

T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARA
YATIŞ SÜRECİNDE UYGULANAN UĞRAŞI TERAPİSİNİN
ANKSİYETE DEPRESYON BELİRTİLERİ VE UYKU KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

GÜLÇİN SERTBAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Öğr. Gör. Dr. Elif OK

İkinci Tez Danışmanı

Prof. Dr. Vesile ÜNVER

İSTANBUL-2021



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARA
YATIŞ SÜRECİNDE UYGULANAN UĞRAŞI TERAPİSİNİN
ANKSİYETE DEPRESYON BELİRTİLERİ VE UYKU KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

GÜLÇİN SERTBAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Öğr. Gör. Dr. Elif OK

İkinci Tez Danışmanı

Prof. Dr. Vesile ÜNVER

İSTANBUL-2021

BEYAN

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

30/12/2020

Gülçin Sertbaş

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Bilimsel ve akademik düşünme becerisi kazanmamı sağlayan, yüksek lisans eğitimim boyunca yetişmemde büyük emekleri olan, her zaman ilgisini gördüğüm, özellikle tez döneminde, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, desteğini hiç esirgemeyen, bireysel ve akademik bakış açımı zenginleştiren sayın hocalarım Öğr. Gör. Dr. Elif Ok ve Prof. Dr. Vesile Ünver'e, araştırmanın izni ve uygulanabilmesinde yardımcı olan Acıbadem Altunizade Hastanesi yöneticileri ve tüm personeline, hayatım boyunca sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen minnettar olduğum annem ve kardeşime, aldığım her kararı destekleyen, sabır, anlayış ve sonsuz destekleri için sevgili eşime, desteğini esirgemeyen klinik sorumlu hemşirem Seçkin Erdal'a, çalışmaya katılan bütün hastalara içtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| BEYAN..... | iii |
| ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR..... | iv |
| İÇİNDEKİLER | v |
| KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ..... | viii |
| ŞEKİLLER LİSTESİ..... | ix |
| TABLolar LİSTESİ..... | ix |
| ÖZET..... | 1 |
| SUMMARY | 2 |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 3 |
| 1.1. Amaç ve Kapsam | 3 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 6 |
| 2.1. Kemik İliği Nakli | 6 |
| 2.1.1. Kemik iliği naklinin çeşitleri..... | 6 |
| 2.1.2. Kemik iliği nakli aşamaları | 7 |
| 2.1.3. Kemik iliği nakli sürecinde fizyolojik değişiklikler..... | 9 |
| 2.1.4. Kemik iliği nakli sürecinde yaşanan sorunlar | 10 |
| 2.2. Anksiyete | 11 |
| 2.2.1. Anksiyetenin tanımı ve risk faktörleri..... | 11 |
| 2.2.2. Anksiyete belirtileri..... | 11 |
| 2.2.3. Hastalık ve tedavi sürecinde anksiyete | 12 |
| 2.3. Depresyon | 13 |
| 2.3.1. Depresyonun kuramsal açıklamaları | 13 |
| 2.3.2. Depresyon tanı ölçütleri | 14 |
| 2.3.3. Hastalık ve tedavi sürecinde depresyon | 15 |

| | |
|--|-----------|
| 2.4. Uyku Kavramı | 15 |
| 2.4.1. Uyku | 15 |
| 2.4.2. Uykunun evreleri | 16 |
| 2.4.3. Uyku kalitesi | 17 |
| 2.4.4. Uykusuzluğun sonuçları | 17 |
| 2.4.5. Hastalık ve tedavi sürecinde uyku | 18 |
| 2.5. Uğraş Terapisi ve Kavramsal Açıklamalar | 19 |
| 2.5.1. Uğraş terapisi tanımı ve tarihçesi | 19 |
| 2.5.2. Uğraşı terapi teknikleri | 21 |
| 2.5.3. Uğraşı terapisinin kullanım alanları | 25 |
| 2.5.4. Hemşirelik ve uğraşı terapisi | 26 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 27 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi | 27 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre | 27 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme | 28 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 29 |
| 3.5. Araştırmanın Uygulaması | 30 |
| 3.6. Araştırma Değişkenleri | 32 |
| 3.7. Araştırma Sınırlılıkları | 32 |
| 3.8. Araştırma Verilerinin Analizi | 32 |
| 3.9. Etik Kurulu Onayı | 33 |
| 4. BULGULAR | 35 |
| 5. TARTIŞMA VE SONUÇ | 43 |
| 6. KAYNAKLAR | 49 |
| 7. EKLER | 57 |
| EK 1. Aydınlatılmış Onam Formu Kontrol Grubu | 57 |

| | |
|---|----|
| EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu Deney Grubu | 58 |
| EK 3. Kişisel Bilgi Formu | 59 |
| EK 4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği | 61 |
| EK 5. Uyku Kalitesi VAS ile Değerlendirilmesi | 63 |
| EK 6. Kit Süresince Uyku Günlüğü | 64 |
| EK 7. Atadek Onay Formu | 65 |
| EK 8. Kurum İzin Formu | 66 |
| 8. ÖZGEÇMİŞ | 67 |



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- ALL:** Akut Lenfoblastik Lösemi
- AML:** Akut Myeloid Lösemi
- DSM:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- HAD:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
- KHN:** Kök Hücre Nakli
- KİT:** Kemik İliği Transplantasyonu
- MM:** Multipl Myelom
- NHL:** Non-Hodgkin Lenfoma
- NREM:** Non Rapid Eye Movement
- REM:** Rapid Eye Movement
- VAS:** Visual Analog Skala

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Uygulama akış şeması.....34



TABLolar LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması..... | 35 |
| Tablo 2. Katılımcıların Hastalık ve Tedavi Sürecine Dair Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması..... | 37 |
| Tablo 3. Uğraşı Terapisi Sayı ve Çeşitleri..... | 38 |
| Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubunun HAD Ölçeği Kesme Noktasına Göre Sayı ve Yüzdeleri..... | 39 |
| Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubunun Depresyon ve Anksiyete Ön-Test Son-Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 40 |
| Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubunun Uyku Sürecine İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması..... | 41 |

ÖZET

Bu araştırmanın amacı kemik iliği transplantasyonu yapılan hastalara yatış sürecinde uygulanan uğraşı terapisinin anksiyete, depresyon belirtileri ve uyku kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesidir. Bu çalışma Kasım 2019 – Eylül 2020 tarihleri arasında Acıbadem Altunizade Hastanesi Erişkin Kemik İliği Nakli Ünitesinde yatan hastalarla gerçekleştirildi. Deney grubuna 9 hasta, kontrol grubuna 11 hasta alındı. Veri toplama aracı olarak: Kişisel bilgi formu sadece hastane yatışında olmak üzere, hastane anksiyete ve depresyon ölçeği hastaların hastaneye yattıkları gün ve taburcu olacakları gün dolduruldu. Uyku değerlendirmesi için VAS ile uyku kalitesi ve araştırmacılar tarafından geliştirilen “uyku günlüğü” kullanıldı. Uyku değerlendirmesi için formlar hastaların hastanede kaldığı her gün dolduruldu. Verilerin analizinde; frekans, yüzde, Mann whitney u testi, Kruskal Wallis, Pearson korelasyon analizi, Wilcoxon testi kullanıldı. Uygulama sonunda deney ve kontrol grubu arasında anksiyete, depresyon ve uyku süreci parametrelerinde fark saptanmadı. Ancak deney grubunda yer alan hastaların anksiyete depresyon düzeylerinin azaldığı belirlendi ($p<0,05$). Deney grubu hastalarda uykunun bölünme sayısı ve gece uyanık kalma süresinin azaldığı, uyku kalitesinin arttığı saptandı ($p<0,05$). Çalışmanın sonucunda, kemik iliği nakli sürecinde uygulanan uğraşı terapisinin anksiyete ve depresyon düzeyinde azalma sağlarken uyku kalitesini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir. Kemik iliği nakli sürecinde olan hastaların uygun olan uğraşı terapisine katılımının sağlanması ve bu konuyla ilgili örneklem sayısının daha fazla olduğu çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, Depresyon, Kemik İliği Nakli, Uğraşı Terapisi, Uyku

SUMMARY

Investigation of the Effect of Occupational Therapy on the Symptoms of Anxiety Depression and Sleep Quality Among Bone Marrow Transplantation Patients During Hospitalization

This study aims to determine the effect of occupational therapy applied during hospitalization, on anxiety depression symptoms and sleep quality in patients with bone marrow transplantation. This study was performed with patients hospitalized at the Acibadem Altunizade Hospital Adult Bone Marrow Transplant Unit between November 2019- September 2020. 9 patients were included in the experimental group and 11 patients in the control group. As a data collection tool; The personal information form was completed on the day of hospitalization only. The hospital anxiety and depression scale was completed on the day of hospitalization and the day of discharge. For sleep assessment, sleep quality with VAS and a "sleep diary" developed by the researchers were used. In the analysis of the data; frequency, percentage, mann whitney test, wilcoxon test, kruskal wallis, pearson correlation analysis were used. At the end of the application, there wasn't difference in anxiety, depression and sleep process parameters between the experimental and control groups. However, it was determined that the anxiety and depression levels of the patients in the experimental group decreased, the number of sleep interruptions, the duration of being awake at night decreased and the sleep quality increased. As result of the study, it has been shown that applying occupational therapy during the bone marrow transplantation process provides a decrease in anxiety and depression levels and affects sleep quality positively. It is recommended to ensure that patients undergoing bone marrow transplantation participate in the occupational therapy and conduct studies with larger sample size.

Keywords: Anxiety, Bone Marrow Transplant, Depression, Occupational Therapy, Sleep

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Amaç ve Kapsam

Kemik iliği naklinin kan ve kemik iliği kanserleri üzerinde olumlu etkilerinin yanı sıra olumsuz yan etkilere de neden olur (1, 2). Kemik iliği nakli yapılan hastalarda enfeksiyon en önemli sorunlardan biridir ve enfeksiyon riskini azaltmak için, hasta izolasyonu, çocuklarla sınırlı temas, bazı diyet önlemleri, el hijyeni ve kişisel koruyucu ekipman kullanılması gibi önlemler, fiziksel ve sosyal izolasyon duyguları yaratabilir (1,3). Ayrıca kemik iliği nakli yapılan hastaların yaşamı, hastalık belirtilerinin yarattığı fiziksel ve psikososyal sorunlar, invaziv girişimler, radyoterapi, kemoterapi ve izolasyon nedeniyle olumsuz etkilenmekte ve günlük yaşam aktivitelerini de sınırlandırmaktadır (3, 4).

Bu alanda yapılan araştırmalar doğrultusunda kemik iliği nakli sonrası izolasyon sırasında hastalarda anksiyete depresyon düzeylerinin ve aile ile ilgili sorunların arttığı bildirilmiştir. Tüm bu sorunlar, hastaların hastanede kaldığı süre boyunca fizyolojik semptomları ve psikolojik stres faktörlerini önlemeye yönelik programları oluşturma gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu programlardan biri olan uğraşı terapisi; hastalığın yan etkilerini azaltmada ve fiziksel, duygusal ve ruhsal uygulamalarla kişinin kendini ifade etmesinde yardımcı olur. Literatürde yaratıcı terapilere katılımın, kanser ve diğer kronik hastalıkları olan hastalar için fiziksel sağlık, endişe ve streste iyileşmeler olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Kemik iliği nakli olan hastalarla yapılan araştırmalarda hastaların hastanede yattığı süreçte birçok nedenle uyku kalitesinde azalma olduğu bildirilmiştir. Hastanede yatış sürecinde hastaların %27'sinde ileri derece uykusuzluk ve geri kalan kısmında ise orta seviyede uykusuzluk gözlemlenmiştir. Yapılan farklı araştırmalarda ise nakil sonrası hastaların yarısından fazlasında devam eden uyku bozukluğu, diğer yarısında ise uyku bozukluğu başlangıcı gözlemlenmiştir (3,4).

Uğraşı terapisi sanat disiplinlerini bütünleştirici ve iyileştirici özelliğine sahip olduğu inancı üzerinden temellenmiştir. Kişilerin yaratıcılığını ve üretkenliğini ortaya çıkarırken hem kendi potansiyelinin farkında olma hem de başka kişilerle bir arada olma kapasitesini geliştirerek, kişilerarası ilişkilerin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Kişiler sözlü olarak kendilerini ifade etmekte zorlandıklarında bu disiplinlerini kullanarak kendilerini rahatlıkla ifade edebilirler (5).

Anksiyete, tehlike ya da tehlikenin düşüncesi neticesinde hissedilen kaygı duygusunu kapsayan patolojik bir durum olması nedeniyle, herhangi bir nedene tepki olarak doğan tehlike ya da hissedilen kaygı duygusundan ayrılmaktadır. Anksiyete, yol açtığı sonuçlar itibariyle bedensel ve zihinsel olarak ikiye ayrılmaktadır. Bedensel sonuçlar arasında titreme, ürperme, bel ve sırt ağrısı, kas spazmları, hiperventilasyon, halsizlik, taşikardi, kalp çarpıntısı, aşırı terleme, el ve ayaklarda soğukluk, ağız kuruluğu, sık sık idrara çıkma, yutkunma güçlüğü ve benzeri durumlar yer almaktadır. Zihinsel sonuçlar arasında tehlike ya da tehlike düşüncesi neticesinde hissedilen kaygı duygusu, odaklanamama ya da odaklanmada güçlüğü, uyku problemi ve uykuya dalamama, boğazda düğümlenme hissi ve karında kasılmalar yer almaktadır (6).

Depresyon, kişide yaşama isteğinin ortadan kalktığı, derin bir keder duygusu yaşadığı, geleceğe dair karamsar düşüncelere sahip olduğu, geçmişe dair ise yoğun bir pişmanlık ve suçluluk duygusu ve düşüncesi içinde olduğu, bazı durumlarda özkıyım (suicidal) düşüncesi neticesinde ölümün yaşanabileceği, uyku, cinsel istek ve iştaha dair fizyolojik bozuklukların görüldüğü bir rahatsızlıktır.

Uyku ise anabolik süreçlerin kolaylaştırılması, vücut ısısının düzenlenmesi, bağışıklık sistemi, enerji tasarrufu, hayatta kalma adaptasyonu, uyanıklık süresince üretilen toksinlerin uzaklaştırılması, nöronal sinaptik plastisitenin ve bütünlüğünün desteklenmesi (örneğin beyin gelişimi, restorasyonu, öğrenme ve hafıza) ve tüm nöronal fonksiyonların kolaylaştırılması için önemlidir. Uyku kalitesindeki

bozulmalar kişiyi fiziksel ve psikolojik yönden olumsuz etkileyebilir. Yeterli uyku uyumayan kişilerde yorgunluk, dikkat dağımlıklığı, sinirlilik, iştahsızlık ve ağrı eşiğinde azalma görülebilir. Bunların sonucu olarak yaşam kalitesinde bozulma, iş yaşamı ve sosyal yaşamda bozulma, yaşamı tehdit eden kazalar ortaya çıkar (7,8).

Bu araştırmanın amacı kemik iliği nakli yapılan hastalara hastanede yattığı süre boyunca uygulanan uğraşı terapisinin anksiyete, depresyon ve uyku süreçlerine etkisini değerlendirmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kemik İliği Nakli

Bilinen ilk kök hücre nakil çalışmaları 1939-1940 yılları arasında yapılmıştır. Bu araştırma içerisinde ilk insandan insana kemik iliği nakli 1939 yılında hastalığa yakalanan kişiye, kendisiyle aynı kan grubuna sahip erkek kardeşinden alınarak yapılmıştır (9). Fakat nakil yapılan hasta kurtulamamış böylelikle ilk kemik iliği nakli denemesi başarısızlıkla sonuçlanmıştır. 1949 yılında bu alanda ilk umut vaadeden çalışma Jacopson ve ekibi tarafından duyurulmuş, bu çalışmada dalakları radyoaktif ışınlardan korunan deney hayvanlarının yaşadığı gözlemlenmiştir (10). Dalaktan elde edilen hücreleri, karın kısmının iç zar tarafına göndermişler ve tıpkı dalakta ki gibi bir etki sağladıklarını bildirmişlerdir. Thomas ve Ferrebee (1957) tarafından radyoterapi ile tedavi edilmiş 6 hastaya kemik iliği intravenöz olarak verilmiştir (11). Mathe (1959) kaza sebebiyle radyoaktiviteye maruz kalan ve aplastik anemi tanısı alan hastalara intravenöz kemik iliği infüzyonu gerçekleştirmiştir (12). Klinisyenler, doğumsal ve edinsel olan kemik iliği yetmezliği sendromlarını tedavi etmede faydalanılan kemoterapi ve radyoterapinin ölümcül myeloablatif tesirlerinden hastaları kurtarmak için kemik iliği naklinden yararlanmışlardır ve bununla birlikte kök hücre naklinden (KHN) pek çok hastalığın tedavisinde faydalanılmaya başlanmıştır.

2.1.1. Kemik iliği naklinin çeşitleri

Allojenik kök hücre nakli: Kemik iliği nakli araştırmalarında denenilen ilk yöntem allojenik nakil metodudur fakat bu yöntemin en büyük sıkıntılarının biri verici iliğinin alıcı tarafından reddedilmesi olmuştur. Öte yandan bu farklı tepkimeyle beraber alıcıda graft versus host hastalığını tetiklediği gözlemlenmiştir. 1960'lı yıllarda yer bulan human leukocyte antigen metodu, verici/alıcı çiftleri içerisinde birbirleriyle

uyumlu hücreler başarılı allojenik KHN tedavisinin yolunu açmıştır (13).

Otolog kök hücre nakli: Köpekler üzerinde yapılan deneyler sonucunda kök hücrelerden otolog bir şekilde faydalanabileceği gözlemlenmiştir. 1955 yılında Barnes ve ekibi Polge-Smith-Parkes ismini verdikleri bir yöntem ile kök hücreleri gliserol içerisinde dondurarak saklanmasını ve sonra bu hücreleri çözerek hastalara nakil etmeyi başarmışlardır. Otolog kök hücre naklinden sonra hasta vücudunun çabuk toparlanmasının sebebi olarak 1991 yılında hematopoetik büyüme metotunun kullanılması gösterilmektedir (14).

Periferik kök hücre nakli: Kanda bulunan periferik kök hücreler ile alakalı çalışmalar 1950 yıllarında başlamıştır. Bu çalışmaların amacı yoğun miktarda radyasyon ışınına maruz kalan hücrelerde hematopoetik dokunun korunup korunmadığını gözlemlemek ve dolaşıma katılan kök hücrelerin tekrardan kemik iliğinde popülasyon oluşturup oluşturamadıklarını gözlemlemektir (15).

Kordon kanı kök hücre nakli: Günümüze kadar yapılan çalışmaların içerisinde en efektif kök hücre kaynağı olarak kordon kanı gösterilmektedir. 1970 yılında bu konuda ilk araştırmalar yapılmıştır. Takip eden senelerde Knudtzon ve ekibi, kordon kanında bulunan hücrelerden başarıyla tedavi oluşturmuşlardır (16).

2.1.2. Kemik iliği nakli aşamaları

Kemik iliği nakli; hastaların değerlendirilmesi, mobilizasyon ve kök hücre toplanması, yüksek doz kemoterapi tedavisi, kök hücre nakli ve iyileşme olmak üzere toplam 6 aşamadan oluşmaktadır.

Hastaların değerlendirilmesi: Bu süreçte hastalar 1-2 gün boyunca

gözlemlenmektedir. Bu uygulamanın amacı nakilden önce hastanın klinik verilerini ve laboratuvar verilerini değerlendirmektir.

Mobilizasyon ve kök hücre toplanması: Periferik metot ile kök hücreler donörden aferez isimli işlemle alınır. Bu işlemi yapan cihazla hasta kişinin kanı toplanır ve kök hücreleri ayıklanır. Mobilizasyon ilaçları verilerek azami sayıda kök hücre toplanması hedeflenmektedir. Bu ilaçların amacı kemik iliğindeki hücreleri uyatarak daha fazla üretim sağlanması ve periferik kana daha çok kök hücre katılımını sağlamaktır.

Yüksek doz kemoterapi tedavisi: Kök hücre naklinin sağlanması için hastaya yüksek doz kemoterapi tedavisi uygulanması gerekmektedir. Bu proses yalnızca hasta kişinin bünyesindeki kanser hücrelerini değil, sağlıklı hücreleri de tüketmektedir. Kişinin hastalığının türüne, yaşına ve anamnezine bağlı olarak immün sistem baskılayıcı kemoterapi işlemi gerçekleştirilmektedir.

Kök hücre verilmesi: Hastanın aldığı son kemoterapi seansından 1 veya 2 gün sonra, kök hücre tedavisinin yeniden yapılmasına “Reinfüzyon günü” adı verilir ve bu hasta kişiye kök hücre verilmesinin en uygun zaman dilimi olarak belirtilmektedir.

İyileşme: Engrafman olarak ifade edilen kemik iliği hücrelerinin yenilenmeye başlaması, hastadan alınan örnek verilerle belirlenmekte ve iyileşme bu şekilde gözlemlenmektedir (13,14).

2.1.3. Kemik iliği nakli sürecinde fizyolojik değişiklikler

Bağışıklık sistemi ve enfeksiyonlar: Tedavi sonrası erken evrelerde, sitopeniler immunablasyon ve immunsupresyon en sık rastlanan enfeksiyonlardandır. Kemik iliği naklinden sonraki aşamada bağışıklığın istenilen seviyeye tekrar ulaşması için 1-1,5 senelik bir zaman gerekmektedir.

Gz komplikasyonları: Tedavi veya nakil sonrası geç dönem de göz rahatsızlıkları arasında en sık görünen katarakt ve iskemik mikrovasküler komplikasyonlar olarak sıralanabilir. Oküler sikka sendromu şeklinde adlandırılan konjonktivit ve göz kuruluğu takip etmektedir (14).

Oral komplikasyonlar: Ağız komplikasyonlarının hematopoetik nakil sonrasında en sık gözlemlenen rahatsızlıkların başında geldiği bilinmektedir. Baş ve boyun bölgesine etki eden radyoterapi, uygulanan hastanın yaşı, hastada anemi olup olmadığı risk faktörleri arasındadır (14).

Pulmoner komplikasyonlar: Hematopoetik kök hücre nakli sırasında veya sonrasında gelişen komplikasyonlar içinde pulmoner komplikasyonlar en önemlisi olup çoğu kez yüksek morbidite ve mortalite ile sonuçlanmaktadır (14).

Kardiyovasküler komplikasyonlar: Hematopoetik kök hücre nakli sonrası saç kalanların transplant olmayan kardeşleriyle karşılaştırıldığında kardiyovasküler hastalık insidansı daha yüksek bulunmuştur. HKHN'yi takiben kalp yetmezliği vakalarının çoğu ilk dört yıl içinde meydana gelirken, sekiz yıldan sonra da ortaya çıkabilmektedir. Allojeneik KHN sonrası immunspresiflerin (rn., Siklosporin,takrolimus) ve/veya kortikosteroidlerin uzun süreli kullanımı, hipertansiyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (14).

Hepatik komplikasyonlar: Tedavi sırasında kullanılan ilaçlar, hepatit B, hepatit C ve artan demir yükü yüzünden hematopoetik nakil sonrası ilerleyen evrelerde gözlemlenen hepatik rahatsızlıklarla direkt olarak bağlantılıdır (11). Hasta kişilerin karaciğer değer analizleri kök hücre naklini takip eden ilk 6 ay ve daha sonrasında senede bir olmak üzere takip edilmelidir (15,16).

2.1.4. Kemik iliği nakli sürecinde yaşanan sorunlar

Kemik iliği nakil süreci ve bu süreçte uygulanan yüksek doz kemoterapi, hastalarda fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olmaktadır (17). Bu sebeple, nakil sırasında ve sonrasında yaşanan problemlerin görülme sıklığını azaltmak için hastanın önceden değerlendirilmesi ve bilgilendirilmesi gereklidir. Bu yaklaşımı benimseyerek hemşireler, tedavi sürecini ve sonrası dönemi hastanın yaşam kalitesinin en alt düzeyde etkilenmesini sağlayarak iyi bir tedavi süreci geçirmesini hedeflemelidir (18). Literatürde hastaneye yeni yatan hastaların ne olacağını bilmeme, yabancı bir ortamda bulunma nedeniyle kaygılarının yüksek olduğu belirtilmektedir (19). Ayrıca uygulanan kemoterapiye bağlı bulantı, kusma, saç dökülmesi, kilo kaybı, iştahsızlık gibi fiziksel yan etkiler, kemik iliği baskılanması ve enfeksiyon riskinden dolayı zorunlu izolasyon durumları, psikolojik durumunu daha da kötüleştirmektedir. Tedavi sırasında hastalarda, naklin başarısız olacağı düşüncesi ya da hastalığın tekrarlama korkusu ve uyum problemleri ön plandadır. Bu sebeple de umutsuzluk, uykusuzluk, anoreksi, huzursuzluk, şiddetli anksiyete ve depresyon gözlemlenmektedir (20).

2.2. Anksiyete

2.2.1. Anksiyetenin tanımı ve risk faktörleri

Genel anlamda anksiyete yakın bir tehdidin mevcut olmadığı bir durumda kişide oluşan gerginlik, sinirlilik, endişe ya da rahatsızlık duygusudur. Bu bakımdan ani bir tehlike karşısında vücudun verdiği korku tepkisinden farklılık gösterir. Anksiyete insan vücudunun stres karşısında verdiği doğal bir tepki olup kişiyi dikkatli ve harekete geçmeye hazır olması için uyararak ona faydalı olabilir. Ancak kişideki anksiyete düzeyi fazla olduğunda kontrolü de zor olmaktadır (21).

Araştırmalardan elde edilen veriler hemen hemen tüm anksiyete bozukluklarının kadınlar arasında daha yaygın şekilde görüldüğünü ortaya koymaktadır. Anksiyete bozukluğu bakımından kadınlar ile erkekler arasında bir kıyaslama yapıldığında kadınlarda erkeklerin iki katı oranında görülmektedir (22). Genel olarak genç yaş grubunda daha sık görülmesine rağmen, tıbbi hastalık varlığı ve maddi sorunlar ile bağlantılı olarak yaşlı yetişkinler arasında da anksiyete sıklığında artış görülmektedir. Toplum genelinde yapılan araştırmalar birbiriyle uyumlu şekilde sonuçlar vererek düşük sosyoekonomik yapıya ve düşük eğitim seviyesine sahip olan kesimlerde anksiyete bozukluğunun daha yüksek olduğunu göstermektedir (23).

2.2.2. Anksiyete belirtileri

Anksiyete belirtileri psikolojik, psikosomatik ve fizyolojik belirtiler başlığı altında toplanabilir.

Psikolojik belirtiler: Kontrolü kaybetme duygusu, panik, huzursuzluk, üzüntü, endişe, kötü şeyler olacaktıymış hissi, yorgunluk, odaklanma güçlüğü ve dikkatsizlik

şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Psikosomatik belirtiler: Kişide korku ve anksiyete ile ilişkili olarak oluşan bedensel şikayetlerdir. Bunlar, nefes darlığı, göğüs sıkışması, mide bulantısı, baş dönmesi, karın ağrısı, yutkunma güçlüğü, gerginlik ve uyuşukluk gibi fiziksel belirtilerdir.

Fizyolojik belirtiler: Kişinin yaşadığı korku ve anksiyeteye bağlı şekilde belirgin bir biçimde görülen, işlevsellikten bağımsız olan ve normal olmayan fizyolojik hormonal tepkilerdir. Örnekleri arasında sarsılma, terleme, kalp çarpıntısı, titreme ve aşırı hareketlilik bulunmaktadır (6).

2.2.3. Hastalık ve tedavi sürecinde anksiyete

Tıbbi hastalık varlığı birçok psikiyatrik bozukluğa da sebep olmaktadır. En sık bulunan psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyetedir ve bu iki bozukluk çoğunlukla birlikte bulunmaktadır (24,25).

Hematolojik maligniteli hastalarda, kök hücre nakli, hastaların yaşam kalitesini arttıran ve yaşam süresini uzatan ve kür sağlama başarısı olan tedavi yaklaşımlarından biridir. Hastaların iyileşme beklentisini arttırsa da kök hücre nakli hasta ve ailesini sosyal, ekonomik ve psikolojik açıdan etkileyen ve tedavi süreci boyunca pek çok sorunla karşı karşıya kalınmasına neden olan zorlu bir dönemdir (26). Literatürde, nakil sırasında ve sonrası dönemde izolasyonda olan hastaların %41'inde mental bozuklukların geliştiği ve en sık tanımlanan bozuklukların ise anksiyete ve depresyon olduğu belirtilmektedir (27,28,29). Kök hücre nakli, hastaların beden bütünlüğünü ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğinden hastaların kendini güvende hissetme algısını olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca hastaların

izolasyona alınması sonucunda sevdikleriyle görüşememesi ve sürekli yatmak zorunda kalması, hastaların anksiyete düzeyini arttırarak tedavi süreci ile ilgili açıklamaları anlamasını da engelleyebilmektedir (30,31).

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyonun kuramsal açıklamaları

Çalışmanın bu kısmında depresyonu psikolojik açıdan ele alan üç ana başlık; davranışçı, bilişsel ve psikodinamik yöntemler üzerinde durulacaktır.

2.3.1.1. Psikodinamik yaklaşım

Bu kavrama göre depresyonun ana sebepleri erken çocukluk evresinde kişinin yaşadığı olaylara göre değişkenlik gösterebilir. Özellikle bu evrede olan anne baba kaybı, depresyonu tetikleyen en önemli unsurdur (32). Anne baba kaybı kişide bir sevgi objesi eksikliğine ve ilerleyen dönemlerde benlik saygısı oluştururken bir idol eksikliği yaşanacağından depresyonu tetikleyen açıklayıcılardan görülmektedir (31). Bu alanda bahsedilen çoğu teori bebeklik evresinin hayati önemini vurgulamaktadır. Özetlemek gerekirse, bebeklik döneminde gerçekleşmiş birbirinden farklı sıkıntılar kişiyi yetişkinlik çağında depresyona elverişli hale getirmektedir (33).

2.3.1.2. Davranışçı yaklaşım

Bu yaklaşım türünde kişinin depresyonunu açıklarken çevresel faktörlere odaklanılır. Davranışçı yaklaşım, psikodinamik yaklaşımdaki gibi kişinin içsel yolculuğu değil, kişinin sosyal çevresiyle olan iletişiminin yansımasıdır (34). İlk kez

depresyon kavramını Skinner (1953) ortaya atmıştır. Bu kavram etrafında şekillenen davranışçı kuramda, kişinin yeterli düzeyde sosyal çevresinin olmaması depresyonun en önemli tanımlayıcısı olarak yer almaktadır (35).

2.3.1.3. Bilişsel yaklaşım

Bilişsel yaklaşım içinde yer alan metotların hepsi depresyona açıklama getirirken belli bir bilişsel proseslerin önemine vurgu yapar. Bilişsel metotlar içerisinde yer alan, uyumsuz inançlar, eleştiriye maruz kalma, ortamdaki odak noktanın bir anda kişinin kendisi olması, problem çözerken başarılı olamama, sosyal çevrede tutunamama gibi unsurların tamamı depresyonun tetiklenmesinde ve devamında etkili olduğunu gözlemlenmektedir (36). Bu alanda bilişsel yaklaşımı temel alan modeller arasında en çok kullanılan tedavi yöntemleri arasında Ellis'in bilişsel hatalar modeli (37), Seligmanın öğrenilmiş çaresizlik modeli ve en sonunda da Beck'in bilişsel bozukluk modeli yer almaktadır (38).

2.3.2. Depresyon tanı ölçütleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2012 yılında yapmış olduğu tanıma göre depresyon; üzüntü, keder ve kişinin eskiden ilgi duyduğu ve zevk aldığı durumlardan zevk almamasını içeren duygu durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu belirtilere ek olarak, keyif almama ile dikkat kapasitesinde azalma ve çabuk pes etme de depresyon belirtileri arasındadır. Uyku ve iştah düzeninde bozulmaların yanı sıra güven eksikliği ve kendine güven duygusunda azalma gözlemlenir. Bu durumlardan dolayı suçluluk ve değersiz hissetme gibi duygu ve düşünceler eşlik eder. Bu semptomların azlığına veya çokluğuna göre depresyon evreleri, hafif, orta ve ağır olarak tanımlanabilir (39). Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre mental bozuklukları açıklama hedefiyle kullandığı ana sistem olan DSM-5'e göre ağır depresyon, major depresyon semptomları başlığı altında tanımlanmıştır (40).

2.3.3. Hastalık ve tedavi sürecinde depresyon

Tıbbi hastalıklar hem yaşam kalitesini düşürmekte hem de doğrudan biyolojik etkiyle depresyona neden olabilmektedir. Bazı hastalıklar da işlevsel kısıtlılığa neden olarak hastaları depresyona itebilmektedir (41). Yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip kişilerde, depresyon ve anksiyete görülme oranının kronik hastalığı olmayan kişilere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (42). Ayrıca kronik hastalığa sahip kişilerde depresyon varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. Hematopoetik kök hücre nakli sürecindeki hastalarda ise hafif düzeyden, panik derecesine varabilen anksiyete ve depresyon duygusu ile birlikte çaresizlik, bitkinlik, bağımlılık duygularını da yoğun olarak görülmektedir (43).

2.4. Uyku Kavramı

2.4.1. Uyku

Uykunun tanımı; Stres ve sorumluluklardan bir süreliğine uzak kalınan, zihin ve bedeni yenilemek amacıyla yapılan bir rahatlama olarak yapılmıştır (44). Uyku temel fiziksel bir gerekliliktir (45). İnsan hayatının üçte biri, günün 8 saati, yılın 2920 saati uykuda geçirilir (46). Uyku, pasif bir süreç değildir, aksine aktif bir süreçtir. Değişik nöron grupları uyku tarafından etkilenir ve uykunun düzenlenmiş bir işlevi vardır. Uyku en iyi dinlenme yöntemi olarak görülmektedir. Kişi düzenli bir uykuya sahip olmadığında vücut ertesi gün için hazır olamaz (47,48). Uyku kişilerin verimliliğini, üretkenliğini, hafızalarını, odaklanmalarını etkiler. Başka bir söylem ile uyku bilişsel işlevleri etkilemektedir (46).

Uyku gereksinimi kişiden kişiye göre farklılık gösteren bir olgudur. Uyku ihtiyacı kişilerde bazı faktörlere göre değişim göstermektedir. Beslenme

alışkanlıkları, sağlık durumu, cinsiyet, yaş, çevresel etkenler ve kişisel özellikler uyku ihtiyacını etkilemektedir (7,8).

Çocuklarda gelişmenin temel bir unsurudur ve yeterli bir uyku ve dinlenme çocuklarda gelişimsel işlevlerin tam olarak gerçekleşmesi için gereklidir (49,50). Uyku kişilerin verimliliğini, üretkenliğini, hafızalarını, odaklanmalarını etkiler. Başka bir söylem ile uyku bilişsel işlevleri etkilemektedir (46).

2.4.2. Uykunun evreleri

Uyku iki farklı evreden oluşmaktadır; bu evreler Rapid Eye Movement (REM) ve Non Rapid Eye Movement (NREM) dönemleridir. REM evresinde hızlı göz hareketleri vardır ve uykunun %20'lik bölümünü kapsar. NREM evresinde ise hızlı göz hareketleri yoktur ve uykunun %80'ini kapsar.

Uyku NREM dönemi ile başlar ve bu döneme yavaş uyku da denilmektedir (51). Uyku kişiyi fiziksel olarak bu dönemde dinlendirmektedir ve büyüme hormonu da bu dönemde salgılanmaktadır (52,53). NREM uykusunun ilk iki evresinde kişi yüzeysel bir uykudadır. Üçüncü ve dördüncü evresinde ise kişi derin uykudadır. NREM döneminde, kas tonusunda azalma vardır ve bu dönemde göz hareketleri görülmez (54).

Uykunun başlamasından 90 dakika sonrasında kişi ilk REM evresine geçmektedir. Bir gecede yaklaşık 3 ile 5 arasında REM dönemi olmaktadır. Bu sayı uyku süresine ve yaşa göre değişebilmektedir. REM uykusu, kişiyi psikolojik ve fiziksel olarak rahatlatmanın yanı sıra, problem çözme becerileri de geliştirmektedir (55).

2.4.3. Uyku kalitesi

Uyku kalitesi objektif olarak ölçülmesi ve tanımı zor olan bir kavramdır. Bir kişinin uykudan uyandıktan sonra kendisini enerjik ve yeni güne hazır hissetmesi o kişinin uyku kalitesinin yüksek olduğunu gösterir. Yetişkin kişilerin %15-35'lik bir bölümünde uykuyla alakalı bir bozulma olduğu bulunmuştur. Bozulmalar, çoğunlukla uyku kalitesi ile ilişkilidir (56,57,58).

Uyku kalitesi, cinsiyet, ilaç kullanımı, yaş, bilişsel durum, anksiyete, depresif belirtiler, uyku alışkanlıkları, müzik, ağrı, çevresel etkenler gibi faktörlerden etkilenmektedir (59). Uyku kalitesindeki bir bozulma kişilerin duygularında, motivasyonlarında ve düşüncelerinde de bozulmaya neden olmaktadır (60,61). Yeterli uyuyamayan kişilerde, yorgunluk, dikkat bozukluğu, varsanımlar, irritabilite, kafa karışıklığı, fiziksel, duygusal ve bilişsel çökkünlük gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (62).

2.4.4. Uykusuzluğun sonuçları

Uykusuzluk, uykuya dalma ve uykuyu sürdürme işlemlerinin birisini veya ikisi birden içeren bir bozulmadır. Uykusuzluk; bitkinliğe, odaklanmada güçlüğüne yol açabilmektedir. Ayrıca, uykusuzluğun başka sonuçları olarak; kişinin sinirli ve huysuz olması, çökkün ve mutsuz olmasına sebep olabilmektedir. Uykusuzluk kişinin aile, sosyal ve iş hayatına zarar verebilmektedir. Uykusuzluk, oryantasyon ve bellek sorunlarına da sebep olabilmektedir (63).

Uyku ile ilgili olan problemlerle neredeyse her hastalıkta karşılaşılabilir. Uyku nedeniyle kişilerde; mesleki performans, sosyal ve bilişsel işlevler ve yaşam kalitesinde azalma gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bu gibi sonuçlar, uyku

problemleri ile ciddi olarak ilgilenilmesi gerektirdiğini düşündürmektedir (64).

Uykusuzluk uzun süreli bir rahatsızlık haline geldiğinde, kişilerin hastalık eşiğini düşürüp daha sık fiziksel rahatsızlıklara yakalanmalarına sebep olabilmektedir. Uykusuzluğun yaşam süresini azalttığını savunan çalışmalar da bulunmaktadır (64).

2.4.5. Hastalık ve tedavi sürecinde uyku

Tıbbi hastalık varlığı, fizyolojik ve psikolojik etkileri nedeniyle uyku problemlerine neden olabilmektedir. Onkolojik hastalıklar, gastrit, ülser, kardiyovasküler hastalıklar, tiroid hastalıkları, diyabet, solunum sistemi hastalıkları, ruhsal hastalıklar, ağrı ve anksiyete gibi durumlar uykuya dalmayı ve uykuyu sürdürmeyi güçleştirmekte, gece sık sık uyanma, sabah erken kalkma ve gün içinde uyuklamaya neden olmaktadır (65,66).

Kemik iliği nakli yapılan hastalarda da görülen önemli sorunlardan biri uyku kalitesinin bozulmasıdır. Nakil sonrası hastaların önemli bir kısmının uyku sorunları yaşadığını ve özellikle nakilden sonraki ilk 100 günde görüldüğünü belirten çalışmalar vardır. Uyku hastanın yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olduğundan hastaların yaşam kalitesinin korunması, geliştirilmesi, iyileştirilmesi önem taşımaktadır (67).

2.5. Uğraş Terapisi ve Kavramsal Açıklamalar

2.5.1. Uğraş terapisi tanımı ve tarihçesi

Uğraş terapisi, İngilizce'de 'occupational therapy' Avrupa dillerinde ergotherapy olarak geçmektedir. Ergoterapi Yunancadan gelmektedir. Ergo kelimesi, iş, uğraş, beceri, davranış anlamına gelirken therapy iyileşme, bakım anlamına gelmektedir (5). Uğraşı Terapisi, Dünya İş ve Uğraşı Federasyonu'na göre iş ve uğraşı aktiviteleri yoluyla kişilerin sağlık, iyilik halinin sağlanması ve devam ettirilmesi olarak tanımlanır.

İş uğraşı terapisi sağlığı iyileştirmek ve sürdürmek, patolojiyi azaltmak ve düzeltmek için kişinin belirlenen aktivite ve görevlerde performansını düzeltme, güçlendirme ve arttırmaya, adaptasyon ve üretkenlik için gerekli beceri ve fonksiyonları öğrenmeye katılımını sağlayan bir bilim dalıdır. Primer amacı, hastanın günlük yaşam aktivitelerine bağımsız olarak katılımını sağlamaktır (68). Uğraş terapisi, hastanın zihinsel ve motor işlevlerin korunmasını, hastalıkların komplikasyonlarının azaltılmasını ya da geciktirilmesini, yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlamaktadır (67). Uğraş terapisi, hastanın semptomlarını azaltmak, sağlığını sürdürmek, uyum sürecini ve verimliliğini sağlamak için, fonksiyonlarını düzenleme, güçlendirme ve performansını artırma sanatıdır (69).

İş uğraşı tedavisinde “uğraşı” terimi kişinin aktiviteleri zaman, enerji harcayarak terapötik amaçlı olarak kullanması olarak tanımlanır. Bundan dolayı öğrenme ve gelişme için primer araç olan aktiviteleri seçilirken hasta için aktivite analizi yapması oldukça önemlidir. İş ve uğraşı tedavisinde kullanılan aktiviteler aşağıdaki 8 özelliğe sahip olmalıdır (70).

- ✓ Amaçlı olmalıdır: Tedavide kullanılacak aktivitelerin bir amacı veya sebebi olmalıdır. Hastanın var olan problemine uygun aktivite seçimi ve hedefe odaklanma tedavinin esaslarındandır. Örneğin aktif supinasyonu yetersiz olan bir hastaya bir bardaktan diğer bardağa boşaltma aktivitesi verilerek veya avuç içine yerleştirilen objenin gösterilmesini isteyerek aktif supinasyon derecesi artırılabilir.
- ✓ Hasta için belirli seviyelerde önemi olmalıdır: Aktiviteler hasta için kullanışlı ve önemli olmalıdır. Aktivitenin kişinin toplumda üstlenmiş olduğu rol ile benzerlikleri olmalıdır. Örneğin hastalık öncesi kuaförlük yapan bir hastanın tedavisi esnasında tarak tutabilme, fön yapabilme gibi kabiliyetlerini arttıracak aktivitelerin seçilmesi gerekmektedir.
- ✓ Belirli düzeyde hasta katılımı gereklidir: Kişinin sadece aktiviteyi uygulamada değil, aynı zamanda aktivitenin seçiminde de katılımı gereklidir. Hasta sadece bir alıcı olmamalı, aynı zamanda tam bir katılımcı olmalıdır. Bu sebeple hastanın istekleri ve ihtiyaçları göz önünde tutulmalıdır
- ✓ Kişinin yaşam kalitesini ve fonksiyonları geliştirmek devam ettirmek veya işlev bozukluğunu önlemek için hastayla iyi bir iletişim kurulmalıdır; Hastanın fonksiyon düzeyi ve katılım yeteneğine göre aktivite seçmek amacı daha net hale getirecektir. Örneğin hastaya fonksiyonel seviyesinin üstünde aktivite seçildiğinde hastanın motivasyonu azalacak ve tedaviye katılımı yavaşlayacaktır. Bu durum da tedaviye olumlu cevap alınmasını engelleyecektir.
- ✓ Hasta günlük hayattaki aktivitelere dahil edilmelidir; Bunlar günlük yaşam aktiviteleri, serbest aktiviteler ve iş aktiviteleridir. Hayatta edinilen rollerin yapılabilmesi için esas olan yeteneklerin yeniden yapılandırılması veya geliştirilmesini sağlayacak aktivitelerin planlanması gerekir. Örneğin hastaya verilen kavrama-bırakma egzersizleri mutfak aktiviteleri (yemek yapma, masa düzeni sağlama, bulaşık yıkama gibi) ile pekiştirildiğinde elde edilen fonksiyonlar daha kalıcı olacaktır.
- ✓ Aktivite hastanın ilgisini çekecek şekilde dizayn edilmelidir; Seçilen aktiviteye hasta katılımı son derece önemlidir. Hastanın seçilen aktivitelere göstereceği ilgi istenen hedefe ulaşmasını kolaylaştıracaktır. Örneğin plejik taraf alt

ekstremiteye ağırlık aktarımı yapmakta zorlanan hastaya verilecek dans aktivitesi ile etkilenmiş tarafa yük aktarımı eğlenceli şekilde sağlanabilir.

- ✓ Aktiviteler adapte edilebilir ve derecelendirilebilir olmalıdır; Aktiviteler hastanın yaşına ve fonksiyonel durumuna göre ayarlanabilmelidir. Örneğin; 80 derece omuz fleksiyonu yapabilen bir hastaya verilen görevin 80-90 derece omuz fleksiyonu hizasında yapılması olumlu katkı sağlayacaktır.
- ✓ Seçilen aktiviteler hastanın gelişimi ve hastalıkla ilişkili sorunlarına uygun olmalıdır.

Uğraşı terapisinin varoluşu insanların bir şeyle uğraşmaya başlamasına dayanmaktadır. Ülkemizde de geçmişi eskilere dayanmaktadır. 12 Haziran 1924'de Atatürk'ün isteği ile açılan Heybeliada Senatoryumu'nda rehabilitasyon merkezi de bulunmaktaydı ve hastalara fotoğrafçılık, heykeltıraşlık, daktilo gibi eğitimler verilmekteydi. Tıbbın bu uygulamalarından sonra toplumun değişen ihtiyaçları baz alınarak tıp fakültesinden ayrı sağlık ve rehabilitasyon alanlarının temeli 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde atılmıştır (71).

2.5.2. Uğraşı terapi teknikleri

Uğraşı terapisi ve sanat terapisi tarihin en başından beri düşünce ve fikirleri açıklamak için kullanılmıştır. Çeşitli uğraşı terapisi teknikleri arasında; resim, mandala, maske, kolaj, fotoğraf, kil-heykel, müzik, dans-hareket ve yaratıcı yazı-şiir yer almaktadır (72).

2.5.2.1. Resim

Terapinin temelini oluşturan sanat dalı resimdir. “Resim kişinin içsel yolcuğunu ve fikirlerini açıkça ortaya koyma ve yükseltme aracıdır”. Bir resmin ortaya

çıkabilmesi için kişinin kendi benliğini yansıtması gerekmektedir ve aynı zamanda bir iletişim ekipmanıdır. Resim kişinin zekası, sosyo-kültürel tecrübesi ve ruhsal niteliklerini çevresiyle paylaşmasına olanak sağlar. Kişinin yaptığı resim sadece teknik bir yapı değil, düşünsel aktarımda ki yeteneği de gözler önüne serer. Kişi yapmış olduğu resimde ruhundan bir parça yansıtır, hislerini açığa çıkarır (73).

2.5.2.2. Mandala

Simetrik ve eş merkezli dairelerin bir merkez etrafında yoğunlaştığı bir diyagram olan mandala birçok kültür tarafından kutsal alan olarak kabul edilmektedir. Merkez alandaki bölgenin içerisinde kutsal bir varlık oturur, merkezden uzaklaştıkça sonraki dairelerde 8 veya 10 tanrı bulunur. Merkez daire de sarayı simgeleyen merkezde ki karenin dört kenarında bulunan T şeklinde giriş kapıları bulunur. Mandala içerisinde bulunan kapılar sembolik olarak özgür dünyaya açılır ve kapı kemerleri, çanlar, ipek süslemeler ile süslenirler. Bu olgular mandalanın merkezinde bulunan hakikatin girişini ve meditasyonun başlangıcını ifade etmektedir (74).

2.5.2.3. Maske

İnsanlık tarih boyunca avlanma merasimleri, dini törenler gibi sebeplerden maske kullanmışlardır. Maske, bir taraftan kişinin kendisinin bir dışavurumu iken, diğer taraftan kimliğini gizleyen bir semboldür. İnsan maske aracılığıyla kimliğini çok rahat bir şekilde gizleyebilir ve duygularını bu kimlik gizlenmesi sebebiyle dilediğince farklı görsel yollarla ifade edebilir. Maske kullanımı ve yapımı oldukça yaygın olan bir terapi yönetimidir (75).

2.5.2.4. Kolaj

Türk Dil Kurumu, kolaj için dergi, resim, gazete gibi iletişim araçlarının ekipmanlarını düz bir zemine yapıştırarak uygulanan bir resim tekniği tanımını kullanmaktadır. Tarihe baktığımızda kolaj belgeleri ilk olarak 12.yüzyıl başlarında Japonya'da kullanılmıştır. Şiir sanatını daha belirgin kılmak amacıyla kesilerek yapıştırılmış kağıtlar kolaj tarihiyle alakalı hususi veriler haline getirilmiştir (76).

2.5.2.5. Fotoğraf

Fotoğrafın tercih edilmesinin temel sebebi, kişilerin kişiliklerini ve hislerini daha açıkça ifade etmeye yardım sağladığı içindir. Kişilerin kendi seçtikleri ve çektikleri fotoğraflar içerisindeki görseller kendi isteklerine bağlıdır. Kişiler bu yöntemle hem anksiyete düzeylerini kontrol altında tutabilirler hem de daha etkili bir iletişim kurabilirler (77).

2.5.2.6. Kil- Heykel

Bir tür hacim sanatı olan heykel, estetik bir hayat şartı oluşturması, göze hitap etmesi hedefiyle tasarlanan üç boyutlu nesne olarak açıklanmaktadır. Sözcük, bu özellikleri taşıyan her boyuttaki nesne için hangi teknik kullanılırsa kullanılsın, bu amaca hizmet eden bütün yapıtların genel ismi olarak tanımlanmıştır (78). Heykel sanatı kişinin çevresinde gördüğü olayları ve dünyayı nesnellik yolu ile anlatmaya çalışmasıdır. Görsel hafıza veya hislerin bir dışavurumu olarak iletişim kurulur. En basit açıklamasıyla bir şekil meydana getirme sanatı olan heykel ve kil, kişilerin sanat duygularını beslemekten çok, hislerini başkalarına ulaştırmak, psikolojik özlemlerini dindirmek ve ruhlarını beslemek amacıyla kullanılması ve değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir (79).

2.5.2.7. Müzik

Müzik, eski zamanlardan beri insanlar üzerinde önemli bir yer işgal etmiştir. İnsanlar üzüntülerini, sevinçlerini, kahramanlıklarını, heyecanlarını, sevgilerini vb çoğunlukla müzik sanatını kullanarak ifade etmeye çalışmışlardır (80). Müzik, yüzyıllar boyunca terapi aracı olmuştur ve farklı kültürlerin tarihsel kayıtlarında müzikte iyileştirici ya da iyileştirici güç örnekleri olarak bulunmaktadır (81). Tarihin bilinen ilk dönemlerinde kabilelerde, şaman adı verilen kişilerin, kabilenin dini ve manevi hayatını yönlendirdiği, saygın bir yere sahip olduğu anlatılmaktadır. Araştırmalara göre bilinen ilk ruh hekimi modelini bu şamanlar oluşturmaktadır. Şamanlar ritim, müzik ve dansın etkisiyle insanları adeta hipnotize eder ve böylelikle topluluklara yön verirlerdi (80).

2.5.2.8. Dans ve hareket

Hareket halinde olmanın kişinin beden ve akli dengesi için sağlıklı olduğu bilinen bir gerçektir. Davranışın zihinsel ve hissel faydası oldukça fazladır. Hareket halindeyken salgılanan endorfin hormonu aynı zamanda kişide konsantrasyonu artırır ve uykusunu düzenler ve enerjisini artırır bunlarda kişinin yaşadığı kaygı durumlarını daha aza indirger (82). Bu yöntem; kişinin fiziksel, sosyal, duygusal ve zihinsel bütünlüğünü yükseltmek amacıyla dansın terapötik kullanımınıdır. Bu bilgiler ışığında dans, vücut, yaratıcılık ve terapisel araçlardan oluşmaktadır. Hareket halinde olma ve dans birleşince serotonin ve dopamin gibi mutluluk hormonları artar ve depresyon, anksiyete ve bilimum mental sağlığı zorlayıcı psikolojik çıkmazları yaşanma ihtimalini azaltır. Dans ve hareket terapisi kişisel veya grup halinde uygulanabilmekte ve yardımcı malzemeler dahil edilebilmektedir (83).

2.5.2.9. Yaratıcı yazı ve şiir (Bibliyoterapi)

Bibliyoterapinin tanımı, tarihsel süreç içinde uygulama alanına göre gelişen ve değişen bir seyir göstermiştir. Yunanca kitap anlamına gelen biblion ya da biblos ve terapi anlamına gelen therapeia kelimelerinden türetilmiş olan bibliyoterapi, kelime anlamıyla kitaplar yoluyla tedavi etme anlamına gelmektedir. Kelimeyi ilk defa kullanan Crothers (1916) bibliyoterapi için “hem kurgu hem kurgu olmayan belli edebî metinlerin çeşitli rahatsızlıklar için iyileştirici olarak tavsiye (reçete) edildiği bir süreç” tanımını yapmıştır (84,85).

2.5.2.10. El örgüsü

El örgüsü hem duygusal dengeyi hem de zihni dinlendirmeyi sağlamaktadır. Konsantrasyon isteyen bir iş olması nedeni ile endişeyi, kaygıyı azaltmakta ve stresin azalmasına yardımcı olmaktadır. Tekrarlayan bir aktiviteye odaklanmanın sakinleştirici ve rahatlatıcı bir etkisi vardır ve bu durum da yaşanan uyku problemlerinin azalmasına fayda sağlamaktadır (85).

2.5.3. Uğraş terapisinin kullanım alanları

Uğraş terapisi hem fiziksel hem de psikolojik hastalıklarda kullanılmaktadır (86). Uğraş terapisine en çok gereksinimi olan gruplar; fiziksel hastalığı ve sakatlığı olanlar, duygusal hastalığı olanlar, doğumsal veya gelişimsel hastalığı olanlar ve yaşlılardır. Fizik tedavi ve rehabilitasyon, nöroloji, ortopedi, onkoloji, romatoloji, çocuk ve adölesan psikiyatrisi, erişkin psikiyatrisi, pediatri, pedagoji, geriatri bölümleri uygulama alanları içerisinde. Bu hizmetlerle amaç hastaların mevcut güçlerini korumak ve sağlıklı boyutların daha da güçlenmesini sağlamaktır (87,88,89).

Uğraşı terapisi, moral verme ve psikolojik destek vermek için yardımcı uygulamalardan destek alınmıştır. Hem genç hem yaşlı; kronik rahatsızlıklar, fiziksel engel veya kanser hastalarında daha fazla yardımcı olduğu bilinmektedir. Tercih edilen bu terapi metodununun psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklarda kullanımı iki farklı amaca da hizmet etmektedir (90).

2.5.4. Hemşirelik ve uğraşı terapisi

Hemşirelik var olduğundan bu yana hemşireler, insanların yaralarını sarmak, acılarını dindirmek, yeniden yaşama uyum sağlamalarını desteklemek amacıyla bir iyileşme sürecinin uygulayıcısı olmuşlardır. Günümüzdeki tıp ve hemşirelik biliminde, teknoloji ve biyomedikal alandaki gelişmeler sayesinde bakım ve iyileştirme sürecinde çok çeşitli yöntemlerden yararlanılmaktadır. Hemşireliğin öncelikli hedefi, hasta ve toplum sağlığını korumak ve geliştirmek, sonraki hedefleri ise hastalık ya da engellilik durumunda hasta kişinin iyileşmesini hızlandırmaktır (91). Cortis ve Kendrick hemşirelik bakımını; insana özgü bir özellik, bir duyuş, kişilerarası dinamik, tedavi edici bir süreç ve etik yükümlülük olarak belirtirken (92), Sherwood ise bakımı, hastalara bilgi ve beceri düzeyinde yardım edici girişimlerde bulunulması, fiziksel ve duygusal sorunlara yönelik tedavi edici ve iyileştirici uygulamaların yapılması olarak değerlendirmiştir (93).

Hemşire hastaya bakım verirken öz-bakımın sağlanması, hastalığın önlenmesi ve iyileşme durumunun arttırılması, anksiyetenin ve ağrının giderilmesi, konforun arttırılmasını amaçlamaktadır. Gevşeme egzersizleri, rehberli imgeleme, yoga, dokunma terapisi, müzik terapisi, aktif dinleme, resim gibi hemşirelerin iyileştirmeyi kolaylaştırmak için bağımsız olarak kullanabileceği yöntemlerdir. Hasta bakımında kullanılan bu yöntemlerin, bakımı alanlarda stresi azaltarak hastalığı önleyebileceği ya da iyileşme sürecini hızlandırabileceği ifade edilmektedir (91).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kemik iliği nakli yapılan hastalara hastanede yattığı süre boyunca uygulanan uğraşı terapisinin anksiyete, depresyon ve uyku süreçlerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın hipotezleri;

H1. Uğraşı terapisi kemik iliği nakli yapılan hastaların yatış sürecinde anksiyete yönetiminde etkilidir.

H2. Uğraşı terapisi kemik iliği nakli yapılan hastaların yatış sürecinde depresyon yönetiminde etkilidir.

H3. Uğraşı terapisi kemik iliği nakli yapılan hastaların yatış sürecinde uyku kalitesinin sürdürülmesinde etkilidir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre

Araştırma, Kasım 2019 – Eylül 2020 tarihleri arasında Acıbadem Altunizade Hastanesi Erişkin Kemik İliği Nakli Ünitesinde yatan hastalarla gerçekleştirildi.

Ünitede 12 hasta odası bulunmaktadır. Hastalar nakil ünitesindeki odalarda yalnız kalmaktadır ve üniteye enfeksiyon riskinden dolayı refakatçi kabul edilmemektedir. Her hasta için günde 1 kez yalnızca 16:00-17:00 saatleri arasında bir

ziyaretçi kabul edilmektedir ve bu ziyaretçi hastanın yatışı süresince aynı kişi olmak zorundadır. Üniteye 12 hemşire, 3 doktor, 3 bakım destek personeli çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kasım 2019 – Eylül 2020 tarihleri arasında kemik iliği nakli için başvuran tüm hastalar oluşturdu (N=48). Örneklem seçim kriterlerine uyan ve yazılı onamı olan tüm hastalar araştırmaya dahil edildi (N=20).

Deneysel olarak tasarlanan çalışmanın güç analizi hesaplamaları için G*Power 3.1.9.2 programı kullanıldı (94). Çalışmanın amacına ve tasarımına benzer çalışmalar kullanılmıştır. Yapılan benzer çalışmaya göre son testteki depresyon ve anksiyete puanları göz önünde bulundurulmuştur (95). Gruplar arası son testteki depresyon ve anksiyete puanına göre Δ :1,91, SS:3,00 olarak aldığımızda Power:0,80, β :0,20 ve α :0,05 için tespit edilen örneklem sayısı her bir grup için **minimum 6** olmak üzere **toplam 12** olarak saptandı. Hesaplanan örneklem sayıları göz önünde bulundurulmuş ve örneklem sayısı **toplam 20 hasta olarak** belirlendi.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

1. Kemik iliği nakli ünitesine yatan hematolojik maligniteli hastalar,
2. Çalışmaya katılmayı kabul eden,
3. İletişim problemi olmayan,
4. 18 yaş ve üzeri olan hastalar oluşturdu.

Araştırma dışında kalma kriterleri;

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen,
2. İletişim problemi olan,
3. 18 yaş altı olan,
4. Anksiyolitik/ antidepresan veya uykuya yardımcı ilaç kullanımı olan,
5. Uğraşı terapisi yapamayacak derecede motor fonksiyon bozukluğu olan hastalar oluşturdu.

3.4. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış yarı yapılandırılmış bir formdur. Hastaların adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, mesleği ve medeni durumu gibi sosyodemografik bilgilere ek olarak, mevcut kronik hastalıkları, tedaviye bağlı yaşanan sorunlar gibi hastalık ve tedaviyle ilgili toplam 16 sorudan oluşmaktadır (EK 3).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD): Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir (EK 4). Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiş olup (96), ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Toplam 14 soru içerir. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Aydemir, Güvenir Küey ve arkadaşlarının (1997), Türkiye’de yapılan çalışma sonunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde puan alanlar risk grubu olarak değerlendirilirler. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21’dir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında HAD-A cronbach alfa katsayısı 0,85, HAD-D ise 0,77 olarak bulunmuştur (97). Mevcut çalışmada ise cronbach alfa katsayısı HAD-A için 0,74 ve HAD-D için 0,76 olarak bulundu.

Visual Analog Skala (VAS): Skala, 10 cm’lik bir çizgiden oluşur (0-10 cm veya 0-100 mm). 0 çizgisi “hiç ağrı yok” 10 çizgisi “dayanılmaz ağrı” olduğunu ifade eder Drendel ve diğerlerinin (2011) çalışmasında geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (98). Araştırmada uyku kalitesi hasta tarafından 0 ile 10 arasında belirlenmiştir. Uyku kalitesi için verilen puanın arttıkça uyku kalitesinin de arttığı

değerlendirilmiştir (EK 5).

Uyku Günlüğü: Hastaya hastanede yattığı her gün toplam uyku süresi, gece uykusunun bölünme sayısı, gece uyanık kalınan toplam süre sorulmuş ve değerlendirilmiştir (EK 6).

3.5. Araştırmanın Uygulaması

Araştıma, Acıbadem Altunizade Hastanesi Erişkin Kemik İliği Nakil Ünitesi'nde kemik iliği nakli yapılan hastalarla gerçekleştirilmiştir. Hastaların üniteye yatışı önceden kemik iliği nakil polikliniğinde belirlenen tarihe göre yapılmaktadır. Bu üniteye toplam 12 hasta odası bulunmaktadır. Yatışı yapılan her hasta nakil ünitesindeki odalarda yalnız kalmaktadır ve üniteye enfeksiyon riskinden dolayı refakatçi kabul edilmemektedir. Her hasta için günde 1 kez yalnızca 16:00-17:00 saatleri arasında bir ziyaretçi kabul edilmektedir ve bu ziyaretçi hastanın yatışı süresince aynı kişi olmak zorundadır. Hastanın nakil ünitesindeki yatış sürecindeki tüm ihtiyaçları üniteye çalışan sağlık personelleri tarafından karşılanmaktadır.

Randomize kontrollü deneysel olarak planlanan çalışmaya 20 hasta dahil edilerek 9 hasta deney grubuna, 11 hasta kontrol grubuna alındı. Hastalar rastgele seçim yöntemi ile kontrol ve deney grubu olmak üzere ikiye ayrıldı. Katılan hastalara bir numara verildi ve seçilen numaralardan çift sayı denk gelen hastalar deney, tek sayı gelenler kontrol grubu olarak alındı. Araştırmaya dahil edilen 20 hastaya Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği hastaların kliniğe yatış yaptıkları ilk gün ve taburcu oldukları gün olmak üzere iki kez uygulandı. Kişisel bilgi formu yalnızca yatış yaptıkları gün, uyku günlüğü ise hastaların hastanede yattıkları süre boyunca her gün uygulandı. Kontrol grubundaki hastalara standart tıbbi tedavisi dışında herhangi bir müdahalede bulunulmadı (Şekil 1). Deney grubundaki hastalar nakil ünitesinde ortalama 15 gün, kontrol grubu hastalar 16 gün kaldı. Deney grubundaki

hastalara üniteye yattığı süre içerisinde haftada 4 gün uğraşı terapisi uygulandı. Hastaların kemoterapi almaya başladıkları ilk 2 gün tedaviye bağlı yan etkileri daha yoğun yaşadıkları için uğraşı terapisine bu günlerde ara verildi.

Uygulanan uğraşı terapileri içerisinde müzik dinleme (%29,6), mandala (%18,5), resim (%11,1), dans-hareket (%11,1), maske (%11,1), kolaj çalışması (%7,4), seramik-alçı heykel yapma (%3,7), fotoğraf (%3,7) ve el örgüsü (%3,7) yer almaktadır. Uygulanabilecek uğraşı terapileri seçilirken bazı kısıtlamalar mevcuttu. Hastaların nötropenik ve trombositopenik olduğu dönemde hem hastalar halsiz hissettiğinden hem de düşme ve kanama riski açısından dans-hareket ve egzersiz yapmalarına izin verilmedi ve alternatif terapilere yönlendirildi. El örgüsü tercih eden hastalar için; deri bütünlüğünü bozacak ve kanamaya sebep olacak kesici-delici ve çok sivri olan aletlerin yerine plastik ve sivri olmayan materyallerin kullanılması sağlandı. Yıkanma, dezenfekte edilme şansı olmayan pastel boya, gazete sayfaları gibi ürünlerin kullanılmamasına dikkat edildi. Kullanılan materyal başka bir hasta için de kullanılacaksa prosedüre uygun olarak temizlenip dezenfekte edildi. Bu hususlar dikkate alınarak yapılan uğraşı terapileri hastanın tercihine göre belirlendi. Öncesinde hastalara uygulanabilecek uğraşı terapilerinin nasıl uygulanacağı konusunda bilgi verildi. Müzik terapisinde dinletilen müzikler hastanın kendi isteğine göre belirlendi. Fotoğraf çekimi uğraşı terapisinin, kişinin hissettiklerini ifade etmesine yardım ettiği anlatıldı. Kendi isteklerine ve hissettiklerine göre fotoğraf çekiminde özgür oldukları belirtildi. Gördüklerini, yapmak istediklerini ya da buldukları ortamı ve süreci nasıl hatırlamak istediklerine göre, istenilen şekilde fotoğraf çekilebileceği bilgisi verildi. Maske yapımı uğraşı terapisinin, kişinin duygu durumunu dışa vurabileceği bir uğraşı terapisi olduğu bilgisi verildi. Araştırmanın tüm harcamaları araştırmacı tarafından finanse edildi.

3.6. Araştırma Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Uğraşı terapisi yöntemidir. Bağımlı değişkenler: HAD-A, HAD-D leği puanları ve uyku ile ilgili verilerdir.

Kontrol değişkeni ise; yaş, cinsiyet, eğitim, ekonomik durum, medeni durum gibi sosyodemografik ve tedavi ile ilgili bilgilerden oluşan verilerdir.

3.7. Araştırma Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bunlardan ilki bir özel hastanede belirli bir dönem içerisinde yatan ve sadece kemik iliği nakli yapılan hastaları kapsaması, kontrol grubunda yer alan hastaların çalışma süresince kitap okuma ve/veya müzik dinleme şeklinde kendi alışkanlıklarını sürdürmüş olması ve her bir uğraşı terapisinin gün içinde ve totalde ne kadar süre uygulandığının takip edilememiş olmasıdır.

3.8. Araştırma Verilerinin Analizi

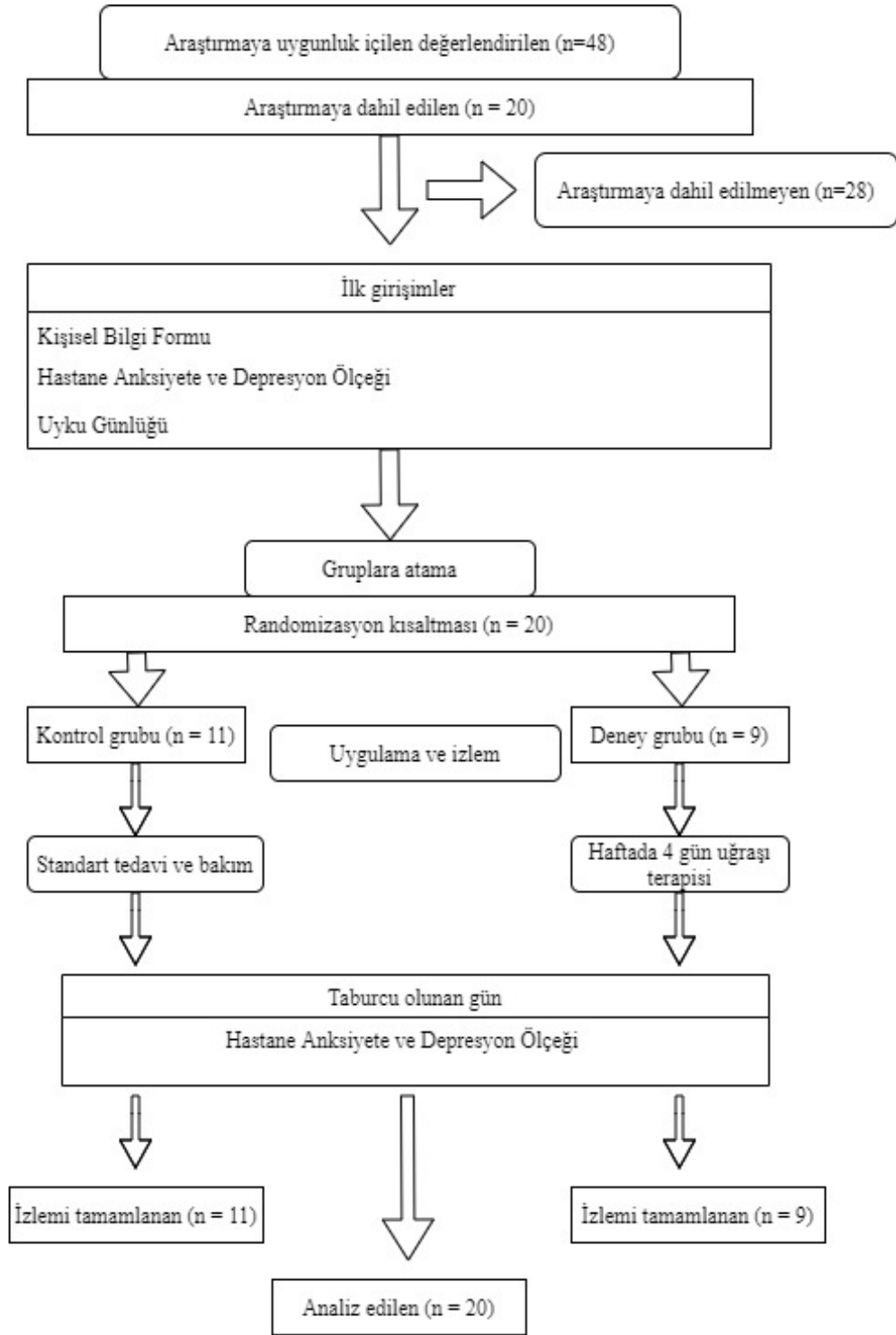
Verilerin analizi SPSS 22.00 for Windows paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Tanımlayıcı için ortalama standart sapma, sayı (n) yüzde (%) gösterimi, kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler için ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm analizler %95 güvenilirlik aralığında değerlendirilmiştir. $P < 0,05$ değeri "istatistiksel olarak anlamlı" olarak kabul edilmiştir.

Örneklem sayısı az ve veriler normal dağılım göstermediğinden parametrik olmayan testler kullanıldı. Deney ve kontrol gruplarının ön test ve son test puanlarının kendi için farklılaşmasını incelemek için Wilcoxon testi kullanıldı. Deney ve kontrol grupları arasında ön test ve son test puanlarını karşılaştırmak için Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü, önemini belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

3.9. Etik Kurulu Onayı

Etik kurul onayı Acıbadem Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulundan alındı (EK-7). Araştırmanın yapılacağı, Özel Acıbadem Altunizade Hastanesi kurum izni alındı (EK-8). Deney ve kontrol grubunu oluşturacak ve araştırmaya katılacak hastalardan; araştırmanın amacı, planı, nasıl yapılacağı hakkında ve kendilerinden ne istenildiği ve elde edilen verilerin nasıl ve niçin kullanılacağı “Aydınlatılmış Onam Formu’nda açıklanarak gönüllülük ilkesi ışığında, araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş onamları alındı. Araştırmaya katılan hastaların istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri bildirilerek otonomi ilkesine saygı gösterildi.



Şekil 1. Uygulama akış şeması

4. BULGULAR

Deney ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik özellikler Tablo 1’de verildi. Çalışmaya toplam 20 hasta alındı. Hastaların yaşları ortalaması 47,5 yıldır. Hastaların kişisel özellikleri incelendiğinde; deney grubunun kişisel özellikleri incelendiğinde %55,6’sı erkek, %33,3’ü ilköğretim mezunu, %33,3’ü çalışmadığı, %55,6’sı evli olduğu belirlendi. Kontrol grubunun %72,7’si kadın, %54,5’i ilköğretim mezunu, %27,3 ’ü çalışmadığı, %54,5’i evli olduğu belirlendi.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması

| Özellikler | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | | Test/ p | |
|-------------------------|---------------------|---|---------------|----|---------|-------|
| Yaş Medyan (IQR) | 50 (39-64) | | 45 (31-28) | | 0,28* | |
| | n | % | n | % | | |
| Cinsiyet | Kadın | 4 | 44,4 | 8 | 72,7 | 0,21* |
| | Erkek | 5 | 55,6 | 3 | 27,3 | |
| Eğitim Düzeyi | İlköğretim | 3 | 33,3 | 6 | 54,5 | 0,1** |
| | Lise | 1 | 11,1 | 4 | 36,4 | |
| Yaşadığı yer | Üniversite ve üzeri | 5 | 55,6 | 1 | 9,1 | 0,1* |
| | Şehir | 8 | 88,9 | 6 | 54,5 | |
| Çalışma Durumu | Kırsal | 1 | 11,1 | 5 | 45,5 | 0,96* |
| | Evet | 6 | 66,7 | 8 | 72,7 | |
| Medeni Durum | Hayır | 3 | 33,3 | 3 | 27,3 | 0,7* |
| | Evli | 5 | 55,6 | 6 | 54,5 | |
| Sosyal Güvence | Bekar | 4 | 44,4 | 5 | 45,5 | 1* |
| | Var | 9 | 100 | 11 | 100 | |
| Birlikte Yaşanılan kişi | Yok | - | - | - | - | 0,8** |
| | Yalnız | 4 | 44,4 | 4 | 36,4 | |
| | Eşi ile | 4 | 44,4 | 6 | 54,5 | |
| | Çocukları ile | 1 | 11,1 | 1 | 9,1 | |

*Mann-Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi

Deney ve kontrol grubuna ait hastaların tedavi sürecindeki değişkenler Tablo 2’de verildi. Deney grubu hastaların nakil ünitesinde yatış süresi ortalama 15 gün, kontrol grubunun 16 gün olarak belirlendi. Deney grubu hastaların %55,6’sı Akut lenfoblastik lösemi (ALL), %22,2’si multipl myelom (MM), %11,1’i Non-hodgkin lenfoma (NHL), %11,1’i Akut myeloid lösemi tanısına sahipken; %77,8’i allojenik nakil, %22,2’si otolog nakil oldu. Kontrol grubu hastaların %27,3’ü ALL, %54,5’i MM, %18,2’si NHL tanısına sahipken; %45,5’i allojenik, %54,5’i otolog nakil oldu. Deney grubu verilerine göre %22,2’sinin alınan tedaviye bağlı yaşanan komplikasyona sahip olduğu, en fazla olumsuz etkileyen sorun %44,4’ünde beslenme düzeni ve şekli ile ilgili sorunlar olduğu, %11’inin tedaviden sonra aile ilişkilerinin zayıfladığı, %55,6’sının ek kronik hastalığa sahip olduğu ve %88,9’unun hastalıkla ilgili yeterli eğitim aldığı belirlendi. Kontrol grubu verilerine göre %27,3’ünün alınan tedaviye bağlı yaşanan komplikasyona sahip olduğu, en fazla olumsuz etkileyen sorunun %45,5’inde fiziksel sorunlar, %45,5’inde beslenme düzeni ve şekli ile ilgili sorunlar olduğu, %9,1’inin ise ilişkilerinin zayıfladığı, %54,5’inin ek bir kronik hastalığa sahip olduğu, %81,8’inin hastalıkla ilgili yeterli eğitim aldığı belirlendi.

Tablo 2. Katılımcıların Hastalık ve Tedavi Sürecine Dair Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

| Özellikler | | Deney Grubu (n=9) | | Kontrol Grubu (n=11) | | Test/ p |
|---|--------------------------------------|-------------------|------|----------------------|------|---------|
| Yatış Süresi (gün) (medyan (IQR)) | | 15 (14,5-16) | | 16 (15-16) | | 0,19* |
| | | n | % | n | % | |
| Nakil Ünitesinde Yatış Süresi | 12 gün | 1 | 11,1 | - | - | 0,19* |
| | 14 gün | 1 | 11,1 | 1 | 9,1 | |
| | 15 gün | 4 | 44,4 | 4 | 36,4 | |
| | 16 gün | 3 | 33,3 | 4 | 36,4 | |
| | 17 gün | - | - | 2 | 18,2 | |
| | ALL | 5 | 55,6 | 3 | 27,3 | |
| Tanı | AML | 1 | 11,1 | - | - | 0,16** |
| | MM | 2 | 22,2 | 6 | 54,5 | |
| | NHL | 1 | 11,1 | 2 | 18,2 | |
| Nakil Tipi | Allojenik | 7 | 77,8 | 5 | 45,5 | 0,15* |
| | Otolog | 2 | 22,2 | 6 | 54,5 | |
| Başka Kronik Hastalık Varlığı | Var | 5 | 55,6 | 6 | 54,5 | 0,96* |
| | Yok | 4 | 44,4 | 5 | 45,5 | |
| Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu | Evet | 8 | 88,9 | 9 | 81,8 | 0,66* |
| | Kısmen | 1 | 11,1 | 2 | 18,2 | |
| Tedaviye Bağlı Komplikasyon Durumu | Evet | 2 | 22,2 | 3 | 27,3 | 0,8* |
| | Hayır | 7 | 77,8 | 8 | 72,7 | |
| Tedavi Sürecini Olumsuz Etkileyen Sorun | Fiziksel Sorunlar | 1 | 11,1 | 5 | 45,5 | 0,06** |
| | Beslenme ile İlgili Sorunlar | 4 | 44,4 | 5 | 45,5 | |
| | Yalnızlık, Sosyal Çevreden Uzaklaşma | 2 | 22,2 | - | - | |
| | Hastaneye Bağımlı Olma | 2 | 22,2 | 1 | 9,1 | |
| | İlişkilerimiz güçlendi | 3 | 33,3 | 5 | 45,5 | |
| Hastalık Sonrası Aile İlişkileri | İlişkilerimiz bozuldu | 1 | 11,1 | 1 | 9,1 | 0,61** |
| | Değişiklik olmadı | 5 | 55,6 | 5 | 45,5 | |

*Mann-Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi

ALL Akut lenfoblastik lösemi, **AML** Akut miyeloid lösemi, **MM** Multipl myelom, **NHL** Non Hodgking lenfoma

Tablo 3. Uğraşı Terapisi Sayı ve Çeşitleri

| Uğraşı Terapisi Çeşitleri | n* | % |
|----------------------------------|-----------|----------|
| Resim | 3 | 11,1 |
| Mandala | 5 | 18,5 |
| Müzik | 8 | 29,6 |
| Kolaj | 2 | 7,4 |
| Fotoğraf | 1 | 3,7 |
| Dans-hareket | 3 | 11,1 |
| Heykel-alçı | 1 | 3,7 |
| Maske | 3 | 11,1 |
| El örgüsü | 1 | 3,7 |
| Toplam | 27 | 100 |
| Uğraşı Terapisi Sayıları | n | % |
| 2 çeşit | 3 | 33,3 |
| 3 çeşit | 3 | 33,3 |
| 4 çeşit | 3 | 33,3 |
| Toplam | 9 | 99,9 |

*Çoklu uğraşı terapisi yapıldığı için n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Deney grubu hastaların yapmış olduğu uğraşı terapileri Tablo 3’de verildi. Yapılan uğraşı terapi çeşitleri incelendiğinde; hastaların %29,6’sı müzik dinleme, %18,5’i mandala, %11,1’i resim, %11,1’i dans-hareket, %11,1’i maske, %7,4’ü kolaj çalışması, %3,7’si seramik-alçı heykel yapma, %3,7’si fotoğraf ve %3,7’si el örgüsü uğraşı terapilerini gerçekleştirdi.

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubunun HAD Ölçeği Kesme Noktasına Göre Sayı ve Yüzdeleri

| | Deney Grubu (n=9) | | Kontrol Grubu (n=11) | |
|-------------------------------|-------------------|------|----------------------|------|
| | n | % | n | % |
| HAD Anksiyete ön test | | | | |
| 0-10 risk yok | 7 | 77,8 | 11 | 100 |
| 11-21 risk var | 2 | 22,2 | - | - |
| HAD Anksiyete son test | | | | |
| 0-10 risk yok | 9 | 100 | 11 | 100 |
| 11-21 risk var | - | - | - | - |
| HAD Depresyon ön test | | | | |
| 0-7 risk yok | 4 | 44,4 | 8 | 72,7 |
| 8-21 risk var | 5 | 55,6 | 3 | 27,3 |
| HAD Depresyon son test | | | | |
| 0-7 risk yok | 6 | 66,7 | 8 | 72,7 |
| 8-12 risk var | 3 | 33,3 | 3 | 27,3 |

Deney ve kontrol grubunun anksiyete ve depresyon ölçeğine ilişkin bulgular Tablo 4'te verildi. Deney grubu anksiyete ve depresyon ön test verilerine göre %22,2'sinin riskli düzeyde anksiyete ve %55,6'sının riskli düzeyde depresyon puanına sahip olduğu belirlendi. Kontrol grubu anksiyete ve depresyon ön test verilerine göre riskli düzeyde anksiyete puanına sahip hastanın olmadığı ve %27,3'ünün riskli düzeyde depresyon puanına sahip olduğu belirlendi. Son test verileri incelendiğinde deney grubunun riskli düzeyde anksiyete puanına sahip hastanın olmadığı ve %33,3'ünün riskli düzeyde depresyona sahip olduğu belirlendi.

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubunun Depresyon ve Anksiyete Ön-Test Son-Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| | Deney Grubu (n=9) | | Kontrol Grubu (n=11) | | Deney- Kontrol | |
|---------------------------|----------------------|--------------|-------------------------|-----------|-------------------|--------------|
| HAD Anksiyete | Medyan (IQR) | Ort±SS | Medyan (IQR) | Ort±SS | Z* | p |
| Ön-test | 10 (7-10,5) | 8,89±2,52 | 6 (5-8) | 6,18±1,4 | -2,458 | 0,014 |
| Son-test | 7 (3-8) | 6,22±2,53 | 6 (5-8) | 6,18±1,6 | -0,31 | 0,76 |
| Zamansal Süreç | Z** | p | Z** | p | | |
| Ön test- Son Test | -2,694 | 0,007 | -0,9 | 0,83 | | |
| HAD Depresyon | Medyan (IQR) | Ort±SS | Medyan (IQR) | Ort±SS | Z* | p |
| Ön-test | 9 (5,5-10,5) | 8,33±2,91 | 6 (4-8) | 6,18±2,08 | -1,57 | 0,11 |
| Son-test | 6 (4,5-8) | 6,33±1,8 | 7 (4-8) | 6,45±2,76 | -0,23 | 0,81 |
| Zamansal Süreç | Z** | p | Z** | p | | |
| Ön test- Son Test | -2,203 | 0,028 | -0,21 | 0,93 | | |

* Mann Whitney U testi

** Wilcoxon Signed Testi

Deney ve kontrol grubunun depresyon ve anksiyete ön-test son-test puanlarının karşılaştırılması Tablo 5'te verildi. Deney ve kontrol grubunun anksiyete ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p= 0,014$). Ön testte kontrol grubunun anksiyete puanları, deney grubuna göre düşüktü.

Deney grubunun ön test ve son test anksiyete puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p= 0,007$). Son testte anksiyete puanları ön teste göre daha düşüktü. Deney grubunun ön test ve son test depresyon puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p= 0,028$). Son testte depresyon puanları ön teste göre daha düşüktü.

Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubunun Uyku Sürecine İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması

| Uyku Verileri | Deney Grubu (n=9) | | Kontrol Grubu (n=11) | | Deney-Kontrol | |
|--------------------------------|---------------------|---------------|----------------------|----------------|---------------|----------|
| VAS (Uyku Kalitesi) | Medyan (IQR) | Ort±SS | Medyan (IQR) | Ort±SS | Z* | p |
| 1. Hafta | 6,75 (6,28-7) | 6,6±0,58 | 7 (6,71-7,29) | 6,94±0,35 | -1,261 | 0,23 |
| 2. Hafta ve üzeri | 7,11 (6,87-7,23) | 7,15±0,4 | 6,78 (6,44-7,29) | 6,92±0,55 | -0,79 | 0,42 |
| Zamansal Süreç | Z** | p | Z** | p | | |
| 1. Hafta- 2. Hafta ve üzeri | -2,31 | 0,021 | -0,089 | 0,92 | | |
| Toplam Uyku Süresi | Medyan (IQR) | Ort±SS | Medyan (IQR) | Ort±SS | Z* | p |
| 1. Hafta | 6,29 (4,93-6,57) | 5,73±1,05 | 6,29 (5,14-6,43) | 5,9±0,82 | 0,00 | 1 |
| 2. Hafta ve üzeri | 6,25 (4,86-6,47) | 5,81±0,79 | 6,3 (5,63-6,56) | 5,9±0,75 | -0,61 | 0,54 |
| Zamansal Süreç | Z** | p | Z** | p | | |
| 1. Hafta- 2. Hafta ve üzeri | -0,178 | 0,85 | -0,178 | 0,85 | | |
| Uykunun Bölünme Sayısı | Medyan (IQR) | Ort±SS | Medyan (IQR) | Ort±SS | Z* | p |
| 1. Hafta | 1,86 (1,29-2,14) | 1,77±0,54 | 1,57 (1,29-1,71) | 1,5±0,31 | -0,99 | 0,31 |
| 2. Hafta ve üzeri | 1,5 (1,03-1,62) | 1,34±0,49 | 1,38 (1-1,63) | 1,37±0,47 | -0,34 | 0,76 |
| Zamansal Süreç | Z** | p | Z** | p | | |
| 1. Hafta- 2. Hafta ve üzeri | -2,668 | 0,008 | -1,957 | 0,05 | | |
| Uyanık Kalınan Süre | Medyan (IQR) | Ort±SS | Medyan (IQR) | Ort±SS | Z* | p |
| 1. Hafta | 20,7 (17,5-29,2) | 22,47±6,76 | 15,7 (14,3-24,3) | 18,18±7,1 5 | -1,676 | 0,09 |
| 2. Hafta ve üzeri | 16,7 (13,4-18,9) | 15,9±5,4 | 13,9 (8,3-16,9) | 14,37±8,2 | -1,14 | 0,25 |
| Zamansal Süreç | Z** | p | Z** | p | | |
| 1. Hafta- 2. Hafta ve üzeri | -2,073 | 0,038 | -1,245 | 0,21 | | |

* Mann Whitney U testi

** Wilcoxon Signed Testi

Deney ve Kontrol Grubunun zamansal süreçte uyku verilerinin karşılaştırılması Tablo 6'da verildi. Deney ve kontrol grubu arasında uyku kalitesi, toplam uyku süresi, uykunun bölünme sayısı ve gece uyanık kalınan süre açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Deney grubu hastaların 1. ve 2. hafta uyku verileri incelendiğinde; uyku kalitesi, ($p= 0,021$), uykunun bölünme sayısı ($p= 0,008$) ve gece uyanık kalınan sürede ($p= 0,038$) anlamlı farklılık saptandı. Gece uyanık kalınan süre ve uykunun bölünme sayısı 1. haftaya göre 2. haftada azaldığı, uyku kalitesinin 2. haftada arttığı belirlendi.

Kontrol grubu hastaların 1. ve 2. hafta uykunun bölünme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p= 0,05$). İkinci haftada uykunun bölünme sayısı birinci haftaya göre daha düşüktü.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kemik iliği nakli sürecinde hastalarda anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sorunlarda artış olduğu bildirilmektedir. Kanser tanısı olan hastaların çeşitli alanlarda aktivite performanslarının azaldığı ve bu durumun toplumsal katılıma da olumsuz yansıdığı gösterilmiştir. Bu açıdan bakıldığında hastanın içinde bulunduğu duruma uyum sağlayabilmesi için; hastalık ve tedavilere bağlı zorluklar ile başa çıkabilmesi, kendisine ait zamanı kaliteli geçirebilmesi için uğraş terapisine ihtiyaç duymaktadır (3,4). Bununla birlikte uğraş terapisinin kemik iliği nakli yapılan hastalar üzerindeki etkilerinin yeteri kadar bilinmemesi ve kısıtlı literatür bilgileri olması ilgili çalışmalara ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle uğraş terapisinin bu hasta grubu üzerindeki etkilerinin araştırılması önem taşımaktadır. Bu çalışma ile, Acıbadem Altunizade Hastanesi Erişkin Kemik İliği Nakli Ünitesi'nde kemik iliği nakli yapılan hastalarda uğraş terapisinin anksiyete depresyon belirtileri ve uyku kalitesi üzerine etkisi literatür ışığında tartışılmıştır.

Uğraş terapisinin anksiyete ve depresyon üzerine etkilerine yönelik tartışma: Kanser hastalarında hastalıkla ilişkili anksiyete ve depresyon görülme oranı yüksektir (28,29,95). Çalışmamızda da hastaların anksiyete ve depresyon puanları incelendiğinde; deney grubu anksiyete ve depresyon ön test verilerine göre %22,2'sinin riskli düzeyde anksiyete ve %55,6'sının riskli düzeyde depresyon puanına sahip olduğu belirlendi. Kontrol grubu anksiyete ve depresyon ön test verilerine göre riskli düzeyde anksiyete puanına sahip hastanın olmadığı ve %27,3'ünün riskli düzeyde depresyon puanına sahip olduğu belirlendi. Son test verileri incelendiğinde deney grubunun riskli düzeyde anksiyete puanına sahip hastanın olmadığı ve %27,3'ünün riskli düzeyde depresyona sahip olduğu belirlendi (Tablo 4). Yarpuz arkadaşları (2008) araştırmasında hastaların %21,6'sında depresif belirtilere ve %33,8'inde kaygıya rastlamıştır (99). Beser ve Öz (2003) lenfoma tedavisi gören hastalarda kaygı puanını 8.0 ± 4.8 ve depresyon puanını 7.8 ± 5.1 şeklinde saptamıştır (100).

Çalışmamızda deney grubunun ön test-son test depresyon, anksiyete puanlarını karşılaştırıldığında son test puanlarında anlamlı bir düşüş saptandı (Tablo 5). Kemik iliği nakli yapılan hastalarda uğraş terapisi sonucunda depresyon ve anksiyete seviyesinde azalma görüldü. Çalışmamızda hastalar kendilerinin tercih ettikleri bir uğraş terapisini yapmışlardır. Çalışma kapsamında kemik iliği nakli sürecinde hastalar tarafından sıklıkla tercih edilen uğraşlar; %29,6 müzik dinleme, %18,5 mandala, %11,1 resim, %11,1 dans-hareket, %11,1 maske, %7,4 kolaj çalışması, %3,7 seramik-alçı heykel yapma, %3,7 fotoğraf ve %3,7 el örgüsüdür (Tablo 3). Cassileth ve diğerlerinin çalışmasında, kemik iliği nakli yapılan hastalarda tedavi sırasında uygulanan uğraş terapilerinden olan müziğin duygu durum bozukluklarını azalttığı gösterilmiştir (101). Bozcuk ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında kemoterapi alan hastalarda müzik terapisinin hem genel yaşam kalitesi hem de fiziksel semptomlar üzerinde olumlu etkisi olduğu değerlendirilmiştir. Randomize kontrollü çalışmalar, cerrahi girişimler ve kemoterapi tedavilerinin öncesi ve sonrası dönemlerinde müzik ve sesle oluşan titreşimler aracılığı ile kişinin daha yüksek bir bilince ulaştığını, günlük olumsuzluklardan arındığını ve anksiyeteyi azalttığını göstermiştir (102,103,104). Burns ve arkadaşlarının yoğun kemoterapi alan hastalarda müzik terapisinin hastaların depresyon ve anksiyetelerinin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (105). Ayrıca kanser hastalarının dışında diğer hasta gruplarında da müzik terapisi kullanılmasının kaygıyı azalttığı saptanmıştır (95,106,107).

Lawson ve arkadaşlarının (2016) kemik iliği nakli yapılan hastalarda sanat yapmanın ve müzik dinlemenin faydalarını etkilerini inceledikleri çalışmalarında 14 kişi bir sanat aktivitesi 11 kişiye de müzik dinletmişlerdir. Kontrol grubu ile müzik ve sanat grubunun anksiyete ve depresyon puanları arasında bir fark olmadığı saptanmıştır (108).

Müzik terapisi dışında yapılan diğer uğraş terapilerin kullanımını incelendiğinde; kanser gibi kronik hastalığı olan ve sürekli takip gerektiren hastaların olumsuz enerji birikimlerini azaltmak, motivasyonlarını güçlendirmek ve tedaviye

destek olmak için egzersiz ve sporun uğraş terapisinde kullanılabileceği belirtilmiştir (109). Bizim çalışmamızda diğer çalışma sonuçlarına uyumlu olarak yapılan uğraşlar arasında müzik dinleme önemli bir oranı oluşturmakla birlikte resim, mandala, kolaj çalışmasının daha sonra tercih edilen uygulamalar arasında olduğu görülmüştür. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; geniş uygulama alanı bulan ve hastanın anksiyete ve depresyon düzeyini önemli ölçüde azalttığı bildirilen, müzik, resim ya da kolaj gibi terapilerin kemik iliği nakil ünitelerinde kolay uygulanabilecek ya da ulaşılabilecek bir uğraş olması nedeniyle nakil sürecinde kullanılabileceği düşünülmektedir.

Cassileth vd. (2004) ve Lattanzi vd (2010) araştırmalarında kemik iliği nakli olan hastalara tedavi süresince uğraş terapisini uygulanmasının psikolojik olarak hastaları rahatlattığını ve hayat kalitesinin yükselmesinde etkili olduğunu saptamışlardır (110,111). Uğraş terapisinin depresyon ve anksiyete üzerine etkisinin incelendiği diğer çalışmaları incelediğimizde: Kabashima ve diğerleri kanser tedavisi gören hastalarda uğraş terapisinin kaygıyı azalttığını tespit etmişlerdir (112). Austin (2004) ve Joske vd. (2006) araştırmalarında uğraş terapisinin hastalarda pozitif enerjiyi artırmak, tedaviye destek olmak, yan etkileri azaltmak için kullanılabileceğini belirtmektedir (113,114). Hunter vd. (2013) kanserli hastaların gündelik yaşamlarını sürdürmede birtakım sorunlarla karşılaştıklarını belirtmiştir (115). Ayaktan tedavi gören kanserli hastaların duygu durumu değişikliklerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada; depresyon, anksiyete, sinirlilik, konfüzyon puanlarının hastaların günlük rutin alışkanlıklarına göre değiştiği, olumsuz duygu durumunun uğraş terapisini ile sınırlandırıldığı tespit edilmiştir (116).

Stein ve Hollender (2002), Young (2002) depresyonun kanser tedavisi gören hastalarda sıklıkla karşılaşılan bir problem olduğunu belirtmektedir. Tedavi süresinin belirsiz, uzun ve zorlu bir süreç olmasından dolayı hastanın yaşadığı çaresiz olma hissi kişide anksiyetenin ve depresyonun oluşmasını hızlandırmaktadır (117,118). Kemik iliği naklinin yapıldığı hastalarda uğraş terapisini ile hastaların psikososyal uyumunun sağlanması amaçlanmaktadır. Ançel (2000), hastanın tedavisine uğraş terapisini ile etkin katılımının sağlanmasının endişe ve depresyonun azaltılmasında

etkisinin oluğunu belirtmektedir (119).

Huri vd. (2015) yaşamı tehdit eden bir hastalığın olduğu hallerde aile, arkadaşlardan ve farklı uğraşlardan uzaklaşmanın hastanın psikolojisini negatif etkilediğini tespit etmiştir (120). Vockins (2004)'e göre uğraş terapileri, hastaların farklı aktivitelere yönelerek günlük işlerine uyum sağlamalarını kolaylaştırmaktadır. Bunun yanında kaygıyı ve depresif belirtileri azaltmaktadır (121). Steultjens vd (2004) yaptığı araştırmada hastalıklarda hastaların fiziki ve ruhsal işlevlerinin artırılmasında uğraşı terapisinin pozitif etkilerinin olduğunu saptamıştır (122).

Harder vd. (2002) KİT yapıldıktan sonra 2 ile 8 ay geçtikten sonra psikolojik sorunların yaşanabileceğini belirtmektedir (123). Cooper vd. (2002) yapılan bir araştırmada kanser tanısının konulmasından sonra dört aylık uğraşı terapisini alanların depresif hislerinin azaldığı ve daha pozitif psikolojiye sahip oldukları saptanmıştır (124).

Hastalar hem kanser teşhisi hem de tedaviye bağlı izolasyon ile ilgili olarak sıkıntı yaşamaktadır özellikle uzun süreli izolasyon gerektiren kemik iliği nakli sürecinde hastaların çeşitli uğraşı terapileri ile meşgul edilmesinin hasta sonuçları üzerinde olumlu etkiler oluşturacağı değerlendirilmektedir.

Uğraşı terapisinin uyku üzerine etkilerine yönelik tartışma: Kemik iliği nakli yapılan hastalarda görülen önemli sorunlardan biri de uyku kalitesinin bozulmasıdır (67). Uyku kalitesindeki bozulmalar kişiye fiziksel ve psikolojik yönden olumsuz etkileyebilmektedir. Yeterli uyku uyumayan hastalarda yorgunluk, dikkat dağınıklığı, sinirlilik, iştahsızlık ve ağrı eşiğinde azalma görülebilir. Bunların sonucu olarak yaşam kalitesinde bozulma, ortaya çıkmaktadır (7,8). Nelson ve arkadaşları otolog hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastaların nakilden sonra sıklıkla uyku bozukluğu yaşadığını belirtmektedir. Bu durumunda; kanserle ilişkili sıkıntı ve

tekrarlama korkusu ile yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir (125).

Bizim araştırmamızda deney ve kontrol grubunun uyku verileri karşılaştırıldığında kontrol grubunun kemik iliği nakli sonrasındaki ilk iki haftalık süreçte bir değişiklik olmadığı, deney grubunda ise ikinci haftada gece uyanık kalınan sürenin, uykunun bölünme sayısının azaldığı ve uyku kalitesinde bir artış olduğu saptandı (Tablo 6).

Karadağ (2002) uykunun insan yaşamının önemli bir bölümünü içerdiğinden uyku kalitesi kişinin hayat kalitesini olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Çölbay vd. (2007) uyku kalitesinin bozulmasının kişinin performansının düşmesine günlük yaşamının olumsuz etkilenmesine neden olduğunu belirtmektedir (126,127). Aktaş vd. (2015) tarafından yapılan başka bir çalışmada uyku kalitesinin kişinin fiziki ve ruhsal durumunu etkileyebildiği tespit edilmiştir (128).

Chan vd. (2010) depresyon ve uyku kalitesine müzik terapisinin etkisini incelediği araştırmasında müzik terapisinden sonra kişilerin uyku kalitesinde artış gerçekleştiğini bulmuştur (129). Sarıkaya ve Oğuz (2016) yaşı kişilerde akşamları uyumadan önce müzik terapi uğraşının uyku kalitesine olumlu etkilerinin olduğunu saptamıştır (130). Gökalp (2015) hematolojik kanser tanısı almış ve kemoterapi tedavisi alan hastalarda uğraşı terapisi çeşidi olan müzik terapinin hastaların uyku kalitelerini arttırıp, anksiyete düzeyini azalttığını saptanmıştır (131).

Kemik iliği nakli yapılan hastalara yatış sürecinde uygulanan uğraşı terapisinin anksiyete depresyon belirtileri ve uyku kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi için yapılan araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibidir;

- Deney grubunun ön test ve son test anksiyete puanlarının karşılaştırılması sonucunda anksiyete son test puanları lehine anlamlı bir farklılık saptanmıştır

($p<0,05$). İş-uğraş terapisi uygulanan hastaların anksiyete seviyesinde azalma tespit edilmiştir.

- Deneysel grubunun ön test ve son test depresyon puanlarının karşılaştırılması sonucunda depresyon son test puanları lehine anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). İş-uğraş terapisi uygulanan hastaların depresyon seviyesinde azalma görülmüştür.
- Deneysel ve kontrol gruplarının anksiyete ve depresyon ön test puanlarının karşılaştırılması sonucunda; deneysel grubundaki hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Deneysel grubu hastaların uyku verileri incelendiğinde; uykunun bölünme sayısı, gece uyanık kalınan süre ve uyku kalitesinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Gece uyanık kalınan süre ve uykunun bölünme sayısı 1. haftaya göre 2. haftada azalmışken, uyku kalitesinin 2. hafta arttığı belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kemik iliği nakli olan ve yaşam şekli değişen hastaların durumlarına uygun olarak uğraş terapilerine katılımının sağlanması ile, yatış sürecinde anksiyete ve depresyon belirtilerinde azalma ve uyku kalitesinde artma sağlanabilir.
- Uğraş terapisinin hemşirelerin klinik uygulamaları arasında yerini alması ve aktif olarak kullanılması önerilebilir. Bu anlamda multidisipliner bakışla hastaya en doğru uğraş terapisinin uygulanması terapinin etkinliğini arttıracaktır.
- Bu çalışmada sınırlı sayıda hasta ile çalışıldığı için, örneklem sayısının daha fazla olduğu benzer çalışmaların yapılması önerilebilir.
- Uğraş terapisinin kemik iliği nakli yapılan hastalar üzerindeki etkilerinin yeteri kadar bilinmemesi ve kısıtlı literatür bilgileri olması sebebi ile ilgili çalışmaların sayısının artırılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Carlson LE, Bultz BD. Mind-body interventions in oncology. *Current Treatment Options in Oncology*. 2008; 9(2): 127–134.
2. Gabriel B, Bromberg E, Vandenbovenkamp J, Walka P, Kornblith AB, Luzzatto P. Art therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2001; 10(2): 114-123.
3. Mosher CE, Redd WH, Rini CM, Burkhalter JE, DuHamel KN. Physical, psychological, and social sequelae following hematopoietic stem cell transplantation: A review of the literature. *Psycho-Oncology*. 2009; 18(2): 113–127.
4. Frodin U, Borjeson S, Lyth J, Lotfi KA. Prospective evaluation of patients' health-related quality of life during auto-SCT: A 3 year follow-up. *Bone Marrow Transplantation*. 2011; 46(10): 1345–1352.
5. Paterson CF. A short history of occupational therapy in psychiatry. *Occupational therapy and mental health*. J Creek, L Lougher (Eds), Philadelphia, Elsevier Limited. 2008; 4(3): 17.
6. Albano A, Hoffman L. *Treatment of Social Anxiety Disorder. Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice*. 2003; 128-161.
7. Taşkıran N. Gebelik ve uyku kalitesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 2011; 8(3): 239-245.
8. Menekşe B. KOAH tanısı almış hastalara verilen uyku hijyeni ve derin solunum-öksürük egzersizleri eğitiminin uyku ve yaşam kalitesine etkisi. Celal Bayar Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2018 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kıvanç Çevik).
9. Tanyeli A, Aykut G, Demirel AO, Akçaoğlu T. Hematopoetik kök hücre nakli ve tarihçesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2014; 23(1): 1-7.
10. Jacobson LO, Marks EK, Robson MJ, Gaston EO, Ziegle RE. Effect of spleen protection on mortality following X-irradiation. *J Lab Clin Med*. 1949; med (34): 1538-1543.
11. Thomas ED, Lochete HL, Lu WC, Ferrebee JW. Intravenous infusion of bone marrow in patients receiving radiation and chemotherapy. *N Engl J Med*. 1957; 257(11): 491-496.
12. Mathe G, Jammer H, Pendic B. Transfusions et greffes de moelle osseuse homologue chez des humains irradiés a haute dose accidentellement. *Rev Franc Etudes Clin et Biol*. 1959; 4: 226-238.
13. Singh AK, Joseph P, McGuirk. "Allojenik kök hücre nakli: tarihsel ve bilimsel bir bakış." *Kanser araştırması*. 2016; 76(22): 6445-6451.
14. Afessa B, Peters SG. Major complications following hematopoietic stem cell transplantation. *Semin Respir Crit Care Med*. 2006; 27: 297-309.

15. Swift MN. Efficacy of hematopoietic protective procedure in rats x-irradiated with intestine shielded. US Naval Radiological Defense Laboratory, 1955.
16. Knudtzon S. In vitro growth of granulocyte colonies from circulating cells in human cord blood. 1974; 43(3): 357-361.
17. Kapucu SS, Karaca Y. Kök hücre naklinde hasta değerlendirilmesi ve bakım. C.Ü. Hemşirelik Dergisi. 2008; 12(3): 52-59.
18. Yeğin ZA. Hematopoietik Kök Hücre Nakli Alıcılarında Uzun Dönem Komplikasyonların Yönetiminde Bütüncül Yaklaşım ve Destek Tedavileri, 8. Ulusal Kemik İliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Tedavileri Kongresi Özet Kitabı. Antalya; 6-8 Mart 2014: 44-47.
19. Erdal S, Koçubaba Ş, Çıtlak K, Boz G, Bostancı S, Koç E, Can G. Toplumumuzda kemik iliği nakli hastalarının öncelikli eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. 2017.
20. Şentürk V, Yaylı M, Civelek Y. Bir hastanın güncesi: Kemik iliği nakli yapılan hastalara psikososyal yaklaşım. Kriz Dergisi. 2012; 12(1): 55-65.
21. Munk-Jørgensen P, Allgulander C, Dahl AA, Foldager L, Holm M, Rasmussen I. and Wittchen HU. Prevalence of generalized anxiety disorder in general ppractice in denmark, finland, norway, and sweden. Psychiatric Services. 2006; 57(12): 1738—1744.
22. Beausang P, Syyed R. Screening for anxiety and depression in adult general medical in-patients in a scottish district general hospital. Scottish Medical Journal. 1998; 43(6): 177-180.
23. Stein DJ, Baldwin DS, Bandelow B, Blanco C, Fontenelle LF, Lee S and van Ameringen, M. A 2010 evidence-based algorithm for the pharmacotherapy of social anxiety disorder”. Current psychiatry reports. 2010; 12(5), 471-477.
24. Özmen E, Aydemir Ö. Bedensel hastalığı olanlarda depresyon. Psikiyatri Bülteni. 1993; 2(2): 71-77.
25. Aydemir Ö, Bayraktar E. Genel tıpta anksiyete. PsychoMed. 1996; 2(3): 102-112.
26. McNally RJ. Is anxiety sensitivity distinguishable from trait anxiety? a reply to lilienfeld, jacob, and turner. Journal of Abnormal Psychology. 1989; 98: 193-194.
27. Karacan Y, Kapucu S. Periferik kök hücre naklinde hastalarda görülen anksiyete ve depresyon. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(1): 77-82. <https://dergipark.org.tr/en/download/articlefile/29512>. Erişim Tarihi: 20.11.2020
28. Kuba K, Esser P, Mehnert A, Johansen C, Schwinn A, Schirmer L, SchulzKindermann F, Kruse M, Koch U, Zander A, Kröger N, Götze H, Scherwath A. Depression and anxiety following hematopoietic stem cell transplantation: a prospective population-based study in Germany. Bone Marrow Transplant. 2017; 52(12): 1651,1657. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28892083>. Erişim Tarihi: 20.11.2020.
29. Seo H, Baek Y, Cho B, Kim T, Um Y, Chae J. Anxiety and depression of the patients with hematological malignancies during hospitalization for hematopoietic stem cell transplantation. Psychiatry investigation. 2019; 16(10): 751-758.
30. Packman W, Weber S, Wallace J. et al. Psychological effects of hematopoietic SCT on pediatric patients, siblings and parents: A review. Bone Marrow Transplant. 2010; 45(7): 1134—1146.

31. Morgan N, Taylor D. Psycho dynamic psychotherapy and the treatment of depression. *Psychiatry*. 2005; 4(5): 6-9.
32. Kernberg OF. An integrated theory of depression. *Neuropsychoanalysis*. 2009; 11(1): 76-80.
33. Lewinsohn P, Dimidjian S, Martell C. Behavioral models of depression. In *The international encyclopedia of depression*, 2009.
34. Mathews CO. A review of behavioral theories of depression and a self-regulation model for depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1977; 14(1): 79.
35. Ingram R. Cognitive theories of depression. In *The international encyclopedia of depression*. 2009.
36. Ellis A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart. 1962.
37. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978; 87(1): 49-74.
38. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
39. WHO (Dünya Sağlık Örgütü) *Depression: A global Public Health Concern* Wolanin. 2012.
40. Bozkurt H, Şahin S, Zoroglu S. İnternet bağımlılığı: Güncel bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016; 6(3): 235-247.
41. Kılıçoğlu A. Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri ve etyolojisine yönelik bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7(1): 49- 54.
42. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000; 11(1): 3-16.
43. Aydın N, Gürel D, Vural A, Vargel S. Bronşial astım hastalarında depresyon ve anksiyete varlığı. *Türkiye Klinikleri Allerji-Astım*. 2002; 4(1): 119-124.
44. Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, Kent A, Kunkel M, Schechter J, Tate J. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *academic medicine*, 2009; 84(2): 236-241.
45. Erkek Y. *Tip 2 Diyabetli Hastalarda Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2010 (Danışman: Doç.Dr. Ayla Ergin).
46. Şenel F. Uyku ve rüya. *Bilim ve Teknik Dergisi*. 2005; 1: 19.
47. Keskin N, Tamam L. Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2018; 27(2): 241-260.
48. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. 2007; 8(4): 234-240.
49. Şenel F. Uyku ve rüya. *Bilim ve Teknik Dergisi*. 2005; 2: 2-14.
50. Şenol V, Soyuer F, Akça R, Argün M. Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2012; 14: 93-102.
51. Öztürk MO. & Uluşahin A. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri; 2016.
52. Karadağ M. Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2). *Akciğer Arşivi*. 2007; 8(1): 88-91.

53. Ünsal B. Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylere Verilen Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku Kalitesine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2013.
54. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, İsmailoğlu, E. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7(3): 193-198.
55. Irish LA, Kline C, Gunn H, Buysse D, Hall M. The Role of Sleep Hygiene in Promoting Public Health: A Review of Empirical Evidence. Sleep medicine. 2014; 22: 23-36.
56. Yıldız FT. Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2013; 17(1): 1-7.
57. Bhandari PM, Neupane D, Rijal S, Thapa K, Mishra SR, Poudyal AK. Sleep quality, internet addiction and depressive symptoms among undergraduate students in Nepal. 2017; 17(1): 1-8.
58. Taşkiran N. Gebelerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 2009 (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Yılmaz).
59. Temel F, Hancı P, Kasapoğlu T, Kışla RM, Sarıkaya MS, Yılmaz M, Özcebe H. Ankara'da bir meslek lisesi 10. ve 11. sınıf öğrencilerinin uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2010;53(1): 122-131.
60. Lafçı D. Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2009 (Doç. Dr. Gürsel Öztunç).
61. Espie CA. Uyku ve uykusuzluk sorunları. İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık. 2018.
62. Özgen F, Yetkin S. Güncel Klinik Psikiyatri. Işık, E., Taner, E., & Işık, U. (Editörler). İstanbul: Asimetrik Paralel.; 2008.
63. Bilgili N, Kitiş Y, Ayaz S. Yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2012; 15(1): 81-88.
64. Taşkiran N. Gebelik ve uyku kalitesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2011; 8(1): 239-245.
65. Dikmen Y. Uyku ve uyku ile ilgili uygulamalar. Akça Ay F. (Ed.), Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. 2013: 686-698.
66. Özcan NK. Uyku ve uyku sorunu. Ay FA., Ertem Ü., Ören B., Işık R., Sarvan S. (Ed.). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar. 2008: 409-421.
67. Bevans M, Mitchell S, Marden S. The symptom experience in the first 100 days following allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). Supportive Care Cancer. 2008; 16(11): 1243-1254.
68. Gilbertson L, Langhorne P, Walker A, Allen A, Murray GD. Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: Randomised controlled trial. Br Med J. 2000; 320(7235): 603-604.
69. Ergoterapi. <https://www.researchgate.net/publication/337358010> Erişim tarihi: 15/11/2020
70. Çekmece Ç, Dursun N. İş Uğraşı Tedavisi. Tıbbi Rehabilitasyon. 2015: 351-358.

71. Kayıhan H, Uyanık M, Bumin G, Akı E, Öksüz Ç, Akel B. Uluslararası Katılımlı Ergoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi Ruh sağlığı ve Toplum temelli rehabilitasyon. 2015.
72. Savaş İ. Çocuk Resmi ve Bilinçaltı, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Bahattin Odabaşı).
73. Aldiss S, Horstman M, O'leary C, Richardson A, Gibson F. What is important to young children who have cancer while in hospital? *Children & Society*. 2009; 23(2): 85-98.
74. Malchiodi C. Cool Art Therapy Intervention Mask Making, *Psychology Today*. 2010.
75. Yaşar T. Görsel Sanatlarda Anlatım Biçimi Olarak Kolaj Tekniği ve Yunan Mitolojisinden Öykünmeler: Musalar. Süleyman Demirel Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2014 (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Özkartal).
76. Weiser, J. Phototherapy techniques in counselling and therapy- using ordinary snapshots and photo-interactions to help clients heal their lives, *canadian art therapy association journal*. 2015; 17(2): 23-53.
77. Tanç S. Benlik Değeri, Umutsuzluk ve Kariyer Beklentileri. 1999.
78. Segal ZV, Williams J.M, Teasdale JD, Gemar M. A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*. 1996; 26(2): 371-380.
79. Geue K, Goetze H, Buttstaedt M, Kleinert E, Richter D, Singer S. An overview of art therapy interventions for cancer patients and the results of research, *complementary therapies in medicine*. 2010; 18(3-4): 160-170.
80. Deane K, Carman M, Fitch M. The cancer journey: bridging art therapy and museum education. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*. 2000; 10(4): 140-142.
81. Gleissner G. What Is Dance Movement Therapy, *Psychology Today*. 2005: 240.
82. Jeong YJ, Hong S, Lee MS, Park M.C, Kim YK, Suh CM. Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International journal of neuroscience*. 2005; 115(12): 1711-1720.
83. Forzoni S, Perez M, Martignetti A, Crispino S. Art therapy with cancer patients during chemotherapy sessions: an analysis of the patients' perception of helpfulness, palliative & supportive care, 2010; 8(1): 41-48.
84. Garlock LR Stories in the cloth: Art therapy and narrative textiles. *Art Therapy*, 2016; 33(2): 58-66.
85. <https://www.tzv.org.tr/#/101> Erişim Tarihi: 22.11.2020
86. Birkan ZI. Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*. 2014: 37.
87. Reed KL, Nelson S, Sanderson F. Defining occupational therapy. *Concepts of occupational therapy*. E Johnson (Ed), 4. Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins. 1999; 3-14.

88. Leckey J. The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: A systematic review of the literature, *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2011;18(6): 501-509.
89. Lewis T, Everson-Rose SA, Powell LH, Matthews KA, Brown C, Karavolos K and Wesley D. Chronic exposure to everyday discrimination and coronary artery calcification in africanamerican women: the swan heart study. *Psychosomatic medicine*. 2006; 68(3): 362-368.
90. Perala, J, Suvisaari J, Saarni S, Kuoppasalmi K., Isometsa E, Pirkola, S. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64(1): 19-28.
91. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm Florianópolis*. 2007; 16(1): 129-35.
92. Cortis JD, Kendrick K. Nursing ethics, caring and culture. *Nurs Ethics*. 2003; 10(1): 77-88.
93. Sherwood GD. Meta-synthesis of qualitative analysis of caring: defining a therapeutic model of nursing. *Advanced Practice of Nursing Quarterly*. 1997; 3(1): 32-42.
94. Faul F., Erdfelder E., Lang, AG., Buchner AG* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 2007; 39(2): 175-191.
95. Jasemi M, Aazami S, Zabihi RE. The effects of music therapy on anxiety and depression of cancer patients. *Indian journal of palliative care*. 2016; 22(4): 455.
96. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983; 67(6): 361-370.
97. Aydemir, Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997; 8(4): 280-287.
98. Drendel, A.L., Kelly, B.T., Ali, S. (2011). Pain assessment for children overcoming challenges and optimizing care. *Pediatr Emer Care*, 27, 773-781.
99. Yarpuz YA, Demirci SE, Erdi ŞE, Özgüven DH. Akne vulgaris hastalarında sosyal kaygı düzeyi ve bunun klinik değişkenler ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008; 19(1): 29-37.
100. Beser NG, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003; 7(1): 47-58.
101. Cassileth AJV, Lucanne AM, Barrie R. Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: a randomized controlled trial. *Cancer*. 2003; 98(12): 2723-2729.
102. Bozcuk H, Artac M, Kara A, et al. Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study, *Med Sci Monit*, 2006; 12(5): 200-205.
103. Walker LG, Walker MB, Ogston K, et al. Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy, *British Journal of Cancer*. 1999; 80(12): 262-268.

104. Ferrer AJ. The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment, *J Music Ther.* 2007; 44(3): 242– 255.
105. Burns DS, Azzouz F, Sledge R, et al. Music imagery for adults with acute leukemia in protective environments: a feasibility study. *Support Cancer Care.* 2008; 16(1): 507-513.
106. Iconomou G, Mega V, Koutras A, et al. Prospective assessment of emotional distress, cognitive function and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy, 2004; 101(1): 404-411.
107. Pekçetin S, Bumin G, Güngör T, Tunç S. Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalarda algılanan aktivite performansının toplumsal katılım ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.* 2013; 1(2): 31-40.
108. Lawson LM, Glennon C, Fiscus V, Harrell VS, Krause KA, Moore AB, Smith K. Effects of making art and listening to music on symptoms related to blood and marrow transplantation. *Oncol Nurs Forum.* 2016; 43(2): 56-63.
109. Carter MJ, Van GE. *Therapeutic recreation: A practical approach.* Waveland press. 2019.
110. Cassileth BR, Dang G. Complementary and alternative therapies for cancer, *The Oncologist,* 2004; 9(1): 80-89.
111. Lattanzi JB, Giuliano S, Meehan C, Sander B, Wootten R, Zimmerman A. Recommendations for physical and occupational therapy practice from the perspective of clients undergoing therapy for breast cancer-related impairments, *Journal of AlliedHealth,* 2010; 39(4): 257-264.
112. Kabashima M, Uramoto H, Yamazaki K et al. What do cancer chemotherapy outpatients want? results of a questionnaire survey. *Gan to kagaku ryoho. Cancer & chemotherapy,* 2006; 33(11): 1681-1683.
113. Austin DR, *Therapeutic Recreation,* 5. Baskı, Illinois: Sagamore Publishing. 2004.
114. Joske DJL, Rao A, Kristjanson L. Critical review of complementary therapies in haematology, *Internal Medicine Journal.* 2006; 36(1): 579-586.
115. Hunter E, Baltisberger J. Functional outcomes by age for inpatient cancer rehabilitation: a retrospective chart review, *Journal of Applied Gerontology,* 2013; 32(4): 443-456.
116. Taylor K, Currow DA. Prospective study of patient identified unmet activity of daily living needs among cancer patients at a comprehensive cancer care centre, *australian occupational therapy journal.* 2003; 50(2): 79-85.
117. Stein D.J., Williams DR, Stein DJ, Hollander E. Cultural and social aspects of anxiety disorders. *Textbook of anxiety disorders.* 2002.
118. Young KL. Validation of the nursing diagnosis anxiety in adult patients undergoing bone marrow transplant. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* 2002; 13(3): 88.
119. Ançel G. Kök hücre naklinin psikososyal boyutu. *Hemşire Eğitim Kursu.* Hacettepe Üniversitesi. Ankara, 2000.

120. Huri M, Huri E, Kayıhan H. Metastatik prostat kanserli bireylerde ergoterapinin iyi olma hali ve duygu durumu üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2015; 3(2): 71-79.
121. Vockins H. Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: A survey. *European Journal of Cancer Care*, 2004; 13(1): 45-52.
122. Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Schaardenburg D, Kuyk MA, Ende CH. Occupational therapy for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004, 1.
123. Harder H, Cornelissen JJ, Van Gool AR. Cognitive functioning and quality of life in long-term adult survivors of bone marrow transplantation. *Cancer*. 2002; 95(1): 183-192.
124. Turner, A. Occupational therapy and physical dysfunction Churchill Livingstone. Churchill Livingstone/Elsevier. 2010: 615-618.
125. Nelson AM., Jim HS, Small, BJ, Nishihori T, Gonzalez, BD, Cessna, JM, Jacobsen PB. Sleep disruption among cancer patients following autologous hematopoietic cell transplantation. *Bone marrow transplantation*. 2018; 53(3): 307-314.
126. Karadağ M. Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). *Türkiye Klinikleri Archives of Lung*, 2007; 8(3): 88-91.
127. Çölbay M., Yüksel Ş., Acartürk, & Ünlü, M. Hemodiyaliz hastalarının pittsburgh uyku kalite indeksi ile değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2007; 55(2): 167-173.
128. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*. 2015; 8(2): 60-70.
129. Chan M.F., Chan E.A., Mok E. Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: a randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 2010; 18(3-4): 150-159.
130. Sarıkaya A, Oğuz, S. Huzurevinde kalan yaşlılarda pasif müzikoterapinin uyku kalitesine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2016; 7(2): 55-60.
131. Gökalp K. Müzik Terapisinin Yaşlı Kanser Hastalarının Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, 2015 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mine Ekinci).

7. EKLER

EK 1. Aydınlatılmış Onam Formu Kontrol Grubu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma “Kemik İliği Transplantasyonu Süresince Uygulanan Uğraşı Terapisinin Anksiyete Depresyon ve Uyku kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi” amacıyla yapılmaktadır. Kliniğe yattığınız gün ve klinikten çıkacağınız gün olmak üzere size iki kez anket/ölçek uygulanacaktır.

Bu araştırma karşılığında sizden ücret talep edilmeyecek ve size maddi/manevi bir ödül verilmeyecektir. Ayrıca araştırmacı ve kurumun yürütülen araştırmadan herhangi bir maddi çıkarı yoktur. Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır ve herhangi bir aşamada çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

ADI :

GÖREVİ :

TELEFON :

Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Gönüllü Katılımcı

İmza-----

Tarih ----/----/

Adı Soyadı -----

Sorumlu Araştırmacı

İmza-----

Tarih ----/----/

Adı Soyadı -----

EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu Deney Grubu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma “Kemik İliği Transplantasyonu Süresince Uygulanan Uğraşı Terapisinin Anksiyete Depresyon Belirtileri ve Uyku kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi” amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırma sırasında klinikte yattığınız süre içerisinde sizinle belli aralıklarla sizin tercihinize yönelik uğraşı terapisi yapılacaktır. Kliniğe yattığınız ilk gün ve taburcu olacağınız gün olmak üzere anket/ölçekler iki kez uygulanacaktır.

Bu araştırma karşılığında sizden ücret talep edilmeyecek ve size maddi/manevi bir ödül verilmeyecektir. Ayrıca araştırmacı ve kurumun yürütülen araştırmadan herhangi bir maddi çıkarı yoktur. Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır ve herhangi bir aşamada çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

ADI :

GÖREVİ :

TELEFON :

Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu

imzalayınız.

Gönüllü Katılımcı

İmza-----

Tarih ----/----/

Adı Soyadı -----

Sorumlu Araştırmacı

İmza-----

Tarih ----/----/

Adı Soyadı -----

EK 3. Kişisel Bilgi Formu

Adınız/ Soyadınız:

1. Yaşınız:

2. Uyuşunuz?

- 1) TC 2) Yurtdışı

3. Cinsiyetiniz?

- 1) Erkek 2) Kadın

4. Yaşadığınız Yer?

- 1) Şehir 2) Kırsal

5. Eğitim Düzeyiniz?

- 1) Okur- yazar değil 2) İlköğretim 3) Lise 4) Lisans 5) Lisans üstü

6. Mesleğiniz?

- 1) Ev hanımı 2) Emekli 3) Öğrenci 4) Çalışıyor 5) Çalışmıyor

7. Medeni Durumunuz?

- 1) Evli 2) Bekar 3) Eşinden ayrılmış 4) Eşi ölmüş

8. Sosyal Güvenceniz?

- 1) SGK 2) Özel Sağlık Sigortası 3) Yok

9. Gelir Düzeyiniz?

- 1) Yeterli 2) Kısmen Yeterli 3) Yetersiz

10. Kimlerle Yaşıyorsunuz?

- 1) Yalnız yaşıyorum
2) Eşimle yaşıyorum

- 3) Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum
- 4) Anne/babamla yaşıyorum
- 5) Çocuklar/yakınlarımla evimde yaşıyorum
- 6) Diğer (Belirtiniz)...

11. Diğer Kronik Hastalık Durumu

- 1) Yok
- 2) Var (Belirtiniz.....)

12. Aldığınız tedaviye bağlı yaşadığınız komplikasyon (istenmeyen, olumsuz etki ve/veya hastalık) oldu mu?

- 1) Hayır
 - 2) Evet
- (Belirtiniz.....)

13. Tedavi sürecinde sizi en fazla olumsuz yönde etkileyen sorun nedir?

- 1) Fiziksel sorunlar (Ağrı, kas krampları, yorgunluk)
- 2) Beslenme düzeni ve şekli ile ilgili sorunlar (İştahsızlık, bulantı-kusma, kısıtlamalar)
- 3) Beden imajı, benlik saygısı ile ilgili sorunlar (hastalığa bağlı fiziksel görünümle ilgili sorunlar)
- 4) Yalnızlık, iş/okul ortamından ve sosyal çevreden uzaklaşma
- 5) Hastaneye bağımlı olma durumu
- 6) Diğer (Belirtiniz)

15. Hastalıktan sonra aile ilişkileriniz nasıl etkilendi?

- 1) İlişkilerimiz güçlendi/dayanışmamız arttı.
- 2) İlişkilerimizi zayıflattı.
- 3) Herhangi bir değişiklik olmadı

16. Hastalığınızla ilgili yeterli bilgi aldınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kısmen

EK 4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

Adınız- Soyadınız:

Tarih:

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- 3 Çoğu zaman
- 2 Birçok zaman
- 1 Zaman zaman, bazen
- 0 Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- 0 Aynı eskisi kadar
- 1 Pek eskisi kadar değil
- 2 Yalnızca biraz eskisi kadar
- 3 Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- 3 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- 2 Evet, ama çok da şiddetli değil
- 1 Biraz, ama beni endişelendiriyor
- 0 Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- 0 Her zaman olduğu kadar
- 1 Şimdi pek o kadar değil
- 2 Şimdi kesinlikle o kadar değil
- 3 Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- 3 Çoğu zaman
- 2 Birçok zaman
- 1 Zaman zaman, ama çok sık değil
- 0 Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- 0 Hiçbir zaman
- 1 Sık değil
- 2 Bazen
- 3 Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- 3 Kesinlikle
- 2 Genellikle
- 1 Sık değil
- 0 Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- 0 Hemen hemen her zaman
- 1 Çok sık
- 2 Bazen
- 3 Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- 3 Hiçbir zaman
- 2 Bazen
- 1 Oldukça sık
- 0 Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- 0 Kesinlikle
- 1 Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- 2 Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- 3 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- 3 Gerçekten de çok fazla
- 2 Oldukça fazla
- 1 Çok fazla değil
- 0 Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- 0 Her zaman olduğu kadar
- 1 Her zamankinden biraz daha az
- 2 Her zamankinden kesinlikle daha az
- 3 Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- 3 Gerçekten de çok sık
- 2 Oldukça sık
- 1 Çok sık değil
- 0 Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- 0 Sıklıkla
- 1 Bazen
- 2 Pek sık değil
- 3 Çok seyrek

EK 5. Uyku Kalitesi VAS ile Değerlendirilmesi

| Günler | Uykunun Kalitesi (VAS ile değerlendirilecek) |
|--------|--|
| 1.GÜN | |
| 2.GÜN | |
| 3.GÜN | |
| 4.GÜN | |
| 5.GÜN | |
| 6.GÜN | |
| 7.GÜN | |
| 8.GÜN | |
| 9.GÜN | |
| 10.GÜN | |
| 11.GÜN | |
| 12.GÜN | |
| 13.GÜN | |
| 14.GÜN | |
| 15.GÜN | |
| 16.GÜN | |
| 17.GÜN | |
| 18.GÜN | |
| 19.GÜN | |
| 20.GÜN | |

EK 6. Kit Süresince Uyku Günlüğü

| Günler | Toplam Uyku Süresi | Uykunun Bölünme Sayısı | Gece Uyanık Kalınan Toplam Süre |
|--------|--------------------|------------------------|---------------------------------|
| 1.GÜN | | | |
| 2.GÜN | | | |
| 3.GÜN | | | |
| 4.GÜN | | | |
| 5.GÜN | | | |
| 6.GÜN | | | |
| 7.GÜN | | | |
| 8.GÜN | | | |
| 9.GÜN | | | |
| 10.GÜN | | | |
| 11.GÜN | | | |
| 12.GÜN | | | |
| 13.GÜN | | | |
| 14.GÜN | | | |
| 15.GÜN | | | |
| 16.GÜN | | | |
| 17.GÜN | | | |
| 18.GÜN | | | |
| 19.GÜN | | | |
| 20.GÜN | | | |

EK 7. Atadek Onay Formu



EK 8. Kurum İzin Formu



8. ÖZGEÇMİŞ



