caregiver's health over time: Gender-specific patterns and determinants. *Psychology and Health*. 2001; 16(4):471–488.
- Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Geertrudis AM. Determinants of Caregiving Experiences and Mental Health of Partners of Cancer Patients. *Cancer*; 1999;86(4): 577-588.
- Nijm J, Jonasson L. Inflammation and cortisol response in coronary artery disease. *Ann. Med* 2009; 41(3):224–233.
- Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA Cancer J Clin*. 2010;60(5):317-339.
- Oberst M, Scolt D. Post-discharge stress in surgically treated cancer patients and their spouses. *Research in Nursing and Health* 1998;11:223-233.
- Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatri semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 2013;7:24-30.
- Olson K, Hanson J, Michaud M. A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2003;26(5):990-997.
- Orak OS, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015;6(1):33-39.
- Ovayolu Ö. Onkolojik Sorunlar ve Hemşirelik Yönetimi. In: *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. (Ed Ovayolu N, Ovayolu Ö). Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, Adana, 2016:460-488.

- Özdemir Ü. Kanserli Yaşlı Bireylerde Akupresin Kanserle İlişkili Yorgunluğa Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2016
- Özdemir FK, Şahin ZA, Küçük D. Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Yeni Tıp Dergisi, 2009;26:153-158.
- Özdemir Ü, Taşcı S, Kartın P, Çürük GN, Nemli A, Karaca H. Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükü. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2017;1(4):49-67.
- Özgen Ö, Babekoğlu Y. Yaşlı, aile ve toplum: değişen roller. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2001; 1(1): 44-50.
- Pace TWW, Hu F, Miller AH. Cytokine-effects on glucocorticoid receptor function: Relevance to glucocorticoid resistance and the pathophysiology and treatment of major depression. Brain Behavior and Immunity 2007 21(1):9–19.
- Parks SM, Novielli KD. A practical guide to caring for caregivers. American Family Physician 2000;62: 2613-2622.
- Pearlin L, Mullan J, Semple S, Skaff M. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures, The Gerontologist 1990; 30 (5): 583-594
- Potter P, Perry AG. Clinical Nursing;Skill&Techniques. Fifty Edition, Mosby, St Louis, Missouri, 2004, p:211-254.
- Richeson NE, Spross JA, Lutz K, Peng C. Effects of Reiki on Anxiety, Depression, Pain, and Physiological Factors in Community-Dwelling Older Adults. Research in Gerontological Nursing.2010;(3)3:187-199.
- Rohleder N, Marin TJ, Ma R, Miller GE. Biologic cost of caring for a cancer patient: Dysregulation of pro-and anti-inflammatory signaling pathways. Journal of Clinical Oncology. 2009; 27(18):2909–2915.
- Rogers M E. An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing. Philadelphia: F. A. Davis,1989.
- Round J, Jones L, Morris S. Estimating the cost of caring for people with cancer at the end of life: A modelling study. Palliat Med. 2015;29(10):899-907.
- Sağkal T. Sezaryen Ameliyatı Sonrası Uygulanan Reiki Dokunma Terapisinin Ağrı Ve Anksiyete Üzerine Etkisi, Doktora Tezi 2012. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2012.

- Şahin H. İn vitro Stres Modelinde Glukortikoid ile Aktive Olan Genlerin Ekspresyonuna Olan Etkisinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2015.
- Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(2):1-9.
- Sales E. Family burden and quality of life. *Quality of Life Research* 2003; 12 (1): 33–41.
- Salles LF, Vannucci L, Salles A, Silva MJP. The effect of Reiki on blood hypertension. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(5):479-84.
- Sarıtaş SÇ, Büyükbayram Z. Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2016;15(2):141-150.
- Schiller K, Combs SE. Use of alternative treatment methods for cancer and survival effects. *Strahlentherapie Und Onkologie* 2018; 194(9): 870-871.
- Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2004; 12(3): 240–249.
- Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *The American Journal of Nursing* 2008;108 (9): 23–27.
- Schwind JK, McCay E, Beanlands H, Martin LS, Martin J, Binder M. Mindfulness practice as a teaching-learning strategy in higher education: A qualitative exploratory pilot study. *Nurse Education Today*, 2017; 50:92-96.
- Segrin C, Badger TA. Psychological and physical distress are interdependent in breast cancer survivors and their partners. *Psychology, Health & Medicine.* 2014; 19(6):716–723.
- Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J, Yanes-Lopez V. Impact on health-related quality of life and perceived burden of informal caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Neuroepidemiology* 2006; 27(3):136–142.
- Sharon C, Debono M. Replication of cortisol circadian rhythm: new advances in hydrocortisone replacement therapy. *Ther Adv Endocrinol Metab* 2010; 1(3):129-138.

- Shaybak E. Effects of Reiki energy therapy on saphenous vein incision pain: a randomized clinical trial structure. *Der Pharmacy Lettre* 2017;9(1):100-109.
- Siegel K, Raveis VH, Houts P, Mor V. Caregiver burden and unmet patient needs. *Cancer*. 1991;68:1131-1140.
- Siegel P, Motta PM, Silva LG, Stephan C, Lima CSP, Barros NF. Reiki for cancer patients undergoing chemotherapy in a Brazilian Hospital. *Holist Nurs Pract*, 2016;30(3):174–182.
- Silver JH, Wellman N. Family caregiver trainig is needed to improve qutcomes for older adults using home care technologies. *Journal of the American Diet Association* 2002; 102 (6):831-836.
- Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002;42(3):356-372.
- Stajduhar KI: Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home. *J Palliat Care*,2003; 19:27-35.
- Stenberg U et al. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, 2010; 19: 1013–1025.
- Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology* 2010; 19: 1013–1025.
- Sternberg EM. Neural regulation of innate immunity: a coordinated nonspecific host response to pathogens. *Nat. Rev. Immunol.* 2006; 6(4):318–328
- Tamayo GJ, Broxson A, Munsell M, Cohen MZ. Caring for the caregiver. *Oncology Nursing Forum* 2010; 37(1): 50–57
- Tanrıverdi G. Bakım verenler açısından kronik hastalık yükü. In: *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. (Ed Ovayolu N, Ovayolu Ö). Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, Adana, 2016:636-643.
- Tekin HH. Nitel araştırma yönteminin bir veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi* 2006;3(13): 101 – 116.
- Toseland RW, Smith G, McCallion P. Familiy caregivers of the frail elderly. *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population* 2001; 18:99–109.
- Triantafillou J, Naiditch M, Repkova K, Stiehr K, Carretero S, Emilsson T et al. Informal care in the long-term care system. *European Overview paper*.2010. Athens/Vienna <http://interlinks.euro.centre.org2010>

- Tsang K, Carlson LE, Olson K. Pilot crossover trial of reiki versus rest fot treating cancer-realeted fatigue. *Integrative Cancer Therapies*, 2007,6(1):25-35.
- Tsigaropoulos T, Mazaris E, Chatzidarellis E, Skolarikos A, Varkarakis Ben, Deliveliotis C. Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. *International Journal of Nursing Practice* 2009; 15: 1–6.
- Tsigos C, Chrousos GP. Hypothalamic–pituitary–adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002;53:865-871.
- TÜİK. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>
- Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr/> (30.04.2019)
- Türk Dil Kurumu. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GT.S.5c96515e459135.68686322 Erişim Tarihi: 30 Nisan 2019
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kansere Daire Başkanlığı. 2014 Türkiye Kansere İstatistikleri. Erişim Tarihi: <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/2106-2014-y%C4%B1%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html> (09.04.2019)
- Uğur Ö. Onkoloji hastasına bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Ege Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Danışman: Ç Fadıloğlu. İzmir: 2006
- Van Houtven CH, Ramsey SD, Hornbrook MC, Atienza AA, Van Ryn M. Economic burden for informal caregivers of lung and colorectal cancer patients. *The Oncologist* 2010; 15:883–893.
- Vandervart S, Violette M, Wildt S, Koren G. A systematic review of the therapeutic effects of reiki. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2009, 15(11): 1157-1169.
- Vedhara K, Shanks N, Anderson S, Lightman S. The role of stressors and psychosocial variables in the stress process: a study of chronic caregiver stress. *Psychosomatic Medicine* 2000; 62: 374-385.
- Verbeek-Oudijk D, Woittiez I, Eggink E, Putman L. Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50 s in sixteen European countries. The Hague: National Institute for Social Research; 2014
- Vitale A. Nurses’ Lived Experience of Reiki for Self-care. *Holist Nurs Pract* 2009;23(3):129–145.

- Vogeser M, Kratzsch J, Bae YJ, Bruegel M, Ceglarek U, Fiers T, et al. Multicenter performance evaluation of a second generation cortisol assay. *Clin Chem Lab Med* 2017; 55(6): 826–835.
- Von Kanel R, Mausbach BT, Patterson TL, et al. Increased Framingham coronary heart disease risk score in dementia caregivers relative to non-caregiving controls. *Gerontology* 2008; 54(3):131–137.
- Wardell DW, Engebretson J. Biological correlates of Reiki Touch(sm) healing. *J Adv Nurs*. 2001;33(4):439-445.
- Wardell DW, Engebretson J. Experience of a Reiki session. *Altern Ther Health Med*. 2002;8(2):48-53.
- Watson J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (rev. ed.), 2008, Boulder: University Press of Colorado.p.17-18.
- Wetzel W. Reiki healing: a physiologic perspective. *J Holist Nurs*. 1989;7(1):47–54
- Weuve J, Boulton C, Morishita L. The effects of outpatient geriatric evaluation and management on caregiver burden. *The Gerontologist* 2000; 40:429-436..
- Whelan K, Wishnia G. Reiki therapy: the benefits to a nurse/Reiki practitioner. *Holist Nurs Pract* 2003; 17: 209-217.
- Whittier S, Coon D, Aaker J. Caregiver support interventions. http://cssr-pw01.berkeley.edu/pdfs/famcare_04.pdf Erişim tarihi: 30.04.2019
- Williams AM. Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 2009; 15:145-155.
- Wilson M, Van Houtven C, Stearns S et al. Depression and missed work among caregivers. *J Fam Econ Iss* 2007;28:684 – 698.
- Wirth D, Barrett M, Eidelman W. Non-contact therapeutic touch and wound re-epithelialization: an extension of previous research. *Complementary Therapies in Medicine* 2.1994; 187-192.
- Witt CM, Balneaves LG, Cardoso MJ, Cohen L, Greenlee H, Johnstone P, et al. A Comprehensive definition for integrative oncology. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2017;2017(52):3-7.
- Wittenberg E, Borneman T, Koczywas M et al. Cancer communication and family caregiver quality of life. *Behav Sci*, 2017; 7(1):1–8.
- World Health Organization. <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf?ua=1>

- World Health Organization. <http://www.who.int/cancer/en/> (19.04.2019)
- Wright LJ, Afari N, Zautra A. The illness uncertainty concept: A review. *Current Pain and Headache Reports*, 2009;13(2): 133–138.
- Yakar HK, Pınar R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013;15(2); 1-16.
- Yalçın Ş, Sarı E. Kanserde bireyselleştirilmiş tedavilere genel bakış. *Nük Tıp Sem* 2015;2:128-35.
- Yeh P, Wierenga EM, Yuan SC. Influences of psychological well-being, quality of caregiver-patient relationship, and family support on the health of family caregivers for cancer patients in Taiwan. *Asian Nursing Research* 2009;3(4): 154-166.
- Yıldırım S, Yalçın N, Güler C. Caregiver Burden in Chronic Mental Illness: A Systematic Review. *Journal of Psychiatric Nursing* 2017;8(3):165–171.
- Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. Evaluation of Care Burden and Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Cancer. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 2016;13 (3): 216-225. doi:10.5222/HEAD.2016.216.
- Yılmaz EB, Ata EE. Determining the relation between the burden of caregivers for individuals. *Journal of Psychiatric Nursing* 2017;8(3):145–149.
- With Neurological Disease and Caregivers' Ways of Coping With Stress
- Yüce UÖ, Atik D, Karatepe HK, Erdoğan Z, Coşar AA. Reiki Reiki and Diabetes. *Acta Med. Alanya* 2017;1(2): 49-53.
- Yun Ho Y, Rhee YS, Kang IO, Lee SJ, Bang SM, Lee SW, Kim SJ, Shin SW, Hong SY. Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology* 2005; 68:107–114.
- Zarit S H, Bottigi K and Gaugler J E (2007), Caregivers, Stress and. In: George Fink, (Editor-in-Chief) *Encyclopedia of Stress*, Second Edition, volume 1, pp. 416-418. Erişim: Oxford:Academic Press
file:///C:/Users/um/Downloads/ZaritBottigiGaugler2007.pdf
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20(6):649-55.

EKLER

EK-1: ÇALIŞMANIN GÜÇ ANALİZİ

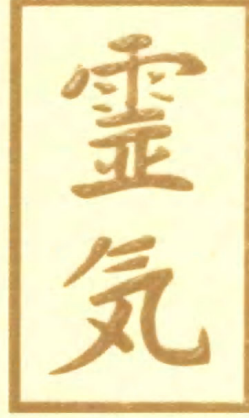
Turcosa Analytics | Power Analysis - Independent Two Samples tChart
context menu

Güç	n1	n2	Etki büyüklüğü	Alfa	Beta
0.9997	21	21	1.697	0.05	0.0003



EK-2: REİKİ UYGULAYICI SERTİFİKALARI





REIKI

Sn. Ulviye Özcan Yüce

Reiki Usui Sistem 2. Aşama
Seminerine Katılım Belgesidir.



12.3.2016

Gülüm Omay

Master & Teacher of Reiki

EK-3: BAKIM VERİCİ TANITIM FORMU

BÖLÜM I

1-11 numaralı sorular sosyodemografik bilgilerinizi belirlemeye ilişkindir.

Anket No:

1.Kaç yaşındasınız?.....

2.Cinsiyet:

1.Erkek

2.Kadın

3. Medeni durumunuz nedir?

1.Evli

2.Bekar

4. Kaç çocuğunuz var?

1.Çocuk yok

2.Bir-iki

3.Üç ve üzeri

5. Eğitim durumunuz nedir?

1.Okur yazar değil

2.Okur yazar

3.İlköğretim

4.Ortaöğretim

5.Yükseköğretim

6. Sosyal Güvenceniz var mı?

1. Evet

2.Hayır

7. Çalışma durumunuz nedir?

1.Tam gün

2.Yarım gün

3.Çalışmıyorum

8. Hangi iş ya da mesleği yapıyorsunuz? (belirtiniz.....)

9. Size göre gelir düzeyiniz nasıl?

1.Çok iyi

2.İyi

3.Orta

4.Kötü

5.Çok kötü

10. Hasta ile olan yakınlık dereceniz nedir?

1.Anne/Baba

2. Kızı/Oğlu

3.Eşi

4.Kardeş

5.Diğer (ise belirtiniz:.....)

BÖLÜM II

11-26 numaraları sorular verdiğiniz bakımla ve bakım verdiğiniz kişi ve bakımla ilişkili özellikleri belirlemeye yöneliktir.

11. Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?.....yıl, ... ay

1.6 ay-1 yıl

2.Bir-iki yıl

3.İki-üç yıl

4.Üç yıl üzeri

14. Bakım konusunda yardım aldığınız kişi/kişiler var mı?

1. Evet

2. Hayır

15. Daha önce **kanserli bir hasta dışında**, hastalığı nedeniyle bir başkasına da bakım vermiş miydiniz?

1. Evet

2. Hayır (ise 17. Soruya geçiniz)

16. Başka birine ne kadar süre bakım verdiniz?.....yıl,.....ay

1.Altı ay-1 yıl

2.Bir-iki yıl

3.İki-üç yıl

4.Üç yıl üzeri

17. Şu an bakım verdiğiniz hastanızın cinsiyeti nedir?

1.Kadın

2.Erkek

18. Hastanız kaç yaşındadır?.....

19. Hastanızın tanısı nedir?

20. Hastalığın tanısı ne zaman konuldu?

21.Hastanızın hastalık evresi nedir?

22.Hastanız şu an aşağıdaki tedavilerden hangisi/hangilerini alıyor?

1.Kemoterapi 2.Radyoterapi 3.Cerrahi tedavi

23.Hastanız yardımsız yemek yiyebiliyor mu?

1.Evet

2.Hayır

24.Hastanız yardımsız tuvalete gidebiliyor mu?

1.Evet

2.Hayır

25.Hastanız yardımsız giyinebiliyor mu?

1.Evet

2.Hayır

26.Hastanız yardımsız banyo yapabiliyor mu?

1.Evet

2.Hayır

27.Hastanız idrarını kontrol edebiliyor mu?

1.Evet

2.Hayır

28.Hastanız dışkısını kontrol edebiliyor mu?

1.Evet

2.Hayır

EK- 4: BAKIM VERENİN STRES ÖLÇEĞİ**Evet Hayır**

1. Uykum bölünüyor (Örn:.yatıyor,kalkıyor ya da gece dolaşıyor)		
2. Bu uygun bir iş değil (Örn: Yardım çok zaman alıyor ya da yardım etmek için arabayla uzun bir yol gitmek gerekiyor)		
3. İş, fiziksel bir zorluk getiriyor (Örn: Hastanın sandalyesine oturtulması, sandalyeden kaldırılması, ya da çaba ve dikkat gerektirmesi gibi)		
4. İş, beni sınırlıyor(Örn:Hastaya yardım etmek boş zamanımı sınırlandırıyor ya da arkadaşlarımı ziyaret edemiyorum)		
5. Aile yaşantımda değişiklikler oldu (Örn: Bakım veriyorum, düzenim bozuldu,hiçbir mahremiyetim kalmadı...)		
6. Kişisel planlarımda değişiklikler oldu (Örn:Bir işi geri çevirmek zorunda kaldım, tatile çıkamadım)		
7. Çalışma süremde başka istekler oldu (Örn:Diğer aile bireylerinden gelen istekler...)		
8. Duygusal yönden değişiklikler oldu (Örn: Şiddetli münakaşlar...)		
9. Hastanın bazı davranışları can sıkıcı (Örn:İdrar yada gaitasını tutamama, bazı şeyleri hatırlayamama , ya da başkalarını eşyalarını almakla suçlaması)		
10.Hastanın önceki halinden çok değiştiğini görmek can sıkıcı bir durum (Örn:Öncekinden farklı birisi..)		
11. İşimle ilgili düzenlemeler oldu (Örn:İzin almak zorunda kaldığım için)		
12. İş, mali yönden stres getiriyor		
13. İş yükü altında tamamen ezildiğimi hissediyorum (.....konusunda kaygılıyım,bakım konusunda endişelerim var)		
Toplam puan: Evet cevaplarını sayınız. Her evet cevabı için o alanda bir müdahale duyulan ihtiyacı gösterir.7 yada daha yüksek bir puan, yüksek stres düzeyini gösterir.		

EK-5: UYGULAMA İZLEM FORMU

Protokol No:

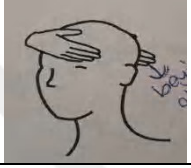
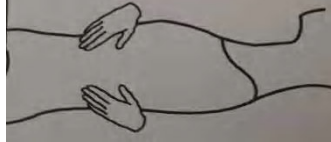
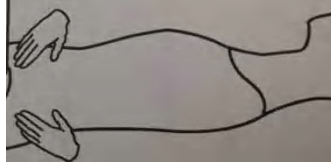
Grup:

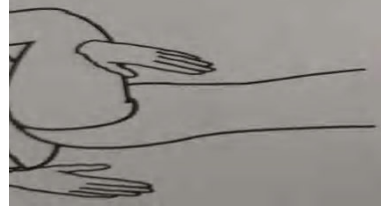
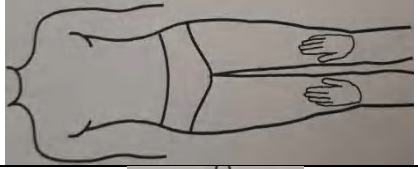
() Müdahale

() Plasebo

	Nabız Hızı/dk	Kan Basıncı/ mmHg	Yan etki gelişimi		Stres Ölçek Puanı (1.ve 6. haftalarda bakılacak)	Tükürükte Kortizol Miktarı mg/dl (1.ve 6. haftalarda bakılacak)
			Var	Yok		
İlk hafta						
2. hafta						
3. hafta						
4. hafta						
5. hafta						
6. hafta						

EK-6: REİKİ UYGULAMA PROTOKOLÜ

Araç-gereç: Dijital saat, iki adet sedye, ince yastık	
YAPILAN UYGULAMA	
Hem Reiki uygulayıcısı hem de Reiki alıcısı üzerindeki metal eşyalar çıkarılır.	
Eller yıkanır	
Semi-fowler pozisyonu verilir. Kollar ve bacaklar vücudun her iki yanında olacak şekilde pozisyon verilir.	
Gözlerini kapatması söylenir.	
Niyet edilir, Reiki alıcısının sol yanına geçilir, aurası iki el ile taç çakradan ayaklara doğru bedeninin üç tarafından düzeltilir.	
El parmakları her pozisyonda yan yana kapalı şekilde tutulur. Uygulamaya 7. çakra (taç çakrası)dan başlanır, 1.çakrada uygulama sonlandırılır.	
1. El Pozisyonu (Taç çakra): Eller alıcının başının sağ ve sol iki yanına gelecek ve 7. çakra (taç çakra)açık kalacak şekilde yerleştirilir. Eller bu pozisyonda 5 dakika bekletilir.	
2. El Pozisyonu: Sağ el alıcının 6. çakrası (alın çakrası-üçüncü göz) üzerine, sol el parmak uçları alıcının medulla oblongatasını kavrayacak şekilde yerleştirilir. Eller bu pozisyonda 5 dakika bekletilir.	
3. El Pozisyonu: Eller alıcının boğazının ön ve arka yüzünde 5. çakra (boğaz çakrası) üzerine yerleştirilir. Eller bu pozisyonda 5 dakika bekletilir.	
4. El Pozisyonu: Eller alıcının bedeninin ön ve arka yüzünde 4. çakra (kalp çakrası) üzerine yerleştirilir. Eller bu pozisyonda 5 dakika bekletilir.	
5. El Pozisyonu: Eller alıcının bedeninin ön ve arka yüzünde 3. çakra (solar plexus-güneş sinir ağı merkezi) üzerine yerleştirilir. Eller bu pozisyonda 5 dakika bekletilir.	
6. El Pozisyonu: Eller alıcının bedeninin ön ve arka yüzünde 2. çakra (sakral çakra) üzerine yerleştirilir. Eller bu pozisyonda 5 dakika bekletilir.	

7. El Pozisyonu: Eller alıcının bedeninin ön ve arka yüzünde 1. çakra (kök çakra) üzerine yerleştirilir. Eller bu pozisyonda 5 dakika bekletilir.	
8. El Pozisyonu: Her iki el alıcının dizlerini kavrayacak şekilde yerleştirilir. Eller bu pozisyonda 5 dakika bekletilir.	
9. El Pozisyonu: Her iki el alıcının bileklerini kavrayacak şekilde yerleştirilir. Eller bu pozisyonda 5 dakika bekletilir	
10.Çakra Eşitlemesi: Tüm beden uygulaması bittikten sonra; a.Bir el taç çakra üzerine diğeri kök çakra üzerinde 5 dakika, b.Bir el karın çakrasının arkasında diğeri boğaz çakrasının arkasında boyun bölgesinde 5 dakika, c.Bir el mide çakrasının arkasında belin üstünde diğeri kalp çakrasının arkasında sırtta 5 dakika boyunca uygulama yapılır.	
11. Aura düzeltilir, alıcı kısa süre daha dinlendirilir, bir bardak su içirilir, eller yıkanır.	

**EK-7: REİKİ UYGULAMASI SIRASINDA DENEYİMLENEN PSİKODİNAMİK
TEPKİ LİSTESİ**

Aşağıda Reiki uygulama grubuna katılan katılımcıların Reiki uygulaması sırasında yaşadıkları psikodinamik tepkileri içeren ifadeler verilmiştir. Her bir ifadeyi okuyarak ne sıklıkta olduklarını işaretleyiniz.

Psikodinamik Tepki Listesi	HİÇ	BİRAZ	ÇOK
1. Rahatlık ve gevşeme hissettim			
2. Uykum geldi			
3. Dingin ve sakin hissettim			
4. Güzel/hoş bir duygu yaşadım			
5. Kendimi huzurlu hissettim			
6. İyi hissettim			
7. Üzerime bir ağırlık çöktü			
8. Bedenime sıcaklık yayıldığını hissettim			
9. Enerjinin vücudumdan aktığını hissettim			
10. Soğukluk hissettim			
11. Karıncalanma/ürperti oldu			
12.İdrarım gelmiş gibi hissettim			
13.Gözlerim kapalı iken farklı renklerde ışıklar gördüm			
14.Huzursuz ve garip hissettim			

EK-8: BAKIM VERİCİLERİN REİKİ DENEYİMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ FORMU

Aşağıdaki sorular Reiki uygulaması hakkındaki kişisel fikirlerinizi öğrenmeye yöneliktir.

1. Reiki uygulamasına yönelik düşüncelerinizden bahseder misiniz?

.....

2. Reikin stres düzeyini azaltmada hastanızda kullanımı hakkında ne düşünüyorsunuz?

.....

3.Reikin hastanede yattığı süre içerisinde hastanıza hemşireler tarafından uygulanması konusundaki düşünceleriniz nelerdir?

.....

EK-9: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(MÜDAHALE GRUBU)

Sayın gönüllü,

Bu çalışmanın amacı, kanser tanısı almış aile üyesine bakım veren bakım vericilere uygulanan reiki dokunma seanslarının stres düzeyine etkisini belirlemektir.

Bu çalışmada siz katılımcılara; sizinle ve hastanızla ilgili konuları içeren “Hastaya Bakım Veren Tanıtım Formu”, stres düzeyinizi belirleyecek olan “Bakım Veren Stres Ölçeği” ve uygulamayla ilgili hislerinizi içeren “Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi” uygulanacaktır. Bu formların tarafınızca doldurulması 10-15 dakika sürecektir.

İntegratif (bütünleşik) sağlık uygulamalarından olan reikide, vücutta çakra adı verilen enerji giriş-çıkış kapılarına ve çakralarla ilişkili bölgelere dokunarak enerji aktarımı sağlanır. Kanser tanısı almış bireylerin bakım gereksinimleri önemli ölçüde aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır. Hastaların hastalıklarına ve tedavilerine bağlı olarak yaşadıkları yan etkiler ve duygusal sıkıntılar, aile bireylerinde zaman zaman stres yaşanmasına neden olabilmektedir. Reikin stres düzeyini azaltmada etkili olduğuna ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Bu çalışmada hastanıza bakım vermede yaşadığınız stres düzeyini reiki uygulamasıyla azaltmak hedeflenmiştir. Reikin etkisini belirleyebilmek amacıyla araştırmada bir reiki uygulanacak bir de sahte reiki uygulanacak iki grup yapılacaktır. Araştırmacı ya da katılımcılar hangi grubun gerçek reiki uygulama grubu olduğunu bilmeyeceklerdir. Gruplara alınacak katılımcıların isimleri kura yöntemiyle tamamen rastgele belirlenecektir. Sahte reiki grubuna istedikleri takdirde çalışma sonunda reiki uygulanacaktır. Reiki seansları hastanızın tedavi gördüğü hastaneye ait bir eğitim salonunda gerçekleştirilecek ve haftada bir gün 45-60 dakika olmak üzere 6 hafta boyunca uygulanacaktır. Stres düzeyinizin bedensel yanıtlarını belirlemek amacıyla ilk seansınızda ve son seansınızın bitiminde sizden bir miktar tükürük örneği istenecektir. Tüm seanslarınızda kan basıncınız ve nabız hızınız ölçülüp kayıt edilecektir. Ayrıca sizinle reiki uygulamasıyla ilgili deneyim ve görüşleriniz hakkında ses kaydınızın da olacağı bir görüşme yapılacaktır.

Uygulamaların sağlığınıza ilgili herhangi bir riski bulunmamaktadır. Bu araştırmaya katılmanız dahilinde isminiz kullanılmayacak ve kimlik haklarınız korunacaktır. Sizden alınan örnek materyal sadece bu araştırma için kullanılacak ve sonrasında imha edilecektir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda hastanızın tedavisi ile ilgili herhangi bir aksama olmayacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Çalışmanın verileri, araştırmacının doktora tezi için ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bilgilendirmeyi Yapan

Ulviye ÖZCAN YÜCE

Tarih:

Tel: 0 553 574 34 20

GÖNÜLLÜ OLURU:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirmeyi Yapan

Gönüllü

Varsa Tanık

Araştırmacı

Ad-Soyad:

Ad-Soyad:

Ulviye ÖZCAN YÜCE

İmza:

İmza:

İmza

Tarih:

Tarih:

Tarih:

Adres:

(SHAM REİKİ GRUBU)

Sayın gönüllü,

Bu çalışmanın amacı, kanser tanısı almış aile üyesine bakım veren bakım vericilere uygulanan reiki dokunma seanslarının stres düzeyine etkisini belirlemektir.

Bu çalışmada siz katılımcılara; sizinle ve hastanızla ilgili konuları içeren “Hastaya Bakım Veren Tanıtım Formu”, stres düzeyinizi belirleyecek olan “Bakım Veren Stres Ölçeği” ve uygulamayla ilgili hislerinizi içeren “Reiki Uygulaması Sırasında Deneyimlenen Psikodinamik Tepki Listesi ” formları uygulanacaktır. Bu formların tarafınızca doldurulması 10-15 dakika sürecektir.

İntegratif (bütünleşik) sağlık uygulamalarından olan reikide, vücutta çakra adı verilen enerji giriş-çıkış kapılarına ve çakralarla ilişkili bölgelere dokunarak enerji aktarımı sağlanır. Kanser tanısı almış bireylerin bakım gereksinimleri önemli ölçüde aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır. Hastaların hastalıklarına ve tedavilerine bağlı olarak yaşadıkları yan etkiler ve duygusal sıkıntılar, aile bireylerinde zaman zaman stres yaşanmasına neden olabilmektedir. Reikin stres düzeyini azaltmada etkili olduğuna ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Bu çalışmada hastanıza bakım vermede yaşadığınız stres düzeyini reiki uygulamasıyla azaltmak hedeflenmiştir. Reikin etkisini belirleyebilmek amacıyla araştırmada bir reiki uygulanacak bir de sahte reiki uygulanacak iki grup yapılacaktır. Araştırmacı ya da katılımcılar hangi grubun gerçek reiki uygulama grubu olduğunu bilmeyeceklerdir. Gruplara alınacak katılımcıların isimleri kura yöntemiyle tamamen rastgele belirlenecektir. Sahte reiki grubuna istedikleri takdirde çalışma sonunda reiki uygulanacaktır. Reiki seansları hastanızın tedavi gördüğü hastaneye ait bir eğitim salonunda gerçekleştirilecek ve haftada bir gün 45-60 dakika olmak üzere 6 hafta boyunca uygulanacaktır. Stres düzeyinizin bedensel yanıtlarını belirlemek amacıyla ilk seansınızda ve son seansınızın bitiminde sizden bir miktar tükürük örneği istenecektir. Tüm seanslarınızda kan basıncınız ve nabız hızınız ölçülüp kayıt edilecektir. Uygulamaların sağlığınıza ilgili herhangi bir riski bulunmamaktadır. Bu araştırmaya katılmanız dahilinde isminiz kullanılmayacak ve kimlik haklarınız korunacaktır. Sizden alınan örnek materyal sadece bu araştırma için kullanılacak ve sonrasında imha edilecektir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda hastanızın tedavisi ile ilgili herhangi bir aksama olmayacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Çalışmanın verileri, araştırmacının doktora tezi için ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bilgilendirmeyi Yapan

Ulviye ÖZCAN YÜCE

Tarih:

Tel: 0 553 574 34 20

GÖNÜLLÜ OLURU:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirmeyi Yapan

Gönüllü

Varsa Tanık

Araştırmacı

Ad-Soyad:

Ad-Soyad:

Ulviye ÖZCAN YÜCE

İmza:

İmza:

İmza

Tarih:

Tarih:

Tarih:

Adres:

EK-10: ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/06/2017-11944

OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU TOPLANTI KARARI

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
23.06.2017	4	2017/4/1

Saat: 14.00

Toplantı Yeri: Mühendislik Fakültesi Toplantı Salonu

Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu 23.06.2017 tarihinde toplandı ve aşağıdaki karar aldı:

Karar 1. Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulunda görev yapan Öğr. Gör. Ulviye ÖZCAN YÜCE'nin, 20.06.2017 tarihli ve E.3425 kayıt sayılı başvurusunda belirtilen, "Kanser Hastalarına Bakım Verenlere Uygulanan Reaktif Stres Düzeyine Etkisi" başlıklı araştırmasını yapabilmesi hususu görüşüldü.

Sonuçta; Öğr. Gör. Ulviye ÖZCAN YÜCE'nin, "Kanser Hastalarına Bakım Verenlere Uygulanan Reaktif Stres Düzeyine Etkisi" başlıklı araştırmasını yapabilmesinin Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi hükümlerine uygun olduğu kanaatine varılarak araştırma için bu belgenin "Etik Kurul Onay Belgesi" olarak verilmesine, toplantıya katılan üyelerimizin oy birliği ile karar verilmiştir.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Mehmet Emin ÖCAL
Başkan

e-imzalıdır

Prof. Dr. Eyyup TEL
Başkan Yardımcısı

e-imzalıdır

Prof. Dr. Zeynep ULUKANLI
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Zeynep TÜRK
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Hakan ÖZTÜRK
Üye

e-imzalıdır

Doç. Dr. Bülent ÖZ
Üye

e-imzalıdır

Yrd. Doç. Dr. Derya ATİK
Üye

e-imzalıdır

Hukuk Müş. Av. Emel ARPACI
Üye

e-imzalıdır

Yrd. Doç. Dr. Nail KARAGÖZ
Raportör

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERE UYGULANAN REİKİNİN STRES DÜZEYİNE ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 12	% 9	% 2	% 9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Nevşehir Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
2	hemsirelik.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	lib.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	www.ulusalhemsirelikkongresi2017.org İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<% 1
6	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
7	Submitted to Erciyes Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
8	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Ulviye ÖZCAN YÜCE

Doğum Tarihi ve Yeri: 6 Şubat 1988, Karataş

Medeni Durumu: Evli

Tel: +03288271000/4209

e-Mail: ulviyeyuce@osmaniye.edu.tr

Yazışma Adresi: Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Osmaniye/Merkez

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2013
Lisans	Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu	2010

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2015- Halen	Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Öğretim Görevlisi
2013–2015	Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi
2013-2014	Ç.Ü. Balcalı Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Hemşire
2011-2013	Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Araştırma Görevlisi
2010-2011	Özel Adana Medline Hastanesi	Hemşire

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kemoterapi Uygulanan Kansere Hastalarına Oral Mukoziti Önlemeye İlişkin Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi (2013) Danışman: Prof.Dr. Sabire YURTSEVER

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR

1. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

- 1.1. Yüce U, Yurtsever S. Effect of education about oral mucositis given to the cancer patients having chemotherapy on life quality. Journal of Cancer Education, 2017; Doi: 10.1007/s13187-017-1262-z
- 1.2. Atik D, Neşe A, Çakır M, Ünal A, Yüce UÖ. Post traumatic stress and anxiety in patients with acute coronary syndrome. International Journal of Research in Medical Sciences, 2015; 3(8):1878-1884.
- 1.3. Yüce UÖ, Atik D, Karatepe H, Erdoğan Z, Albayrak AC. Reiki and diabetes. Acta Medica Alanya, 2017; (1)2: 49-53.
- 1.4. Atik D, Karatepe H, Yüce UÖ, Kuşcu FN. Üniversite öğrencilerinin adölesan gebeliklere ilişkin görüşleri: nitel bir çalışma. Journal of Current Researches on Health Sector, 2018; 8(1): 15-28.
- 1.5. Kuşcu FN, Karaman M, Kuşcu Karatepe H, Alici H, Yüce UÖ, Atik D. Sağlık kurumlarında altı sigma ve toplam kalite yönetimi. Journal of Current Researches on Health Sector, 2018; 8(1):125-136.
- 1.6. Karatepe HK, Kuşcu FN, Yüce UÖ, Atik D. Organizational commitment in nursing management. SAS Journal of Medicine, 2018; 4(4): 57-63.

2. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler

- 2.1. Karatepe HK, Atik D, Yüce UÖ, Kuşcu FN. Üniversiteli Gözüyle Adölesan Evlilikler. 3.Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi (21-22.04. 2017). Kocaeli, Sözlü Bildiri.
- 2.2. Yüce UÖ, Karatepe HK, Atik D, Kuşcu FN. Mağduriyetin Bir Türü: Çocuk İşçiliği. 3.Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi (21-22.04. 2017). Kocaeli, Sözlü Bildiri.
- 2.3. Atik D, Yüce UÖ, Karatepe HK, Kuşcu FN. Kronik Hastalıklarda Stigmatizasyon ve Psikolojik Şiddet. 3.Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi (21-22.04. 2017). Kocaeli, Sözlü Bildiri.

- 2.4. Karatepe HK, Atik D, Yüce UÖ, Kuşcu FN. Öğrencilerin Kadına Yönelik Şiddet Tutumlarının İncelenmesi. 3.Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi (21-22.04. 2017). Kocaeli, Sözlü Bildiri.
- 2.5. Yüce UÖ, Karatepe HK, Aslan KSÜ, Kuşcu FN, Atik D. Çocukların Yoksulluğu. Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi (30-31.06.2017). Aydın, Sözlü bildiri.
- 2.6. Kuşcu FN, Karatepe HK, Yüce UÖ, Atik D, Yılmaz E. Üniversite Öğrencilerinin Zaman Yönetimi Becerileri. Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi (30-31.06.2017). Aydın, Sözlü Bildiri.
- 2.7. Atik D, Yüce UÖ, Karatepe HK, Aslan KSÜ. Üniversite Öğrencilerinin Adolesan Gebeliklere İlişkin Görüşleri: Nitel Bir Çalışma. 16th International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress (11-14.05.2017). Adana, Poster Bildiri.
- 2.8. Atik D, Karatepe HK, Yüce UÖ, Erdoğan Z. Hastaların Tamamlayıcı ve İntegratif Tedavileri Kullanma Durumu ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. 16th International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress (11-14.05.2017). Adana, Poster Bildiri.
- 2.9. Yüce UÖ, Karatepe HK. Öğrencilerin Empatik Eğilim Düzeyleri ve Saldırganlık Düzeyleri Arasındaki İlişki. 17. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:4372238) (2018). Adana
- 2.10. Aslan KSÜ, Tar E, Gözüyeşil E, Atik D, Karatepe HK, Yüce UÖ. Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk İstismarı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. 17. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:4372236) (2018). Adana
- 2.11. Yüce UÖ, Karatepe HK, Kuşcu FN, Atik D. Üniversite Öğrencilerinin Kan Bağışı İlgili Tutumlarının belirlenmesi. 1.Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:4273827) (2018) Adana
- 2.12. Karatepe H, Kuşcu FN, Yüce UÖ, Atik D. Hemşirelik Lisans Öğrencilerinin Zaman Yönetim Becerileri. 1.Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:4273822) (2018) Adana

3. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

3.1. Karatepe HK, Atik D, Yüce UÖ, Pakyüz SÇ. Diyabet hemşireliğinde mesleki özerklik. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu,2017; 9(1): 40-44.

3.2.Atik D, Erdoğan Z, Karatepe H, Yüce UÖ. Obesity related factors in coronary artery disease patients. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu,2017; 9(1):15-23.

4. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan bildiri kitabında basılan bildiriler

4.1.Yurtsever S, Yüce UÖ. Kemoterapi Uygulanan Kanseri Hastalarına Oral Mukoziti Önlemeye İlişkin Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi. 15.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi (Özet Bildiri/)(Yayın No:366335) Antalya (2013).

4.2.Mutluay E, Yurtsever S, Özcan U. “adınların Meme Kanseri İlişkin Risk Faktörlerinin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. 13.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi (/)(Yayın No:365943) Antalya (2011).

4.3.Yüce UÖ, Erdoğan G, Akpınar NB. Kültürel Miras Hacamat . 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, ANTALYA (/)(Yayın No:2622471) (2015).

4.4.Yurtsever S, Kale CS, Öz FB, Yüce UÖ. Tip II Diyabetes Mellitusu Olan Kadınların Cinsel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi. 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi (/)(Yayın No:2622509) Antalya (2015)

4.5. Akpınar NB, Yüce UÖ, Erdoğan G. Osteoartrit Tamamlayıcı Ve Alternatif Uygulamaların Kullanımı. 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi (/)(Yayın No:2622481) Antalya (2015).

4.6.Akpınar NB, Yüce UÖ, Erdoğan G. Kronik Hastalık Bakımının Hastalar Atarfindan Değerlendirilmesi. 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi (/)(Yayın No:2622489) Antalya (2015).

4.7.Erdoğan G,Yüce UÖ, Akpınar NB. Kemoterapi Ve Radyoterapiye Bağlı Mukozitin Önlenmesi Ve Tedavisinde Bitkisel Uygulamaların Yeri. 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi (/)(Yayın No:2622484)

5. Kongreler ve sempozyumlar

5.1.Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Kongresi, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Kongresi, KAYSERİ, Sertifika, 27.05.2015 -29.05.2015 (Ulusal)

5.2.15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Sertifika, 02.10.2013 -06.10.2013 (Ulusal)

5.3 2. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği tarafından, Adana Çukurova Üniversitesi, Sertifika, 17.05.2012 -18.05.2012 (Ulusal)

5.4 2.Hemşirelik Sempozyumu, Hemşirelik Bakımında Uluslararası Deneyimler, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sertifika, 16.02.2012 -18.02.2012 (Uluslararası)

5.5. 13. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 13. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, ANTALYA, Sertifika, 05.10.2011 -09.10.2011 (Ulusal)

5.6 Geleceğin Sağlık Liderleri Sempozyumu Kapsamında “Türkiye’deki Sağlık Sistemi, Etkili İletişim, Ekip Çalışması ve Liderlik” , Türkiye’deki Sağlık Sistemi, Etkili İletişim, Ekip Çalışması ve Liderlik, ANTALYA, Sertifika, 12.03.2009 - 15.03.2009 (Ulusal)

5.7 2. İç Hastalıkları Hemşireliği Eğitim Çalıştayı, 2. İç Hastalıkları Hemşireliği Eğitim Çalıştayı, Çukurova Üniversitesi Adana, Çalıştay, 02.05.2016 -03.05.2016 (Ulusal)

5.8 VI. Hemşirelik Esasları Çalıştayı, Hemşirelik Süreci, Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu, Çalıştay, 07.11.2013 -08.11.2013 (Ulusal)

5.9 TİTAN; Trombositopeni, Anemi ve Nötropeni Eğitim Programı, TİTAN; Trombositopeni, Anemi ve Nötropeni Eğitim Programı, Gaziantep Üniversitesi Gaziantep, Kurs, 26.05.2017 -26.05.2017 (Ulusal)

5.10 Reiki II.Aşama, Reiki Usui Sistem Iı. Aşama Semineri, Mersin, Kurs, 12.03.2016 -12.03.2016 (Ulusal)

5.11 Reiki I.Aşama, Reiki Usui Sistem I. Aşama Semineri, Mersin, Kurs, 21.11.2015 -21.11.2015 (Ulusal)

5.12 TS EN ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi Dokümantasyon Eğitimi , TS EN ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi Dokümantasyon Eğitimi , Mersin Üniversitesi, Kurs, 18.06.2012 -21.06.2012 (Ulusal)

5.13 TS EN ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi İç Tetkik Eğitimi , TS EN ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi İç Tetkik Eğitimi, Mersin Üniversitesi, Kurs, 18.06.2012 - 21.06.2012 (Ulusal)

5.14 TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi, TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi, Mersin Üniversitesi, Kurs, 18.06.2012 - 21.06.2012 (Ulusal)

5.15 Leadership İn Nursing, Hemşirelikte Liderlik, Mersin Üniversitesi, Kurs, 05.06.2012 -06.06.2012 (Ulusal)

5.16 Onkoloji Hemşireliğinde Temel Kanser Eğitimi ve TİTAN (Trombositopeni, Nötropeni, Anemi), Türk Hemşireler Derneği Mersin Şubesi Etkinliği, Mersin Üniversitesi, Kurs, 18.11.2011 -19.11.2011 (Ulusal)