DERLEME REVIEW

DOI: 10.5336/nurses.2019-71077

Bakım Verici Stresi ve Reiki Enerji Terapisi

Caregiver Stress and Reiki Energy Therapy

Ulviye ÖZCAN YÜCE[a], Sultan TAŞCI[b]

[a]Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Osmaniye, TÜRKİYE
[b]Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Kayseri, TÜRKİYE

ÖZET İnformal bakım verenler, formal bakım verenlerin aksine çoğunlukla aile üyelerinden olup; ileri yaş, demans, kanser gibi kronik bir hastalık nedeniyle bakıma ihtiyaç duyan bireylere herhangi bir karşılık beklemeksizin bakım sağlamaktadırlar. Bu deneyim; bakım verenler tarafından zamanla kronik bir stres etkeni olarak algılanmakta ve genellikle günlük yaşamları ve sağlıkları üzerinde olumsuz psikolojik, davranışsal ve fizyolojik etkiler yaşamalarına neden olabilmektedir. Literatürde, artmış psikolojik stres düzeyinin, hızlanmış hücresel ve organik yaşlanmanın göstergeleri ile ilişkili olduğu, solunum yolları hastalıklarının görülme sıklığını artırdığı, koroner arter hastalıkların bakım verme süresiyle arttığı, hücresel değişikliklerle kansere yatkınlığı sıklaştırdığı, depresyon, anksiyete ve uyku bozukluğunu içeren farklı psikolojik tepkilere yol açtığını bildiren birçok çalışma bulunmaktadır. Bunun yanında, çalışmalarda bakım verenlerde stres düzeyinin artmasının bakımın kalitesi ve hastanın yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle, kronik hastalıklı birey ile birlikte bakım verenin de fiziksel, sosyal ve emosyonel durumunun değerlendirilmesi ve bakım verici stresinin erken aşamalarda tanılanması hem hasta bireyin hem de bakım verenin biyopsikososyal sağlığının yükseltilmesini ve beklenen bakım sonuçlarının elde edilmesini sağlayacaktır. Reiki enerji terapisi, sağlık açısından risksiz, maliyet gerektirmeyen, uygulaması kolay, anksiyete ve stresi azaltmanın da dâhil olduğu birçok alanda iyilik hâlini yükselten etkilere sahip tamamlayıcı ve bütünleşik (integratif) bir uygulamadır. Bakım verici stresini azaltmada reiki enerji terapisinin uygulanması ile ilgili bu derlemenin, literatürde yer alan bilgileri paylaşarak kronik hastalığı olan bireye bakım verenlere ve hemşirelik mesleği profesyonellerine rehberlik etmesi beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım verme; stres; reiki

ABSTRACT Informal caregivers, unlike formal caregivers, are mostly family members and provide care for individuals who need care because of a chronic illness such as advanced age, dementia and cancer. This experience is perceived by caregivers as a chronic stressor over time and can often lead to negative psychological, behavioral and physiological effects on their daily lives and health. In the literature, increased psychological stress level is associated with the indicators of accelerated cellular and organic aging, increases the incidence of respiratory diseases, increases coronary artery diseases with caregiving period, increases the susceptibility to cancer with cellular changes, leads to different psychological reactions including depression, anxiety and sleep disorder. There are many studies reporting. In addition, it is reported that the increase in stress level in caregivers is directly related to the quality of care and the quality of life of the patient. However, evaluating the physical, social and emotional status of the caregiver together with the chronic diseased person and diagnosing caregiver stress in the early stages will increase both the biopsychosocial health of the patient and the caregiver and achieve the expected care results. Reiki energy therapy is a complementary and integrative application that is health-free, cost-effective, easy to apply, and has good effects in many areas, including anxiety and stress reduction. This review of reiki energy therapy in reducing caregiver stress is expected to guide caregivers and nursing professionals by sharing information in the literature.

Keywords: Caregivers; stress; reiki

Yaşadığımız 21. yüzyılda kronik hastalıkların teşhis ve tedavi sürecinde gündeme gelen yenilikler ile yaşam süresi uzamış, hastalık nedeni ile hastane yatışları azalmış, dolayısıyla hastaların evdeki bakımlarının ön plana çıkmasıyla evde bakım sağlayan bakıcılara olan ihtiyaç da artmıştır.[1-3] Kronik bir hastalık tanısı almak, bir tarafta teşhis konulan birey için hasta rolü üstlenmeyi ifade ederken, diğer tarafta hastanın yaşamı paylaştığı aile üyeleri için bakım verici rolünü üstlendikleri yeni bir yaşam biçimine uyumu

Correspondence: Ulviye ÖZCAN YÜCE
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Osmaniye, TÜRKİYE/TURKEY
E-mail: ulviyezcan6@gmail.com

Peer review under responsibility of Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.

Received: 21 Aug 2019 ***Received in revised form:*** 23 Oct 2019 ***Accepted:*** 25 Oct 2019 ***Available online:*** 05 Nov 2019

2146-8893 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

gerektiren çok boyutlu bir süreçtir. Bakım verenler bu süreçte hastalarına günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yardımcı olma, evde bakım sürecini yönetme, tedavi ekibi ile hasta arasındaki iletişimi sağlama, emosyonel, sosyal ve maddi destek olma gibi çok farklı sorumluluklar ile yüzleşmektedir.[3-6] Dolayısıyla bakım verenler için bakım verme işi sıklıkla kendi sağlık ihtiyaçlarını erteleme ya da yok sayma davranışlarına neden olan yoğun, yorucu ve üstesinden gelmenin çoğu zaman zor olarak tanımlandığı bir durum hâline gelmektedir.[2]

Bakım verme, bakımı sağlayan kişi için fiziksel sorunların yanında, birtakım emosyonel sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Bakım verenler hastanın bakımını sürdürürken kendilerinin gereksinimlerini ihmal etme eğilimi gösterebilmektedir.[2] Bakım verme işinin artmasının, verilen bakımın verimliliğinde azalma ve bakım verenin kendi ile ilgili sağlık ihtiyaçlarını daha çok erteleme gibi olumsuz etkilerinin bulunduğu bildirilmektedir.[6] Bakım verenin ihtiyaçlarının bakım sürecinin erken dönemlerinde belirlenememesi ve karşılanmaması, hem hastaların hem de bakım verenlerin fiziksel ve emosyonel sağlıkları ile tedaviye uyumlarını olumsuz etkileyebilmektedir.[7] Bu durumun bir sonucu olarak, artan bakım yükü, bakım sağlayan ve alan arasında çatışmaya neden olarak hem sağlanan bakımın hem de yaşam kalitesinin azalmasına yol açabilmektedir.[3] Dolayısıyla bakım verenlerin karşılaştıkları sorunların uygun şekilde tanılanması, değerlendirilmesi ve artan bakım yükünün neden olacağı stres deneyimlerinin azaltılmasına ilişkin girişimlerin planlanması kronik hastalıkların yönetiminde hemşirenin rol alması gereken önemli bir boyuttur.

POZİTİF VE NEGATİF ANLAMLARIYLA BAKIM VERME

Bakım verme, bir olgu ya da şeyin iyi gelişme göstermesi ve iyilik hâlini sürdürebilmesi için emek verme, emek verme düzeni; ihtiyacı olan bir kişinin beslenme, giyinme gibi gereksinimlerini sağlama ve yardımcı olma işi olarak tanımlanmaktadır.[8] Bakım veren ise geniş anlamıyla "Hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeni ile kendine bakamayan bireylere yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişiler" olarak belirtilmektedir.[9,10] Bakım verenler, formal ve informal bakım vericiler olarak gruplanmaktadır. Formal bakım vericiler için bakım işi belli bir ücret karşılığında sağlanırken, informal bakım vericiler için ise bakım işi kişisel yakınlığı bulunan birine, karşılığında ücret almadan gönüllü yardım sağlamadır.[11]

Primer bakım vericiler informal bakım verenleri oluşturmaktadır.[11] Primer bakım vericiler, bakım verdikleri hastanın günlük yaşam aktivitelerine yardım etme, ev idaresi ve bakımı, hastanın ulaşımının sağlanması, tedavisinin koordinasyonu ve yönetimi ile diğer aile üyelerinden gelen farklı bakım ihtiyaçlarının karşılanması gibi çok boyutlu görevler üstlenmektedirler.[12] Günümüzde tüm dünyada yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların görülme sıklığının artışı ve daralan ekonomik imkânlar nedeni ile informal bakım vericilerin sayısının formal bakım vericilere göre daha fazla olduğu bilinmektedir.[12] Benzer şekilde, ülkemizde de kültürümüzde yer alan yardımlaşma, aile büyüklerine saygı, fedakârlık gibi ögeler nedeni ile aile fertlerinden birinin bakımı, zorunlu kılan bir hastalık tanısı alması durumunda formal bakım talep etmek yerine, bakım işi aile içinde üstlenilmektedir.[13,14]

Çok boyutlu bir deneyim olmasından dolayı bakım verme, literatürde bazı özellikleri ile pozitif bazı yönleri ile ise negatif bir kavram olarak tanımlanmaktadır.[15] Pozitif tanımlamalar, bakım verme işini bu deneyimden bakım vericiye kalan kazanımlar ve bir kişisel gelişim fırsatı olarak betimlemektedir.[15] Pozitif anlamda bakım verme, bakım işinin tatmin edici bir ödül olarak algılanması, yardım etmeyi başarabilme nedeni ile öz saygının artışı ve doyum sağlama gibi olumlu duyguların hissedilmesidir. Dolayısıyla bu anlamıyla bakım verme, bakım işinden doğan stresin azalması, yapılan işten memnun olma ve etkili baş etme yöntemlerini kullanma gibi alanlarda bakım vericiye katkıları olduğu düşünülen bir tanımlamadır.[16,17]

Negatif anlamda bakım verici yükü ise bakım vermede zorlanma, telaş/koşturma ve bakım verici stresi olarak tanımlanmaktadır. Özellikle aile içinde sürdürülen kronik hastalık bakımında önemli bir yere sahip olan bakım verme yükü, yeti yitimi yaşayan bireye bakım verenlerin kendi yaşamlarının fiziksel, duygusal, sosyal veya ekonomik alanlarında deneyimledikleri güçlüklerin bütünü olarak ifade edilmektedir.

Genel tanımıyla bakım verme yükü, kişinin yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde yetersizliğe neden olan bir durum karşısında kendisine bakım verenlerin fiziksel, duygusal, sosyal veya ekonomik alanlarda deneyimledikleri güç yaşantıların bütünü olarak ifade edilmektedir.[18]

Literatürde, bakım verme yükünün öznel ve nesnel olmak üzere iki boyutundan bahsedilmektedir. Nesnel yük, primer bakım verici ve ailesinin yaşamlarının bakım sunma işinden olumsuz etkilenen yönlerini kapsamaktadır. Öznel yük ise bakım verenin bakım verme yaşantısına yönelik davranışını veya duygusal tepkilerini içeren boyutudur.[19,20] Nesnel yükte bakım veren hastalıktan önceki aile rutinlerinin değişmesi, sosyal zaman aktivitelerinin kısıtlanması, işe devam günlerinin azalması, tedavinin getirdiği mali zorlukların yaşanması ve fiziksel sağlığın bozulması gibi bakım yükünün gözlenebilir etkileri söz konusudur. Dolayısıyla nesnel yükün bu özellikleri bakım veren için kendi sağlığını ihmal etme ile sonuçlanabilmesi bakımından oldukça önemlidir.[21-24]

Öznel yükün oluşmasında etkili olan faktör ise hasta bireyin davranışları ve hastalıktan kaynaklanan talepleridir. Bu yönüyle öznel yük nesnel yükün neden olduğu stres sonucunda bakım verenin hissettiği sıkıntı olarak da tanımlanabilmektedir. Sonuç olarak, bakım veren kendi ihtiyaçlarını ve hislerini bastırmakta; suçluluk, kaygı ve stres gibi olumsuz duygular yaşayabilmektedir.[22,25]

BAKIM VERİCİ STRESİ VE PATOGENEZİ

Bakım verici stresi, bakım sunma işinin gerektirdiği sorumluluklar ile bakım verenin gerçek yetenekleri arasındaki uyumsuzluk nedeni ile aile içindeki gerilimler ve baskılar şeklinde açıklanmaktadır.[9,26] Bakım verenlerin çoğunluğuna göre kronik bir hastalık tanısına sahip bireye bakım vermek, kontrol edilmesi zor olan birçok belirsizlik yaşantılarını ifade etmektedir. Dolayısıyla bu durum, bakım veren için, "Bilinmeyen karşısında süreğen bir şüphe tutumu" ifadesini içeren bilişsel bir stresördür.[27]

Bakım verici stresi, primer ve sekonder stres olmak üzere iki boyutta yaşanabilmektedir. Primer stres, bakım verme aktiviteleri ile ilişkilidir. Daha açık bir ifadeyle primer stres, bakım sunulan hastanın fiziksel bakımı sağlanırken deneyimlenen zorluklardan köken almaktadır. Örneğin; hastanın banyo yapma, giyinme ya da yemek yeme aktivitelerine yardımcı olmak sırasında karşılaşılan güçlükler primer stresörlerdir. Bakım verme işinin haricinde strese neden olan durumlar ise sekonder stresi oluşturmaktadır. Örneğin; bakım işinden kaynaklanan finansal sorunlar, aile üyeleriyle şiddetli tartışma yaşama, işten ayrılmak zorunda kalma ya da sosyal rutinlerin bozulması sekonder stresörlerdir.[28]

Kronik hastalığın başından itibaren bakım verenlerin maruz kaldığı primer ve sekonder stresörler hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksını ve adrenerjik sempatik sinir sistemi (SSS) ni uyararak stres yanıtını başlatmaktadır. Stresörle karşılaştıktan sonra, hipofiz bezinin stimülasyonuyla kortikotropin salgılatıcı hormon böbrek üstü bezi korteksinden kortizol salınmasını uyarır. Eş zamanlı olarak, adrenal medulladan salınan adrenalin ve sempatik sinir uçlarından salınan noradrenalin ile SSS aktive olur. Stresöre maruz kalınmaya başlanan ilk dakikalarla birlikte, kanda seviyesi artan bu hormonlar vücutta beyin, kalp, solunum sistemi, kas, deri, karaciğer, gastrointestinal sistem ve bağışıklık sistemi üzerinde uzun dönemde yıkıcı olabilecek birtakım olumsuz etkiler başlatmaktadır. Akut stres yanıtı hayat kurtarıcı olmakla birlikte, kronik stres tepkisi yıkıcı etkiye sahiptir. Kronik streste HPA aksının sağlıklı günlük (diurnal) ritmi olan günün erken saatlerinde en yüksek, akşama yakın saatlerde düşük olması gereken kortizol seviyesi tam tersine döner. Bir süre sonra bahsedilen bu durum psikolojik tükenmişliğin de eşlik ettiği fizyolojik tükenmişlik durumuna yol açar. Fizyolojik tükenmişliğin erken evrelerinde HPA aksı aktivitesi sürekli artarken, aylar sonrasında bu aktivite azalmaya başlamaktadır.[29]

Kronikleşen stres, bakım verenler için özellikle immün sistem üzerinde istenmeyen etkiler görülmesine neden olmaktadır. Doğru işlemeyen HPA yanıt ve fonksiyonel glukokortikoid direnci proinflamatuar durumlar, immün hastalıklar, obezite, yüksek kolestrol, insülin direnci, depresif durum ve psikolojik stres ile ilişkili bulunmuştur. Sempatik aktivitenin sürekli uyarılmasının ise kardiyovasküler durumlarla ve yüksek kan basıncı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.[29,30] Öte yandan, stresöre maruziyet uzadıkça yara iyileşmesi

gecikmekte, bakım veren enfeksiyonlara karşı daha savunmasız hâle gelebilmektedir. Ayrıca, uzamış stres anjiyogenezin uyarılmasına sebep olan beta adrenerjik aktiviteyi artırarak karsinogenez sürecini başlatmakta ve telomer kısalmasının bir göstergesi olan kromozomal yaşlanmayı başlatmaktadır.[31]

BAKIM VERİCİ STRESİNİ AZALTMAYA YÖNELİK UYGULAMALAR

Bakım verme sürecinde stres deneyimine yol açabilecek etkenler kaçınılmaz görünse de bu açıdan riskli bakım verenleri erken tanılamak ve stresten kaynaklanan olumsuz sonuçları önleyebilecek bir takım müdahaleleri önermek mümkündür.[29] Bu konuda hemşirelere düşen roller bakım verenlere kendi biyopsikososyal sağlıklarını sürdürebilmeleri için bilgi verme, psikolojik-fiziksel ve sosyal destek sağlama, var olan destek sistemlerine ulaşmayı kolaylaştırma ve stres yönetimi gibi alanlarda uygun girişimlerde bulunabilmektir. Bakım vericilerin hem fiziki hem de emosyonel ihtiyaçları arasındaki uyumu sağlamak, deneyimledikleri stresi azaltmayı, böylece yaşam kalitelerini yükseltmeyi ve dolayısıyla verdikleri bakımın da kaliteli olmasını sağlayabilecektir.[32]

Bakım verenlerin kronik hastalığı olan bireyi destekleme sürecinde karşılaştıkları sorunlar iyi bilinmesine rağmen, az sayıda çalışmada bakım verici yükü/güçlüğü ve stresini azaltmaya yönelik uygulamalar incelenmiştir. Literatürde, bakım verenlerin psikososyal açıdan desteklenmelerine yönelik en sık kullanılan uygulamalar; masaj ya da iyileştirici dokunma, günlük erişkin bakımı, bakım alıcının yeterliliğini geliştirmeye yönelik çalışmalar ile psikoeğitim, baş etme, iletişim ve problem çözme becerilerini içeren beceri eğitimi ve terapötik danışmanlıktır.[15] Ancak, yapılan çalışmalar bu uygulamaların bakım yükü ve bakım verici stresini azaltmadaki etkinliklerinin yeterli olmadığını ortaya koymuştur. Belirtilen uygulamalar, bakım verenlerin yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinde ümit verici olsa da uygulamaların birçoğu özel alan eğitimi almış sağlık uzmanları tarafından verilebilmektedir. Dolayısıyla bu hizmeti almak bakım verenler için yüksek maliyetler gerektirmektedir. Kırsal bölgelerde bu uygulamalarla bakım verenlere yardım edebilecek nitelikli uzmanların sayısı da sınırlıdır. Özet olarak, bakım vericiler için bu hizmetler maliyetli ve erişimi zor girişimlerdir.[32,33]

Belirtilen bu uygulamaların sınırlılıklarından dolayı bakım vericilere "Kendi kendini destekleyici iyileştirme uygulamaları" önerilmektedir. Kendi kendini destekleyici iyileştirme müdahaleleri, bakıcıların ne, nasıl ve ne zaman öğrenmek istediklerini seçmelerine olanak tanımak da dâhil olmak üzere bakım verenler için çeşitli potansiyel avantajlara sahiptir. Konuya ilişkin çalışmalar, bu uygulamaların bakım vericilerin çaresizlik, umutsuzluk ve posttravmatik stres sendromu gibi sorunlarının çözümünde yardımcı olduğunu vurgulamaktadır.[34,35] Bunun yanında, kendini iyileştirme uygulamalarının etkinliğinin gösterilmesi için birçok çalışmaya daha ihtiyaç duyulmaktadır. Fakat bu yöntemler için de bakım verenler öncelikle eğitilmeli ve girişimler için bir uygulama süreci geçirilmek durumundadır.

Günümüzde yaşam kalitesini artırmak amacıyla stresi azaltmada tamamlayıcı ve bütünleşik (integratif) yöntemlere olan ilginin artması dikkat çekicidir. Bu amaçla; meditasyon, akupunktur, hipnoz, biofeedback, masaj, aromaterapi, refleksoloji, bitkisel tedaviler, terapötik dokunma ve reiki gibi enerji terapileri stresin olumsuz sonuçlarından korunmada başvurulan tamamlayıcı ve destekleyici yöntemler olarak bilinmektedir.[36-38]

ENERJİ TERAPİLERİ VE REİKİ

Enerji terapileri, kaynağını, Einstein'ın maddenin birbirine dönüşebilen enerji formundan oluştuğunu öne süren teorisinden köken almakta olup, insanın da madde gibi titreşim temelinde enerjiden ibaret olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu teorinin temelinde insan, yalnız fiziksel bedenden, yani maddeden ibaret olmayıp, fizik bedeni çevreleyen ve onunla sürekli karşılıklı etkileşim hâlinde bulunan enerji sistemlerine sahiptir. Bu enerji sistemi insan için biyo-alan olarak adlandırılır. Enerji terapileri de kişinin biyo-alanı ile etkileşime geçip çeşitli alanlarda şifa sağlamak amacıyla tasarlanmış bazı uygulamalardan oluşmaktadır.[39,40]

Biyo-alan kavramı çok eski bir tarihe sahip olup, geçmişten günümüze kullanılan çoğu tamamlayıcı ve destekleyici terapi yönteminin uygulama prensibini oluşturmaktadır. Literatürde, "Chi, ki, qi, aura, prana,

mana ve insan enerjisi alanı" olarak adlandırılan biyo-alan "Çıplak gözle görülemeyen psikofiziksel enerji" ve "Kuvvet, canlılık ve güç" olarak belirtilmektedir. Özellikle Asya ülkelerinde yaygın olarak kullanılan biyo-alana ait müdahaleler, insanı beden ve zihin olarak ayırmaktansa holistik (bütüncül) olarak ele alır ve kişiyi yaradılışıyla birlikte kendisinde bulunan saf enerjisiyle iyileştirme yöntemlerinin çeşitli uygulamalarını içerir. Enerji terapilerinde temel yaklaşım, vücudun moleküler düzenlenişini çözümleyerek tedavi etmektir.[40]

Enerji terapileri bireyi beden-zihin-ruh anlamında bir bütün olarak değerlendirme, yaşamı ve bireyi birbirini etkileyen bütünün ögeleri şeklinde algılama temeline dayanmaktadır. Bu bakımdan hemşirelik bakımının amacına yakın benzerlik göstermektedir. Enerji terapilerinin hemşirelikte kullanımı, Florence Nightingale'in bütüncül hemşirelik felsefesine dayanmaktadır. Bu felsefe, Martha Rogers ve Jean Watson gibi modern hemşire liderler tarafından da kabul görerek bir kavramsal çatı oluşturulmuştur. Hemşire teorisyenler, çevresel enerji alanları ile insana ait enerji alanları arasında bir etkileşim bulunduğunu belirtmiş ve hemşirelik eğitimi boyunca ve eğitimden sonra tüm uygulama alanlarında enerji çevrelerine de yer verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.[40,41]

Hemşirelik uygulamalarında yer alan enerji terapilerinden biri olan reiki; iyilik hâlinin korunması, yükseltilmesi, sağlıklı yaşlanmanın sağlanması ve bazı sağlıktan sapma durumlarının sağaltılmasına katkıda bulunan iyileştirici terapilerdendir ve noninvaziv olarak eller ile uygulanmaktadır. Reiki, "Rei" ve "Ki" sözcüklerinden oluşan, Kanji Japoncası kökenli bir sözcüktür. Rei sözcüğü sözlükte "Her yerde var olan"; Ki ise "Ruhsal yaşam enerjisi" anlamındadır.[42] Reiki, antik çağlardan bu yana hemen hemen tüm kültürlerde kabul edilen bir yöntem olan eller aracılığıyla kişinin kendisini ya da bir başkasını şifalandırma uygulamalarından biridir. Oldukça eski tarihine rağmen, Japon Dr. Usui tarafından Sanskrit yazıtlarında yeniden keşfedilmiş ve kullanılmaya başlanmış, 1980'li yıllarda ise tüm Avrupa'da uygulanan bir şifa yöntemi hâline gelmiştir.[43] Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Tıp Merkezi, reikiyi, uygulayan kişinin ellerinden alıcının vücuduna yayılarak doğal enerji akışının yeniden dengelemesi ve bedenin kendi kendini iyileştirme yeteneğinin artmasına yardım eden enerji bazlı bir dokunma terapisi olarak tanımlamaktadır.[44]

Reikinin amacı, insan bedeninde doğal olarak bulunan enerjinin akışını düzenlemek ve dengelemektir. Bu amacın temeli, reikinin köken aldığı Doğu ülkelerinde sağlıktan sapma durumlarının enerjisel uyumsuzluk, enerji akışının durağanlaşması ya da enerji kanallarının tıkanması prensibine dayanmaktadır. Reikide enerji, uygulayanın ellerinden alıcının enerji alanlarına doğru akar ve fizik bedende enerji seviyesini artırır. Reiki eğitimini almış kişiler tarafından uygulanan reiki terapisi, çakralara 3-5 dk dokunmak/yakın temas/uzaktan gönderim suretiyle 30-60 dk arasında sürmektedir. Uygulama, alıcı ya da verici için enerji kaybına yol açmamakla birlikte, uygulayıcı evrenden kişi bedenine akan enerjiye yalnızca bir kanal konumundadır.[40,43]

Reiki, uygulayıcı olmak isteyen kişiye bir reiki eğitmeninin uyumlama (inisiasyon) 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 3 seviyeden oluşmaktadır. Japonya'da Shoden olarak adlandırılan ilk seviyede, uygulayıcıya inisiasyonun yanı sıra reikinin tarihi, çalışma prensibi, etkili olduğu yaşam alanları ile ellerin reiki uygulaması esnasında nasıl kullanılacağı öğretilir. Okden olarak adlandırılan 2. seviyede, uzaktan reiki enerjisi gönderimi ile ilişkili teknikler, uyumlama ve semboller öğretilirken; Shinpiden adlı 3. seviyede, uygulayıcının reiki eğitmeni olabilmesi için gerekli bilgiler ile inisiasyon yöntemi öğretilmektedir. Birinci seviye reiki uygulayıcısı eller ile çakralar ya da yakınındaki bölgelere dokunmak ya da elleri birkaç santimetre yukarıda tutmak suretiyle terapi uygularken, 2 ve 3. seviyedeki uygulayıcı uzaktan gönderim yoluyla da reiki enerjisi verebilir. Uygulamalar esnasında kişi rahatlamış, sırtüstü uzanır pozisyonda ya da yarı oturur şekilde olabilir. Reiki; kıyafetler, örtüler ve katı maddeler üzerinden de etki edeceğinden kişinin soyunmuş olmasına ya da özellikli giyinmesine gerek yoktur. Uygulama boyunca ne verici ne de alıcı meditasyondaki gibi odaklanmak zorunda değildir. Reiki uygulamasındaki önemli nokta, hem dokunularak ya-

pılacak uygulamada hem de uzaktan gönderimde alıcının reiki verileceğinden haberdar edilmesi, rızasının olması ve verici gibi kendisinin de reiki için özel bir niyet etmesi gerekmektedir. Birinci seviyedeki bir uygulamaya aura düzeltilerek başlanır, kişinin ihtiyacı temel alınarak en az 30 dk sürecek şekilde sürdürülür. Reiki çakra eşitlemesi ile sonlandırılır. Böylece vücuttaki enerji dengelenmiş olur. Uygulama boyunca alıcı rahatlama hissi, uyuklama, karıncalanma, sıcaklık ve yenilenme hissedebilir. İkinci düzey uygulamada ise (uzaktan enerji gönderimi) reiki 4 gün boyunca ve her bir uygulama 15-20 dk olacak şekilde ya da tek uygulama 45-60 dk sürecek şekilde yapılmalıdır.[43,45]

Enerji vücut üzerindeki 7 çakra aracılığıyla bedene girer. Çakraların her biri böbrek üstü bezleri, overler, testisler, prostat bezi, pankreas, timüs, tiroid, hipofiz ve epifiz gibi önemli salgı bezlerine bağlıdır ve bulundukları bölgedeki önemli organlarla iş birliği hâlinde çalışmaktadır. Çakralar frekansı farklı enerjilerin bedene giriş merkezidir. Merkezlerden giren enerji, vücutta yaşam enerjisini (Ki) dolaştırır ve enerji akışını dengeler. Çakralar salgı bezleri ve komşuluğundaki organlar ile birlikte çalışarak enerji dengesini ayarlarlar. Çakralardan bedene girmesi gereken enerji kanalında oluşan bir tıkanıklık, vücutta bulunan toplam enerji miktarını azalttığından, çakralara bağlı bulunan organın beslenmesi güç hâle gelir. Bedende, ruhta ya da spiritual alanda hastalık olarak adlandırılan uyumsuzluk hâli, bahsedilen enerji akışının aksaması sonucu hissedilir.[43,46]

BAKIM VERİCİ STRESİNİN YÖNETİMİNDE REİKİ ENERJİ TERAPİSİ

Bakım vericiler için ulaşılması kolay, maliyetsiz, yan etkisiz, uygulamada zahmetsiz ve invaziv olmayan reiki, son zamanlarda stresin ve anksiyetenin azaltılmasında yoğunlukla tercih edilen bir enerji terapisidir. Yapılan çalışmalar, reikinin kanser tedavisi, kardiyovasküler hastalıkların semptomları, akut ya da kronik ağrı, infertiliteye ilişkin sağlık sorunları, nörodejeneratif bozukluklar, AIDS, otizm ve gelişimsel bozukluklar, Crohn hastalığı, irritabl bağırsak sendromu, travmatik beyin yaralanması, yorgunluk gibi organik sorunların yanında; anksiyete, depresyon, korku ve stres gibi emosyonel bozuklukların yan etkisiz ve ekonomik olarak tedavi edilmesinde etkili olduğunu göstermiştir.[47-49] Mackay ve ark., reiki uygulanan, girişimsiz ve plasebo gruplarının bulunduğu randomize kontrollü çalışmalarında, otonom sinir sistemi düzensizliği ve kardiyak bozukluk tanısı almış bireylere 30 dk boyunca uygulanan reikinin uygulama grubunda diğer gruplara kıyasla diyastolik kan basıncı ve nabız hızında önemli ölçüde düşüşe neden olduğunu saptamışlardır.[48] Díaz-Rodríguez ve ark. tükenmişlik sendromu tanısı alan hemşirelere 30 dk süren tek seanslık ve dokunarak reiki uyguladıkları kontrol gruplu çalışmalarında, uygulama grubundaki hemşirelerin immünglobulin-A seviyelerinde kontrol grubuna göre artış gözlerken, diyastolik kan basınçlarında ise azalma olduğunu saptamışlardır.[50] Diğer taraftan Siegel ve ark., kemoterapi uygulanan bireylerle çalıştıkları kontrol gruplu araştırmalarında, 4 gün 30 dk süre ile dokunarak reiki uygulanan grupta bulantı, ağrı, yorgunluk, anksiyete ve stres gibi tedavi ile ilişkili semptomların kontrol grubuna göre klinik olarak önemli ölçüde az deneyimlendiğini, fakat etkinin istatistiksel olarak farklılık ortaya koymadığını belirtmişlerdir.[51] Koroner arter baypas greft operasyonu sonrası safen ven insizyon bölgesindeki ağrıyı azaltmada reikinin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, insizyon bölgesine 9 dk boyunca uzaktan reiki uygulanan gruptaki hastalar rahatlama hissettiklerini ifade etmişler, ancak ağrı skoru ortalamaları bakımından reiki ve sham reiki grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadığı ortaya konmuştur.[52]

Reikinin depresyon ve algılanan stres düzeyi üzerindeki etkilerinin incelendiği bir çalışmada, 6 haftalık reiki terapi sürecinin ardından stres semptomlarının belirgin şekilde azaldığı vurgulanmıştır. Çalışma, aynı zamanda, sonuçların uzun vadede devam ettiğini ve semptom farklılıklarının 1 yıl sonra da sürdüğünü ortaya koymuştur.[53] Masaj, dinlenme ve reikinin girişimsiz kontrol grubuna göre stresi azaltmadaki etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, 4 hafta boyunca haftada 2 kez reiki ve masajın uygulandığı gruplarda girişimsiz kontrol grubuna göre daha az stres düzeyi bildirilmiştir.[54] Bakım verici tükenmişliği ile ilgili olarak, reikinin sağlık çalışanlarında da tükenmişlik ve stres semptomlarında etkili olduğu belirtilmiştir. Bu konuya ilişkin yapılan bir araştırmada, reiki oturumlarında, reikinin tedaviye

katılanların parasempatik sinir sistemini etkilediğini gösteren fizyolojik bulgular tespit edilmiştir. Araştırmacılar, bu bulguların ışığında reikinin, bakım veren popülasyonunda rahatlamayı teşvik ederek stresi azaltabileceğini belirtmişlerdir.[50]

Reiki ilgili yapılan çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde; reiki uygulama süresi ve sıklığında değişiklikler olduğu, önerilen şekilde uygulamaların yapılmadığı, çalışma metodolojilerinde ve raporlamada eksiklikler olduğu ve iyi planlanmış çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

SONUÇ

Kronik hastalıkların sıklığının arttığı günümüzde, informal bakım vericilere olan ihtiyaç giderek fazlalaşmaktadır. Şüphesiz kronik hastalıklı bireyin bakım kalitesinin artması kendisinin bakımından sorumlu kişinin fiziksel, psikolojik ve spiritüel alanlardaki yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Bakım vericiler için tasarlanan diğer müdahalelerin yanında reiki; yan etkisiz, maliyetsiz, doğrudan ve kolay uygulanma gibi özellikleriyle bakım vericilerin stresini azaltmada güvenle uygulanabilir. Hemşirelik bakımının temel amacı, bireyin biyopsikososyal iyilik hâlini korumak ve artırmaktır. Bu amaç doğrultusunda, gerek evde bakım hizmetleri kapsamında gerekse klinik ortamda hastalara ve bakım verenlere hemşireler tarafından uygulanacak reiki, hemşirelere bakım olanaklarını basit, güvenli ve invaziv olmayan bir şekilde sürdürme kolaylığı sağlayabilir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: *Ulviye Özcan Yüce, Sultan Taşcı;* ***Tasarım:*** *Ulviye Özcan Yüce;* ***Denetleme/Danışmanlık:*** *Sultan Taşcı;* ***Veri Toplama ve/veya İşleme:*** *Ulviye Özcan Yüce, Sultan Taşcı;* ***Analiz ve/veya Yorum:*** *Sultan Taşcı, Ulviye Özcan Yüce;* ***Kaynak Taraması:*** *Ulviye Özcan Yüce;* ***Makalenin Yazımı:*** *Ulviye Özcan Yüce;* ***Eleştirel İnceleme:*** *Sultan Taşcı.*

KAYNAKLAR

1. Yakar HK, Pınar R. [Evaluation of quality of life and factors affecting quality of life of family members caring for cancer patients]. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2013;15(2):1-16.
2. 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. [Crossref] [PubMed] [PMC]
3. Kaynar GÖ, Vural F. Assessment of the caregiver burden of caregivers of colorectal cancer patients. Turk J Colorectal Dis. 2018;28:164-71. [Crossref]
4. Orak OS, Sezgin S. [Caregiver burden in family members of cancer patients]. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2015;6(1):33-9.
5. Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. [Determine burden care for caregivers of cancer patients receiving chemotherapy]. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;12:2.
6. Özdemir Ü, Taşcı S, Kartın P, Çürük GN, Nemli A, Karaca H. [Functional status of chemotherapy receiving individuals and caregiver burden]. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017;1(4):49-67.
7. 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):216-25.
8. Türk Dil Kurumu. [Link]
9. Dinç L. [The concept of caring and its' moral component]. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010;74-82.
10. Bastawrous G. Caregiver burden--a critical discussion. Int J Nurs Stud. 2013;50(3):431-41. PMID: 23131724. [Crossref] [PubMed]
11. Blum K, Sherman DW. Understanding the experince of caregivers: a focus on transitions. Semin Oncol Nurs. 2010;26(4):243-58. [Crossref] [PubMed]
12. 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. p.4.
13. Avşar U, Avşar UZ, Cansever Z, Set T, Cankaya E, Kaya A, et al. Psychological and emotional status, and caregiver burden in caregivers of patients with peritoneal dialysis compared with caregivers of patients with renal transplantation. Transplant Proc. 2013;45(3):883-6. [Crossref] [PubMed]
14. Gel KT, Kesgin MT. [Nurses' opinions on the care burden of ınformal caregivers]. Anadolu Hem ve Sağ Bil Derg. 2017;20(4):267-78.
15. Honea NJ, Brintnall R, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, et al. Putting evidence into practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. Clin J Oncol Nurs. 2008;12(3):507-16. [Crossref] [PubMed]

16. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20(6): 649-55. [Crossref] [PubMed]
17. Özdemir FK, Şahin ZA, Küçük D. [Determination of burden cares for mothers having children with cancer]. Yeni Tıp Dergisi. 2009;26: 153-8.
18. Yıldırım S, Yalçıner N, Güler C. Caregiver burden in chronic mental illness: a systematic review. Journal of Psychiatric Nursing. 2017;8(3):165-71. [Crossref]
19. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. [The burden of caregivers in chronic diseases]. Current Approaches in Psychiatry. 2011;3(3):513-52. [Crossref]
20. Tanrıverdi G. [Chronic disease burden for caregivers]. Ovayolu N, Ovayolu Ö, editörler. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. 1. Baskı. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi; 2016. p.636-43.
21. Hoenig J, Hamilton MW. Elderly psychiatric patients and the burden on the household. Psychiatr Neurol (Basel). 1966;152(5):281-93. [Crossref] [PubMed]
22. Arslantaş H, Adana F. [The burden of schizophrenia on caregivers]. Current Approaches in Psychiatry. 2011;3(2):251-77.
23. Raj EA, Jangam KV. Subjective burden, psychological distress, and perceived social support among caregivers of persons with schizophrenia. Indian J Soc Psychiatry. 2016;32(1):42-9. [Crossref]
24. Arslantaş H. [Burden and coping strategies of psyhiatric patients' caregivers]. Turkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2018;4(1):39-47.
25. Awad AG, Voruganti LN. The burden schizophrenia on caregivers: a review. Pharmacoeconomics. 2008;26(2):149-62. [Crossref] [PubMed]
26. Kim D. Relationships between caregiving stress, depression, and self-esteem in family caregivers of adults with a disability. Occup Ther Int. 2017;2017:1686143. [Crossref] [PubMed] [PMC]
27. Johnson Wright L, Afari N, Zautra A. The illness uncertainty concept: a review. Curr Pain Headache Rep. 2009;13(2):133-8. [Crossref] [PubMed]
28. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs. 2008;108(9 Suppl):23-7. [Crossref] [PubMed] [PMC]
29. Bevans MF, Sternberg EM. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. JAMA. 2012;307(4):398-403. [Crossref] [PubMed] [PMC]
30. Nijm J, Jonasson L. Inflammation and cortisol response in coronary artery disease. Ann Med. 2009;41(3):224-33. [Crossref] [PubMed]
31. 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. [Crossref] [PubMed]
32. 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):317-39. [Crossref] [PubMed] [PMC]
33. Beatty LJ, Koczwara B, Rice J, Wadw TD. A randomised controlled trial to evaluate the effects of a self-help workbook intervention on distress, coping and QOL after breast cancer diagnosis. Med J Aust. 2010;193(5):S68-73. [Crossref] [PubMed]
34. Lambert S, Girgis A, Chambers SK. Coping-together: development and pilot testing of a self-directed coping skills intervention for patients-primary support person dyads. Psycho-oncology. 2010;19:59.
35. Lambert SD, Girgis A, Turner J, McElduff P, Kayser K, Vallentine P. A pilot randomized controlled trial of the feasibility of a self-directed coping skills intervention for couples facing prostate cancer: Rationale and design. Health Qual Life Outcomes. 2012;10(1):119. [Crossref] [PubMed] [PMC]
36. Korn L, Logsdon RG, Polissar NL, Gomez-Beloz A, Waters T, Rÿser R. A randomized trial of a CAM therapy for stress reduction in American Indian and Alaskan native family caregivers. Gerontologist. 2009;49(3):368-77. [Crossref] [PubMed] [PMC]
37. 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. Teach Learn Med. 2016;28(2):219-28. [Crossref] [PubMed]
38. Schwind JK, McCay E, Beanlands H, Schindel Martin L, Martin J, Binder M. Mindfulness practice as a teaching-learning strategy in higher education: a qualitative exploratory pilot study. Nurse Educ Today. 2017;50:92-6. [Crossref] [PubMed]
39. Post-White J, Ndao DH. Mind-body medicine. In: Längler A, Mansky PJ, Seifert, eds. Integrative Pediatric Oncology. 1st ed. Germany: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2012. p.95. [Crossref]
40. Schnepper L. Energy therapies. Cancer Network Home of the Journal Oncology. 2010;(24):27.
41. Fazzino DL, Griffin MT, McNulty RS, Fitzpatrick JJ. Energy healing and pain. Holist Nurs Pract. 2010;24(2):79-88. [Crossref] [PubMed]
42. Ateş E, Ateş R. Geleceğimiz Ellerimizin Arasında-Reiki ile Türkiye'de Büyük Dönüşüm. 2. Baskı. İstanbul: Dharma Yayınları; 2002. p.13.
43. Omay G. Evrensel Yaşam Enerjisi Reiki. 4. Baskı. Ankara: Reiki Evi Yayınları; 2003. p.14-38.
44. National Center for Complementary and Integrative Health. [Link]
45. Stein D. Essential Reiki: A Complete Guide to an Ancient Healing Art. 1st ed. USA: Crossing Press; 1995. p.156.
46. Erdoğan Z, Çınar S. [Reiki: an ancient healing art-modern nursing practice]. Kafkas J Med Sci. 2011;1(2):86-9. [Crossref]
47. Williams AM, Davies A, Griffiths G. Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. Int J Nurs Pract. 2009;(15):145-55. [Crossref] [PubMed]
48. Mackay N, Hansen S, McFarlane O. Autonomic nervous system changes during reiki treatment: a preliminary study. J Altern Complement Med. 2004;10(6):1077-81. [Crossref] [PubMed]
49. Baldwin AL, Wagers C, Schwartz GE. Reiki improves hearts rate homeostasis in laboratory rats. J Altern Complement Med. 2008;14(4):417-22. [Crossref] [PubMed]
50. Díaz-Rodríguez L, Arroyo-Morales M, Cantarero-Villanueva I, Férnandez-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. Biol Res Nurs. 2011;13(4):376-82. [PubMed]
51. 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):174-82. [Crossref] [PubMed]
52. Shaybak E. Effects of Reiki energy therapy on saphenous vein incision pain: a randomized clinical trial structure. Der Pharmacy Lettre. 2017;9(1):100-9.
53. Shore AG. Long-term effects of energetic healing on symptoms os psychological depression and self-perceived stres. Altern Ther Health Med. 2004;10(3):42-8. [PubMed]
54. Kurebayashi LF, Turrini RN, Souza TP, Takiguchi RS, Kuba G, Naguma MT. Massage and reiki used to reduce stress and anxiety: randomized clinical trial. Rev Lat Am Enfermagem. 2016;24:e2834. [Crossref] [PubMed] [PMC]