

**ŞEBNEM BILGIÇ**

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.**

**DOKTORA TEZİ**

**İSTANBUL-2015**

**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**(DOKTORA TEZİ)**

**KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA MÜZİK  
TERAPİNİN KEMOTERAPİ SEMPTOMLARI VE KONFOR  
DÜZEYİNE ETKİSİ**

**ŞEBNEM BİLGİÇ**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. RENGİN ACAROĞLU**

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI  
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**

**İSTANBUL-2015**

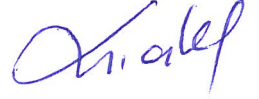
## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora Programında Şebnem Bilgiç tarafından hazırlanan "Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi" başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

07 / 07 / 2015

### Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası  
1.Prof.Dr.Neriman Akyolcu (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



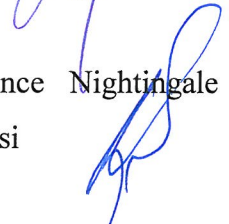
2.Prof.Dr.Rengin Acaroğlu (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3.Doç.Dr.Ükke Karabacak Acıbadem Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Merdiye Şendir (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/ Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Yard.Doç.Dr.Nuray Şahin Orak Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi



**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla 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.



Şebnem BİLGİÇ

## İTHAF

*Kızım Elif SARE' me ithaf ediyorum.*

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım ve değerli hocam *Prof.Dr.Rengin Acaroğlu'na*,

Tez projesine bilgi, deneyim ve düşünceleri ile yol gösteren *Prof. Dr. Neriman Akyolcu, Doç. Dr. Merdiye Şendir'e*

Akademik gelişimime katkıda bulunan İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı hocalarım *Doç. Dr. Hatice Kaya* başta olmak üzere tüm öğretim üyesi hocalarıma,

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tekirdağ Süleymanpaşa Devlet Hastanesi Günübürlük Kemoterapi Ünitesi hekim ve hemşirelerine,

Çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm hastalarıma,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi doktora tezimi hazırlama sürecinde de özverili destekleri ile her zaman yanımda olan, destek ve sevgisini her zaman yanımda hissettiğim başta canım aileme, özellikle sevgili eşim *Ender Bilgiç* ve kızım *Elif Sare'me* sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 40731

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	Xİ
ÖZET .....	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. KEMOTERAPİ.....	4
2.1.1. Kemoterapi Semptomları .....	4
2.2. KEMOTERAPİ VE KONFOR.....	7
2.2.1. Konfor Kavramı .....	7
2.3. HOLİSTİK HEMŞİRELİK UYGULAMASI OLARAK MÜZİK TERAPİ .....	9
2.3.1. Müzik Terapi.....	10
2.3.2. Müzik Terapinin Tarihçesi.....	10
2.3.3. Müzik Terapi ve Hemşirelik .....	12
2.3.4. Müzik Terapinin Etkileri.....	13
2.3.5. Müzik Terapi Çeşitleri .....	16
2.4. KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI .....	16
2.4.1. Konfor Kuramı.....	17
2.4.2. Yaşam Modeli .....	20
2.4.3. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Yaşam Modeli ve Konfor Kuramı Rehberliğinde Hemşirelik Bakımı .....	21
2.4.3.1. Tanılama.....	21
2.4.3.1.1. Yaşam Süresi.....	22
2.4.3.1.2. Yaşam Aktiviteleri .....	23

2.4.3.1.3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler .....	28
2.4.3.1.4. Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi.....	31
2.4.3.1.5. Yaşamda Bireysellik .....	31
2.4.3.2. Hemşirelik Tanısı .....	32
2.4.3.3. Planlama.....	32
2.4.3.4. Uygulama .....	40
2.4.3.5. Değerlendirme.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	41
3.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ VE SORULARI .....	41
3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	41
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	41
3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	42
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	42
3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI .....	45
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ.....	49
3.9. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI .....	49
3.10. ARAŞTIRMANIN TAMAMLANMASINDA KARŞILAŞILAN DURUMLAR .....	50
3.11. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	51
3.12. ARAŞTIRMAYA SAĞLANAN DESTEK .....	52
4. BULGULAR.....	53
4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR .....	54
4.2. MÜZİK TERAPİNİN KEMOTERAPİ SEMPTOMLARINA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	58
4.3. MÜZİK TERAPİNİN KONFOR DURUMUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	66
5. TARTIŞMA.....	73
5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	73
5.2. MÜZİK TERAPİNİN KEMOTERAPİ SEMPTOMLARINA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	74



5.3. MÜZİK TERAPİNİN KONFOR DURUMUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	84
6. SONUÇLAR.....	89
7. ÖNERİLER.....	92
KAYNAKLAR.....	93
FORMLAR.....	111
ETİK KURUL KARARI.....	119
ÖZGEÇMİŞ.....	121

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Genel Konfor Ölçeğinin Değerlendirilmesi .....	45
Tablo 3-2: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistik Analizler .....	51
Tablo 4-1: Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	54
Tablo 4-2: Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	55
Tablo 4-3: Hastaların Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular .....	56
Tablo 4-4: Hastaların Konfor Durumuna İlişkin Bulgular .....	57
Tablo 4-5: Hastalarda Kemoterapi Semptomlarının Başlama Zamanına İlişkin Bulgular .....	58
Tablo 4-6: Deney Grubu Hastalarda Müzik Terapi Uygulama Ortalamaları ile İlişkili Bulgular .....	58
Tablo 4-7: Deney Grubu Hastalarda Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular .....	59
Tablo 4-8: Kontrol Grubu Hastalarda Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular .....	61
Tablo 4-9: Hastaların Kemoterapi Semptomları Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	63
Tablo 4-10: Hastaların KT'den Bir Hafta Sonrası ile KT Öncesi Semptom Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması .....	65
Tablo 4-11: Deney Grubu Hastaların Konfor Durumuna İlişkin Bulgular .....	66
Tablo 4-12: Kontrol Grubu Hastaların Konfor Durumuna İlişkin Bulgular .....	69
Tablo 4-13: Hastaların KT'den Bir Hafta Sonrası ile KT Öncesi Konfor Durumu Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması .....	72

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1: Araştırma Tasarımı.....	48
Şekil 4-1: Deney Grubu Hastalarda Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular.....	60
Şekil 4-2: Kontrol Grubu Hastalarda Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular.....	62
Şekil 4-3: Deney Grubu Hastalarda Konfor Durumuna İlişkin Bulgular .....	68
Şekil 4-4: Kontrol Grubu Hastalarda Konfor Durumuna İlişkin Bulgular .....	71

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

<b>ESTÖ</b>	Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği
<b>GKÖ</b>	Genel Konfor Ölçeği
<b>GYA</b>	Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>KT</b>	Kemoterapi
<b>M.Ö.</b>	Milattan Önce
<b>NANDA-I</b>	NANDA International
<b>NIC</b>	The Nursing Interventions Classification ( <i>Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırması</i> )
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences ( <i>Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi</i> )
<b>TÜMATA</b>	Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu

## ÖZET

Bilgiç, Ş. (2015). Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırma kemoterapi uygulanan hastalarda müzik terapinin kemoterapi semptomları ve konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla, öntest- sontest kontrol gruplu, yarı deneysel araştırma deseni ile gerçekleştirildi.

Araştırmanın örneklemini bir devlet hastanesinin gününbirlik kemoterapi ünitesinde tedavi uygulanan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 70 hasta (35 deney, 35 kontrol) oluşturdu. Araştırmanın verileri 'Hasta Bilgi Formu', 'Hasta İzlem Formu', 'Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği' ve 'Genel Konfor Ölçeği' ile toplandı.

Deney grubuna kemoterapi esnasında ve kemoterapiyi takip eden hafta boyunca müzik terapi uygulandı. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim uygulanmadı. Veriler SPSS 16.0 programı ile tanımlayıcı (ortalama, standart sapma, minimum- maksimum, yüzde) ve karşılaştırmalı istatistiksel yöntemler (Mann-Whitney U Testi, Kikare Testi, Friedman Testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi) kullanılarak analiz edildi.

Çalışmada, müzik terapi öncesi, kemoterapi semptomlarını deneyimleme ve konfor durumu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ( $p<0,05$ ). Müzik terapi sonrası, kemoterapi semptomlarından, ağrı ( $p=0,002$ ), yorgunluk ( $p=0,000$ ), bulantı ( $p=0,019$ ), endişe ( $p=0,002$ ), uykusuzluk ( $p=0,000$ ) iştahsızlık ( $p=0,001$ ) ve kendini kötü hissetme ( $p=0,000$ ) semptomlarında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptandı. Konfor durumunda ise, GKÖ toplam ( $p=0,001$ ), fiziksel ( $p=0,000$ ), psikospiritüel ( $p=0,002$ ), sosyokültürel konfor ( $p=0,035$ ) ve tüm konfor düzeylerinde ( $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu.

Sonuç olarak, müzik terapinin, kemoterapi uygulanan hastalarda, kemoterapi semptomlarının şiddetini azaltma ve hastaların konfor düzeyini arttırmada etkili bir girişim olduğu görüldü. Araştırmanın, aynı tanıya sahip ve tedavi uygulanan hasta gruplarında, birden fazla izlemde tekrarlanması önerildi.

Anahtar Kelimeler : kemoterapi, müzik terapi, kemoterapi semptomları, konfor düzeyi.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 40731

## ABSTRACT

Bilgiç, Şebnem. (2015). The Effects of Music Therapy on the Symptoms of Chemotherapy and Comfort Level in Patients Receiving Chemotherapy. İstanbul University, Institute of Health Science, Fundamentals of Nursing Department. PhD. Thesis İstanbul.

This study was aimed to determine the effectiveness of the music therapy against chemotherapy symptoms and comfort levels in patients who receiving chemotherapy. It was carried out semi-experimental research design with pre and post- test control groups.

The study sample group was included 70 ambulatory patients (35 experimental, 35 control) who accepted to participate in the study, were receiving chemotherapy in a state hospital. Data of research was collected by using "Patient Information Form", "Patient Follow-up Form", "Edmonton Symptom Assessment Scale" and "General Comfort Questionnaire".

Music therapy was applied to the experimental group during chemotherapy and the following week of chemotherapy. Any intervention was not applied to the control group. The data were analyzed with the SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences) using by descriptive (mean, standard deviation, minimum-maximum, percentage) and comparative statistical methods (Mann-Whitney U Test, Chi- Square Test, Friedman Test, Wilcoxon Signed Rank Test).

There were not statistically differences among groups with regard to chemotherapy symptoms and comfort levels ( $p>0,05$ ), before music therapy. There were statistically differences between experimental and control groups for chemotherapy symptoms as pain ( $p=0,002$ ), tiredness ( $p=0,000$ ), nausea ( $p=0,000$ ), anxiety ( $p=0,000$ ), lack of appetite ( $p=0,000$ ), sleeplessness ( $p=0,000$ ), feeling bad ( $p=0,000$ ), after music therapy. When comfort score was evaluated, there were statistically differences in total GCQ score, physical, psychospiritual, sociocultural comfort and all comfort levels ( $p<0,05$ ) between both groups.

In conclusion, it was observed that music therapy was effective for reducing the severity of chemotherapy symptoms and increasing the comfort level of the patients receiving chemotherapy. It was suggested to repeat this study with multiple follow-up in different patient population that have same diagnosis and treatment.

Key Words: chemotherapy, music therapy, chemotherapy symptoms, the level of comfort.

The present work was supported by the Research Fund of İstanbul University. Project No.40731

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser hastalarında, tedavi etmek, yaşamı uzatmak, semptomları önleyerek ya da en aza indirerek yaşam kalitesini yükseltmek için uygulanan kemoterapi ilaçları, tedavi edici etkilerinin yanı sıra toksik etkiler göstererek normal hücrelerin yıkımına neden olmaktadır. Buna yanıt olarak hastalarda, ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk, iştahsızlık, anksiyete, depresyon gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır (Erdoğan 2011; Yeter 2012). Bu semptomlar hastaları fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden tüm boyutları ile etkileyebilmektedir (Sadırlı ve Ünsar 2009; Hintistan ve ark.2012). Bu nedenle, kemoterapi uygulaması ile hastalığın kontrol altına alınması kadar, semptomların iyi bir şekilde yönetilmesi de oldukça önemlidir (Yeşilbalkan ve ark. 2005). Etkili semptom yönetimi, bir taraftan hastaların tedaviye uyumunu kolaylaştırarak tedavinin etkinliği arttırırken, diğer taraftan yaşam kalitesi ve konfor düzeyini yükseltmektedir (Sadırlı, Ünsar 2009; Hintistan ve ark.2012).

Konfor temel bir gereksinimdir ve bütüncül hemşirelik bakım uygulamalarının yapı taşlarından biridir. Hastaların konforunun sağlanmasında ve sürdürülmesinde, sadece semptom yönetimi gibi biyofizyolojik boyut değil aynı zamanda psikolojik, sosyal, çevresel ve ekonomik boyutları ile ele alınması gerekir (Kolcaba ve Kolcaba 1991; Zengin 2010; Whyte 2010). Kemoterapi uygulanan hastalarda yapılan çalışmalarda, semptomların varlığı kadar hastaların yaşadıkları değişikliklerin, sosyal güvencelerinin olmamasının, aile ve arkadaşları tarafından ziyaret edilmemelerinin, hastane odalarının gürültülü olmasının, hasta sayısının fazla olmasının, ısı ve ışığın rahatsız edici olmasının da konfor durumunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Kim ve Kwo 2007; Whyte 2010; Tanatwanit 2011). Hasta ve ailesi için istenen bir sonuç olan konfor, hemşirelik bakımı için de ulaşılması beklenen önemli bir hedeftir (Kim ve Kwo 2007). Bu nedenle sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin, bireyi bütüncül olarak ele alıp, konfor gereksinimlerini tanımlaması ve karşılanamayan gereksinimlerine yönelik uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak uygulaması ve değerlendirmesi temel işlevleri arasındadır (Pınar ve ark 2009; Yıldırım 2009; Küçük ve ark 2015; Buzlu ve ark. 2015).

Konfor düzeyini arttıran hemşirelik girişimleri, genellikle masaj, gevşeme egzersizleri, hayal kurma, aromaterapi gibi holistik bakım uygulamalarını içerir. Bu

girişimler arasında yer alan müzik terapi, hastaları fizyolojik ve psikolojik olarak etkileyen müzik dinlemenin kontrollü şekli olarak tanımlanır (Arslan 2007). İnsanın ruhsal ve fiziksel sağlığı üzerindeki iyileştirici etkisi çok eski çağlardan beri bilinen (Yıldırım ve Gürkan 2007; Vizeli 2010; Altan 2011) ve çeşitli kültürlerde hastaları tedavi etmek amacıyla kullanılan müzik, özellikle son yıllarda, bir tedavi ve bakım girişimi olarak yaygınlaşmış bir uygulamadır (Uyar ve Korhan 2011). Müzik terapi, kemoterapi uygulanan hastaların rahatlmasına, semptomlarla başetmesine ve konfor düzeyinin artırılmasına yardımcı olmaktadır (Çapar 2010). Hemşireler bağımsız bir hemşirelik girişimi olarak hastaların biyofizyolojik ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasına yardım için müzik terapiden yararlanmaktadır (Araç 2012).

Müzik terapi ile ilgili yapılan çalışmalarda, müziğin bireylerin gevşemesini, iyileşmesini ve konforunu sağlayan, ağrı, endişe, depresyon, yorgunluk, bulantı ve kusmayı azaltan, yaşam kalitesini ve konforu arttıran bir girişim olduğu belirtilmektedir (Akın 2007; Çiftçi 2011; Olofsson ve Fossum 2009; Cooper ve Foster 2007). Müzik terapinin, otistik çocukların eğitiminde (Moreno ve Dona 2013), yoğun bakım hastalarının iyileştirilmesinde (Almerud ve Petersson 2003), psikolojik sorunların azaltılmasında (Castillo-Perez ve ark. 2010) ve alzheimer tedavisinde (Özdemir 2007) kullanıldığı ve başarılı sonuçlar elde edildiği bilinmektedir. Benzer şekilde koroner anjiyografi uygulanan hastalarda (Vizeli 2010), huzurevinde yaşlı demanslı hastalarda (Sung ve ark 2010) ve jinekolojik muayene esnasında (Kocabaş 2009) kullanılan müzik terapinin hastaların psikolojik durumunu olumlu etkileyen bir hemşirelik uygulaması olduğu belirtilmektedir.

Kanserli hastalarda yapılan çalışmalara bakıldığında; müzik dinlemenin bu hastalarda anksiyete ve ağrıyı azaltma, kemoterapi kaynaklı bulantı ve kusmayı önlemede etkili olduğu (Cooper ve Foster 2007; Olofsson ve Fossum 2009; Stanczyk 2011) ve hastalara yatmadan önce dinletilen müziğin uyku kalitesini olumlu etkilediği (Lafçı 2009) görülmektedir.

Kemoterapinin başarısı, sadece hastaların iyileşmesiyle ilgili olmayıp tedavi süreci boyunca istenmeyen semptomları da mümkün olduğunca az deneyimleme ya da hiç deneyimlememe ve böylece yüksek konfor düzeyine sahip olmayla da ilişkilidir. Uygulanması, kullanılması pahalı olmayan, yan etki oluşturmayan, fiziksel, psikolojik, sosyal, emosyonel ve manevi iyileşmede etkin bir role sahip olan müzik terapi, bu



özellikleri nedeniyle, hemşirelik uygulamalarında tercih edilebilecek bir girişimdir. Bu çerçevede, kemoterapi uygulanan hastalarda semptomların yönetimi ve konforun artırılmasında müzik terapiden yararlanılabilir (Uyar ve Korhan 2011; Araç 2012).

Literatürde müzik terapinin, kemoterapiye bağlı semptomların şiddetini azaltmada etkili olabileceğini gösteren sınırlı sayıda çalışma bulunmasına karşın hastaların konfor düzeyine etkisini gösteren, beş hasta ile yürütülen, yalnızca bir nitel çalışmaya rastlanmıştır (Besel 2006). Bu doğrultuda araştırma, kemoterapi uygulanan hastalarda holistik hemşirelik uygulamaları arasında yer alan müzik terapinin, hastaların kemoterapi semptomları ve konfor düzeyine etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel bir çalışma olarak planlandı. Çalışmadan elde edilen verilerin, kemoterapi uygulanan hastaların bakımında, semptom şiddetinin en aza indirilmesi ve hastaların konfor düzeyinin artırılmasına yönelik girişimlerin planlanmasına rehberlik edeceği düşünüldü.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. KEMOTERAPİ

Kemoterapi, tanısı kesinleşmiş ve evresi belirlenmiş kanser hastalarında uygulanan bir tedavi yöntemidir (Yener 2006). Kemoterapinin amacı, etkilenen bölgede kan akımını arttırmak, sinirler ve organlara basıyı azaltmak, organ tıkanıklığını önlemek, tümöre bağlı semptomları hafifleterek tümörün etkisini azaltmak, hastayı tedavi etmek, hastanın rahatlığını sağlamak, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Aslan ve ark 2006; Freter ve Perry 2008).

Kemoterapi ilaçları, hızla bölünen tümör hücrelerinin büyümesini, çoğalmasını durdurup onları yok ederken, aynı zamanda normal hücrelerin de yıkımına neden olmakta, dolayısı ile tedavi edici etkilerinin yanı sıra toksik etki de göstermektedirler. Kemoterapi ilaçları, vücutta hızla çoğalan kemik iliği hücreleri, bağırsak ve ağız mukozası hücreleri, saç folikülleri, testis epitelyumu, fetüs ve embriyo hücreleri gibi normal sağlıklı hücreleri ayırt edemezler. Bu nedenle kemoterapinin yararlı etkilerinin yanı sıra ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, nefes darlığı gibi fizyolojik ve psikolojik birçok istenmeyen etkileri de olmaktadır (Karagözoğlu 2002; Erkurt ve ark. 2009; Taş ve Başbakkal 2009).

#### 2.1.1. Kemoterapi Semptomları

##### *Ağrı*

Kanser hastasında zamanla değişim gösterebilen ağrı, kanserin kendisine, tanı işlemlerine ve kemoterapiye bağlı olarak gelişebilir ve hafif ya da çok şiddetli seyredebilir (Uçan ve Ovayolu 2007; Çapar 2010). Sadece doku hasarının bir göstergesi değil, aynı zamanda baş etme yetenekleri, sosyo-ekonomik durum, kültürel geçmiş, psikolojik değişkenler, entelektüel durumlardan etkilenen kompleks bir kavram olan ağrının, fizyolojik, duygusal, psikososyal, bilişsel, davranışsal, spiritüel yönleriyle ele alınması gerekmektedir (Dedeli ve Karadeniz 2009). Bu boyutları ile düşünüldüğünde giderilemeyen ağrı; hasta ve ailesinde anksiyete, depresyon, çaresizlik, umutsuzluk, ölme isteği ve korku gibi sonuçlar doğurabilmektedir (Huang ve ark. 2010).

### ***Yorgunluk***

Yorgunluk bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kemoterapinin en yaygın semptomlarından biridir (Pertl ve ark. 2013). Yorgunluğun oluşum mekanizması tam açıklanamamış olsa da hem kanserin doğasının hem de tedavinin bir sonucu olarak ortaya çıktığı bilinmektedir (Brown ve Kroenke 2009). Kanser hastalarında %70 – 100, kemoterapi uygulanan hastalarda ise %80-100 oranında rapor edilen yorgunluk, hastalığın başlamasından itibaren bireyi etkileyebilmekte ve tedavi tamamlandıktan aylar, hatta yıllar sonra bile devam edebilmektedir (Karakoç 2008).

Psikolojik, bilişsel ve emosyonel öğeleri olan yorgunluğun sıklığı, süresi ve yoğunluğu hastalığın gelişim sürecine, bireysel özelliklere ve uygulanan tedavi türüne göre değişmektedir. Enerji azalması ve dinlenme ihtiyacının artması, konsantrasyon, motivasyon ve günlük aktivitelerin kısıtlanması ile belirtilerini gösteren ve hasta birey üzerinde pek çok yıkıcı etkisi olan bir durumdur (Can 2006; Karakoç 2008). Yorgunluk, bireyin günlük performansını, yaşam aktivitelerini, mesleki yaşamını, aile ve arkadaşlık ilişkilerini ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Karakoç 2008).

### ***Bulantı ve Kusma***

Bulantı ve kusma, beyindeki kusma merkezi ve kemoreseptör trigger bölgesinin kemoterapötik ajanlar tarafından uyarılmasıyla meydana gelen, epigastrik alanda, boğazın arka bölümü veya bütün abdomende dalga şeklinde oluşan bir rahatsızlıktır. Kemoterapi ilaçlarının büyük bir çoğunluğu ematojeniktir (Kepiçoğlu 2012). Bu nedenle, kemoterapi uygulanan hastalarda sık görülen bulantı ve kusma, erken, gecikmiş ve beklentisel olarak üç gruba ayrılmaktadır. Kemoterapi bitiminden sonraki 24 saatte görülen bulantı ve kusma erken, kemoterapi bitiminden 24 saatten sonra başlayan ve 5 güne kadar devam eden bulantı ve kusma gecikmiş, daha önceki tedavilerinde bulantı ve kusma deneyimi yaşamış kişilerde görsel, kokusal ve benzeri çağrışımsal durumlarla tetiklenen bulantı ve kusma beklentisel olarak tanımlanmaktadır (Sharma ve ark. 2005; Demirkaya ve ark. 2011). Kemoterapiye bağlı bulantı kusma hastaların sıklıkla deneyimlediği, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini olumsuz etkileyen bir durumdur (Kutlutürkan 2015).

### ***Depresyon ve Anksiyete***

Kanser vakalarında depresyon oranının %4,5-58 oranında değiştiği rapor edilmiştir (Arslan ve ark. 2009). Kemoterapi sırasında başlayabilen, kemoterapinin bitiminden sonra uzunca bir dönem sürebilen, hatta hastalığın tekrarıyla yeniden oluşabilen depresyon, mortaliteyi de etkileyebilen bir durumdur. Depresyon gelişimini, bireyin daha önceki depresyon öyküsü, yaşı, kanserin türü, hastanede kalış süresi, ölüm korkusu, sosyal izolasyon gibi nedenler etkileyebilmektedir (Polikandrioti ve ark. 2008). Kemoterapi hastalarında sıkça karşılaşılan anksiyete ise hastalığın yarattığı korku, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi ve belirsizlik yaşama durumundan kaynaklanabilmekte ve hastaların ciddi sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (Buzlu ve ark. 2015). Hastalarda, erken dönemde tanılanmayan veya müdahale edilmeyen depresyon ve anksiyete, hastanın memnuniyetini, tedaviye uyumunu, hastalığın seyrini, hastanın konforunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Küçük ve ark. 2015; Buzlu ve ark. 2015).

### ***Uykusuzluk***

Kemoterapi uygulanan hastalarda meydana gelen yorgunluk, halsizlik, ağrı, oral mukozit gibi fiziksel veya anksiyete, depresyon gibi emosyonel değişiklikler uyku/uyanıklık siklusunu bozabilmektedir (Kepiçoğlu 2012). Hatta bu hastalarda oluşan emosyonel kaynaklı uyku sorunları, hastaya kemoterapi uygulanmadan önce başlayabilmekte ve tedavinin ya da hastalığın aktif döneminin geçmesinden çok daha sonraları geçebilmektedir (Roscoe ve ark. 2011). Hastaların deneyimlediği uykusuzluk, performans durumu, bağışıklık fonksiyonu, yaşam kalitesi, hayatta kalma ve ruh hali de dahil olmak üzere hastanın klinik durumunu, bakımını ve konforunu olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Kotronoulas ve ark. 2012).

### ***İştahsızlık***

Kemoterapi uygulanan hastalarda tedavinin yol açtığı tat ve koku bozuklukları, bulantı, kusma, ağız ülserlerinde görülen lokalize ağrı, ishal, konstipasyon ve bitkinlik bireyin iştahını olumsuz yönde etkilemektedir (Yılmaz ve ark. 2011). Yaşanan bu iştahsızlık ve buna bağlı beslenme problemleri hastaların morbidite ve mortalitesi üzerinde etkili olan faktörlerdendir (Sadırlı 2008).

### ***Nefes Darlığı***

Nefes darlığı, kemoterapi ilaçlarının akciğerde oluşturduğu hasara ya da kemik iliğini baskılayarak dolaşımdaki eritrosit sayısını azaltmasına bağlı olarak

gelişebilmektedir (Kepiçoğlu 2012; Cörüt 2014). Ciddi nefes darlığının varlığı, hastalarda sağkalım süresini kısaltmakta ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Bu semptom hastanın fiziksel, emosyonel ve sosyal konumunu etkileyerek, anksiyete ve ölüm korkusunu artırırken, hastaların deneyimlediği anksiyete nefes darlığının şiddetini arttırabilmektedir (Aydın 2005).

Kemoterapi uygulanan hastalar, bu semptomların yanı sıra cilt ve tırnaklarda değişiklik, ağız ve boğaz yaraları, anemi, diyare, konstipasyon, nötropeni, alopesi, tat ve koku değişiklikleri gibi birçok semptomu deneyimlemektedir. Kemoterapi semptomlarının değerlendirilmesi kadar, kontrolüne yönelik eğitimlerin verilmesi ve hastaların desteklenmesi de önemlidir. Bu nedenle hemşireler, hastayı bütüncül olarak ele almalı, yalnızca fiziksel değil, psikososyal gereksinimlerinin de farkında olarak uygun girişimleri sağlamalı ve hastaya öğretmelidir (Yıldırım 2009; Küçük ve ark. 20015; Buzlu ve ark. 2015).

## **2.2. KEMOTERAPİ VE KONFOR**

Kemoterapi uygulanan hastalarda, kanserin doğasının yol açtığı sorunların yanı sıra uygulanan tedavi yöntemleri, hastalarda fiziksel ve psikolojik sorunlar oluşturabilmekte ve hastaların konfor durumu ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.

### **2.2.1. Konfor Kavramı**

Whyte (2010) intraperitoneal kemoterapi uygulanan jinekolojik kanser hastalarında konfor durumunu belirten çalışmasında, konfor kavramının hemşirelik tarihi boyunca önemli olduğunu, ilk kez Nightingale'in 'Notes of Nursing' adlı kitabında konforun öneminden bahsettiğini, Nightingale'den bu yana geçerli, güncel ve önemli bir kavram olarak var olan konfor ve bireyin konforunun sağlanmasının, bütüncül hemşirelik bakımının yapıtaşı olduğunu belirtir.

Kolcaba ve Kolcaba (1991), Harmer'ın hemşirenin çevresel konforu sağlamanın önemini tartıştığını ve uygulamaların en önemli kısmının ağrının rahatlatılması ve ağrının verdiği rahatsızlıkların azaltılması olduğunu gözlemlediğini belirtir. Goodnow 1935 te "The Technic of Nursing" kitabında hastaların rahatlığını sağlamanın ve sürdürmenin önemine değinmiş, konforu fiziksel ve zihinsel anlamda ele

alınmasının gerekliliğini belirtmiştir. Hemşirenin sorumluluğunun sadece fiziksel bakım sağlamakla sınırlı olmadığını savunmuştur.

Zengin'in (2010) belirttiğine göre Peplau hemşirelikte kişilerarası ilişkilere dayanan kuramında konforu temel bir gereksinim olarak kavramsallaştırmıştır. Birol (2009) Peplau'nun kişilerarası ilişkilere dayanan kuramında, anksiyetenin azaltılması ve konforun sağlanmasında hemşire ve birey arasındaki ilişkinin önemli olduğunu ifade ettiğini belirtir.

Whyte (2010), Orlando'nun kişilerarası ilişkilere dayanan kuramında, hastaların konfor gereksinimlerinin hemşireler tarafından belirlenip değerlendirilmesi ve konforun sağlanmasının önemini belirtir.

Erdemir ve Çırlak'ın (2013) belirttiğine göre Faye Abdellah'nın 21 hemşirelik problemi tipolojisini içeren kuramında, "Fizyolojik Gereksinimler" altında yer alan ilk problem "konfor, hijyen ve güvenlik" tir. Roy'un (1981) adaptasyon modelinde ise hemşire, hastanın dört alandaki (fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonları ve bağımsızlık-ilişkiler) karşılanmayan gereksinimlerinin giderilmesi ve konforunun sağlanmasına yardım eder.

Zengin (2010) ile Erdemir ve Çırlak (2013), Watson'ın (1979), "Bakım Bilimi" olarak bilinen ve hemşireliğin bakım verme yönünü, bakımın temalarını vurgulayan kuramında konforu, bakımın bir değişkeni olarak tanımladığını ve "iç ve dış çevreyi etkileyen bir değişken" olarak açıkladığını ifade ederler. Hemşirenin kişinin iç ve dış çevresi arasındaki armoniyi güçlendirmek, rahatlığı sağlamak için konfor önlemlerini aldığı, destekleyici, koruyucu ve/veya düzeltici bir zihinsel, fiziksel, sosyokültürel ve spiritüel ortam sağladığını belirtirler.

Birol (2009), Roper, Logan, Thirney'in Hemşirelik Modelinde günlük yaşam aktivitelerinin hemşirelik uygulamalarının temel öğeleri olan koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonlarıyla ilgili olduğunu, hastayı rahatlatma, fiziksel, mental yönden konforunu sağlamanın, hastalığıyla baş etmesine yardımcı olacağını belirtmektedir.

Erdemir ve Çırlak'ın (2013) belirttiğine göre Paterson ve Zderad'ın "Hümanistik Hemşirelik" kuramında konfor, "hemşirelik deneyiminin ve doğasının" aktarılan yapısı olarak ifade edilir. Paterson konforu altında büyüme, sağlık, özgürlük gibi diğer birçok

terimin de yer alabileceği bir şemsiye olarak ifade etmektedir. Konfor kavramını fiziksel bakış açısından çok psikiyatrik bakış açısına göre tanımlayan Paterson, zihinsel rahatsızlık hissini sık olarak fiziksel rahatsızlık hissine de yol açabileceğini savunmuştur (Erdemir ve Çırlak 2013).

Kolcaba'ya göre konfor; “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç” olarak ifade edilmektedir. Konfor pozitif, holistik, çok boyutlu, kuramsal olarak tanımlanabilir ve uygulamaya konulabilir bir kavramdır (Kolcaba 1992; Kolcaba 1994; Kolcaba 2001; Wilson ve Kolcaba 2004, Karabacak ve Acaroğlu 2011).

Görüldüğü üzere konfor kavramına Nightingale'den bu yana birçok hemşire kuramcı tarafından önem verilmiş ve hastaların konforunun sağlanmasının gerekliliği belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda, kemoterapi uygulanan hastalarda, ağrı, uyku bozukluğu, bulantı, kusma, iştahsızlık, yorgunluk, anksiyete gibi fiziksel ve psikospiritüel faktörlerin yanı sıra, hastaların yaşadıkları değişiklikler nedeniyle huzursuz olma durumları, sosyal güvencelerinin olmaması, aile ve arkadaşları tarafından ziyaret edilmemeleri, hastane odalarının gürültülü olması, hasta sayısının fazla olması, ısı ve ışığın rahatsız edici olması gibi sosyokültürel ve çevresel faktörlerin de hastaların konfor durumunu olumsuz olarak etkilediği belirtilmektedir (Kim ve Kwo 2007; Whyte 2010; Tanatwanit 2011). Hastayı fiziksel ve psikososyal yönleriyle ele alarak bütüncül olarak değerlendiren hemşirelerin, hastaların konfor düzeyini yükseltmek için uygun girişimleri belirlemesi önemlidir (Yıldırım 2009; Küçük ve ark 2015; Buzlu ve ark. 2015).

### **2.3. HOLİSTİK HEMŞİRELİK UYGULAMASI OLARAK MÜZİK TERAPİ**

Kemoterapi semptomlarının tedavisinde genellikle farmakolojik yöntemler kullanılmakla birlikte, holistik uygulamalardan da yararlanılmaktadır. Müzik terapiyi de içeren gevşeme egzersizleri, hipnoz, düşleme, biyolojik geri bildirim, bilişsel terapi, meditasyon, davranış tedavisi, terapötik masaj gibi holistik yöntemler, hastaları rahatlatarak, kemoterapi semptomları ile baş etmelerine ve konfor düzeyinin artırılmasına yardım etmektedir (Çapar 2010).

### 2.3.1. Müzik Terapi

İnsanın ruh, duygu ve düşünce dünyasını yansıtan bir araç olan müziğin insanlar üzerinde fiziksel, fonksiyonel ve psikolojik olarak birçok etkisi bulunmaktadır. Müzik terapi, müziğin bu etkilerinden yararlanılarak, hastaların deneyimlediği fizyolojik ve psikolojik sorunların tedavisine yardımcı olmak için kullanılan en eski tedavi yöntemlerinden biridir (Bekiroğlu 2011; Uyar ve Korhan 2011; Karamızrak 2014; Conrad 2010; Araç 2012). Müziğin insan üzerindeki etkisinin çok yönlü olması, tedavide kullanılmasına neden olmuştur (Suhartini 2008). Uygulanması pahalı olmayan ve doğal bir girişim olan müzik terapi, bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal durumunu ve sosyal ilişkileri geliştirmesi, güven duygusu kazandırması, stres, izolasyon, ağrı, bulantı ve kaygıyı azaltması, gevşemeyi sağlaması ve konforu arttırması gibi etkileri açısından önem taşımaktadır (Cooper ve Foster 2007; Yıldırım ve Gürkan 2007; Suhartini 2008; Lafçı 2009; Li ve ark. 2011; Uyar ve Korhan 2011).

### 2.3.2. Müzik Terapinin Tarihçesi

Tarihsel süreçte insan toplulukları, gelişimleriyle beraber müziğin etkilerini keşfetmiş ve müziği hem bir sanat hem de tedavi edici bir araç olarak kullanmışlardır (Conrad 2010; Yaşar 2010; Karamızrak 2014). Müzikle birlikte, dans, ritm ve şarkılar da yapılan tedavi törenlerinin vazgeçilmez öğeleri olmuş, müzik psikiyatrik hastalıklar kadar kronik ve psikosomatik hastalıkların tedavisinde de kullanılmıştır ( Gençel 2006; Dobrzynska ve ark 2006; Giray 2008).

Müziği, din ya da büyüünün etkisinde kalmadan tedavide ilk kez kullananlar Eski Yunanlılar olmuştur (Capozzoli 2003). M.Ö. 585-500 yılları arasında yaşayan Yunan filozofu ve matematikçisi Pisagor'un hastalıkları müzikle tedavi etme fikrini ortaya attığı söylenmektedir (Çam 2003; İngersoll ve Schaper 2013).

Platon ve Aristo gibi filozoflarda M.Ö. 400 yıllarında müziğin, ruhun derinliklerine etki ederek bireye hoşgörü ve rahatlık verdiğini belirtmiş, bu dönemlerde Asklepion denilen tapınak hastanelerinde müzik bir tedavi yöntemi olarak kullanılmıştır (Çam 2003). Yunanlılarda sara, konuşamama, histeri nevrozu, böcek sokmaları, kanamalar, mikrobik hastalıklar ve ağrılar için müzik terapini kullanıldığı görülmüştür (Karadağ 2011).

Mısırlılar da doğum sırasında müziği kullanmış, büyük Çin filozofu Konfiçyus müzik terapinin insanlar üzerindeki etkilerine dikkat çekmiştir (Bal 2001).



Orta çağda ise özellikle Arap toplumlarında, ruhsal hastalığı olanlar, müzikle tedavi edilmeye başlanmıştır (Dobrzynska ve ark. 2006).

Türk toplumlarında da müzikle tedavi geleneğinin yaklaşık 6 bin yıllık geçmişi vardır. Hemen hemen bütün Türk toplumlarında, müzik ve dansla yapılan tedavi seansları ve törenleri önem taşımıştır ( Araç 2012; Akın 2007; Yaşar 2010).

Müziğin tedavi edici olarak kullanılmasında Türk-İslam hekimleri öncülük yapmıştır. Ebubekir Razi (854-932), Farabi (870-850) ve İbni Sina (980-1037) gibi alimler hekim oldukları kadar aynı zamanda değerli birer müzisyen ve müzikolog idiler (Araç 2012). Bu alimler psikolojik hastalıkların tedavisinde ilaçların yanı sıra müzikle tedavi yöntemlerini kullanmışlardır (Bekiroğlu 2011).

Farabi, “Musiki-ul-kebir” adlı eserinde müziğin fizik ve astronomi ile olan ilişkisini açıklamaya çalışmış, Türk Müziği makamlarının psikolojik etkilerini sınıflandırmıştır. Farabi’ye göre;

1. Rast Makamı: İnsana sefa, (neşe, huzur) verir.
2. Rehavi Makamı: İnsana beka (sonsuzluk düşüncesi) verir.
3. Kûçek Makamı: İnsana hüznün ve elem verir.
4. Büzürk Makamı: İnsana havf (korku) verir.
5. Isfehan Makamı: İnsana hareket becerisi ve güven duygusu verir.
6. Nevâ Makamı: İnsana lezzet ve ferahlık verir.
7. Ussâk Makamı: İnsana dihek (gülme) verir.
8. Zirgûle Makamı: İnsana nevm (uyku) verir.
9. Sabâ Makamı: İnsana secaat (cesaret, güç) verir.
10. Buselik Makamı: İnsana güç verir.
11. Hüseyinî Makamı: İnsana sulh (sükûnet, rahatlık) verir.
12. Hicâz Makamı: İnsana tevazu (alçak gönüllülük) verir (İşkey 2008).

Türklerde müzikle tedavi geleneği, Selçuklu ve Osmanlı şifahanelerinde de devam etmiştir (Akın 2007; Araç 2012).

Müziğin hastane ortamında kullanımı ise Dünya savaşlarıyla beraber popülerlik kazanmış, ancak, ağrı ve anksiyete tedavisinde yeni ilaçların bulunması ile müziğin popülerliğinde bir azalma olmuştur. 1990'larda ise ilaçların yan etkilerinin tanımlanması sonucu müzik terapiye olan ilgi yeniden gündeme gelmiş, farklı sağlık sorunlarının önlenmesi ve hafifletilmesinde müzik terapinin etkisini inceleyen çalışmalar ivme kazanmıştır (İngersoll ve Schaper 2013).

Bugün Avrupa’da ve Amerika’da birçok müzikle tedavi okulu, hemen hemen her psikiyatri kliniğinin bir müzikle tedavi ekibi bulunmaktadır. Amerikan Müzik Terapi Derneği de klinik ve kanıta dayalı çalışmalar yapmak için müzik terapi programları oluşturmuş, sertifikalı müzik terapistler ile hastaların gereksinimlerine yönelik müzik terapi girişimleri düzenlemiştir (İngersoll ve Schaper 2013). Müzik terapiyle ilgili kanıta dayalı çalışmalar gün geçtikçe çoğalmakta, daha ileri ve etkili bir tedavi sağlamanın yolları aranmaktadır (Vizeli 2010; İngersoll ve Schaper 2013).

Günümüzde, ülkemizde müzik terapi çalışmalarında, TUMATA (Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu) grubunun ve bu grubun yanı sıra Türk Psikologlar Derneği'nin çıkardığı müzik CD'leri kullanılmaktadır (Yıldırım, Gürkan 2007; Vizeli 2010).

Görüldüğü gibi tarihsel süreçte hasta iyileşmesinde önemli bir unsur olarak ayin ve büyülerle başlayan müzik terapinin gelişimi, günümüzde bilimsel bir yöntem olarak karşımıza çıkmış (Conrad 2010), dünyada olduğu gibi Türkiye’de de bu alanda bilimsel çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Uçaner ve Öztürk 2009).

### **2.3.3. Müzik Terapi ve Hemşirelik**

Müzik terapinin önemine ve hastaların iyileşmesindeki etkisine 1800’lü yılların başlarında Florence Nightingale tarafından dikkat çekilmiştir. Nightingale müziği konforu korumak ve geliştirmek için terapötik bir uygulama olarak kullanmış, hastaların iyileşmesinde uygun müzik kullanımının gücünü kabul etmiş ve müzik terapiyi iyileşme sürecinin bir parçası olarak tanımlamıştır (Akın 2007; Pittman ve Kridli 2011). Kırım Savaşı boyunca Nightingale askerlerin iyileşmesine yardımcı olmak için hastanelerde müziğin kullanılması gerektiğini savunmuştur. Çevrenin insan üzerindeki etkisini inceleyen Nightingale, nefesli çalgıların hastalarda olumlu etkisi olduğunu ifade etmiş ve Hemşirelik Üzerine Notlar isimli kitabında özellikle insan sesiyle beraber kullanılan üflemeli ve yaylı çalgılarla yapılan müziğin olumlu etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Nightingale ışık, temiz hava, beslenme gibi temel gereksinimlerle resim, çiçek, müzik gibi çevresel etmenleri, beden ile ruhun bağlantısını geliştirmek için kullanmıştır (İngersoll ve Schaper 2013).

Hemşire Isa Maud Ilsen ise 1926 yılında hastanelerde müziğin kullanılması için ulusal bir dernek (The National Music Company for Hospitals) kurmuştur. Ilsen,

müziğin fiziksel rahatsızlık ve ağrıyı gidermede kullanılabileceğine inanmış, ritmin müzikte tedavi edici bir bileşen olduğunu belirtmiştir (İngersoll ve Schaper 2013).

Amerikan Holistik Hemşirelik rehberi içindeki son uygulamalar ve standartlarda, terapilerin hemşirelik uygulamaları içinde kullanılması önerilmiştir. Holistik hemşirelik uygulamaları kapsamındaki tamamlayıcı ve alternatif terapiler içinde kognitif tedavi, refleksoloji, beslenme, egzersiz ve hareket, mizah ve oyun, aktif pasif gevşeme, meditasyon, yoga, müzik terapi, aroma terapi ve yazı yazma en sık kullanılanlardır (Bekiroğlu 2011).

Ayrıca Hemşirelik Girişimlerinin Sınıflandırılması (NIC) kapsamında müzik terapi bir hemşirelik uygulaması olarak kabul görmüş ve müziğin duygu, davranış ve insan fizyolojisi üzerindeki olumlu değişimlere ulaşmada yardımcı olduğu ifade edilmiştir (Johnson ve ark. 2012).

Görüldüğü gibi, etkisi dünyanın birçok yerinde yapılan bilimsel çalışmalarla kanıtlanmış olan müzik terapinin, organizma üzerinde psikolojik ve fizyolojik etkileri bulunmaktadır (Bekiroğlu 2011). Müzik terapi bu etkileri iki yolla sağlamaktadır. Bunlardan biri, müziğin birinci derecede duygulara yapmış olduğu etki, ikincisi ise müziğin fizyolojik etkilerinden dolayı beraberinde oluşturduğu psikolojik etkidir (Lafçı 2009). Günümüzde kanser hastaları gibi birçok hastada konforu korumak ve geliştirmek için holistik bir uygulama olarak müzik terapinin bu fizyolojik ve psikolojik etkilerinden yararlanılmaktadır.

#### **2.3.4. Müzik Terapinin Etkileri**

##### ***Müzik Terapinin Fizyolojik Etkileri***

Müzik terapi; kalp hızını, kan basıncını, vücut sıcaklığını ve solunum hızını düşüren, dikkati başka yöne çeken, kemoterapiye bağlı bulantı kusmayı azaltan, uykusuzluğu hafifleten, özellikle terminal dönemdeki hastaların yaşam kalitesini yükselten önemli bir girişimdir (Lafçı 2009; Karadağ 2011; Araç 2012). Yapılan pek çok çalışmada, müzik terapinin bireylerin psikofizyolojik stres, izolasyon, ağrı ve kaygısının azaltılmasında (Yıldırım ve Gürkan 2007), duygusal ve davranışsal rahatsızlığının giderilmesinde, konfor ve gevşemenin artırılmasında, tedaviyle ilgili sıkıntıların azaltılmasında (Cooper ve Foster 2007), hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkili olduğu saptanmıştır (Li ve ark. 2011). Müzik, otonom sinir sistemini etkileyerek, ağrının kontrol edilmesinde önemli rol oynayan endorfinlerin

salgılanmasını arttırır. Böylece ağrının daha az algılanmasını sağlar ve analjezik ilaçlara duyulan gereksinimini azaltabilir (Kabul 2012; Araç 2012).

Kemoterapi uygulanan hastalarda müziğin etkisini araştıran çalışmalarda, müzik terapinin hastanın ağrısını azalttığı, uykuya dalmayı kolaylaştırdığı ve gevşemeyi sağladığı belirlenmiştir (Huang ve ark. 2010; Gutgsell ve ark. 2013; Li ve ark. 2011).

Chaput-McGovern ve arkadaşlarının (2012) cerrahi operasyon sonrası onkoloji hastalarında müzik terapinin etkisini araştıran çalışmalarında, onkoloji hastalarına uygulanan müzik terapinin, hastaların rahatlamaında artma, ağrı ve anksiyetesinde ise azalma sağladığını saptamışlardır. Araştırmacılar müzik terapinin hastanelerde konforu sağlamada etkili bir girişim olduğunu, hem hasta hem de hastaya bakım veren kişiler için müzik terapinin duygusal ve fizyolojik olarak yarar sağladığını belirtmişlerdir (Chaput-McGovern ve ark. 2012).

Chan ve arkadaşlarının (2010) yaşlı hastalarda müzik terapinin uyku kalitesi ve depresyon üzerine etkisini araştırmak için yaptıkları çalışmada, müzik terapinin hastaların uyku kalitesinde artış ve depresyon skorlarında ise önemli ölçüde düzelme sağladığı saptanmıştır. Bu bulgular yaşlı hastalarda depresyon ve uyku kalitesi için müzik terapinin etkisini ortaya koymuştur.

### ***Müzik Terapinin Psikolojik Etkileri***

Müzik terapi bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal durumunu olumlu yönde arttırması, toplumdaki sosyal ilişkileri geliştirmesi, güven duygusunu kazandırması, anksiyete-stresi azaltması, bireyi daha mutlu ve daha uyumlu hale getirmesi, rahatlamayı öğretmesi, baş etme stratejilerine yardımcı olması açısından önem taşımaktadır (Suhartini 2008; Lafçı 2009; Bekiroğlu 2011).

Müziğin insanlar üzerindeki güçlü etkisinin kaynağı doğrudan doğruya insanın duyum ve bilinçle ilgili davranışlarının merkezi olan beyni etkilemesindedir. Müziğin emosyonel yönüyle meydana getirmiş olduğu etkilerin toplanıp organize olduğu ve değerlendirildiği yer beyindeki limbik sistemdir. Sevinç, keder, heyecan gibi duygu ve davranışlarımızı etkileyen ve onları yönlendiren çeşitli olaylar, beyindeki limbik sistemin organizasyonuna uyarak yaşamımızda değer kazanır. Bu nedenle müzik, yaydığı titreşimlerin limbik sistemde bulunan emosyonel merkez üzerindeki etkileri ile bir yanıtı yol açar. Ayrıca tekrarlayıcı ritimler, zararlı uyaranların beyin tarafından algılanmasını azaltmak üzere işitsel sapmaya yol açar. Endorfin gibi biyokimyasal

mediyatörler ise müziğin algılanmasında rol alarak, stres hormonu olan kortizolün düzeyinde düşmeye neden olur (Bekiroğlu 2011).

Yapılan araştırmalar, müziğin insanın duygusal durumunu düzenleyen ve ruhsal hastalıkların tedavisinde etkili olan serotonin, dopamin, adrenalin, testesteron gibi hormonların üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir (Horuz 2014).

Bruscia ve arkadaşlarının (2009) kalp ve kanser hastalarında müzik terapinin psikoterapötik yararlarını belirlemek üzere yaptığı çalışmalarında, hastalara müzik terapiyle ilgili soruların olduğu bir anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda, her iki gruptaki hastalar da, müzik terapinin stres ve anksiyeteyi azaltma, konforu, duygusal ve manevi desteği sağlama, duygularını ifade etmeyi kolaylaştırma, yaşamdan daha fazla umut ve anlam bulma, izolasyon ve yalnızlık duygularından kurtulma, sosyalleşme ve eğlence aktivitesi olma gibi yararları olduğunu belirtmişlerdir.

Chen ve arkadaşlarının (2013) radyoterapi uygulanan hastalarda müzik terapinin etkinliğini ölçmek için yaptıkları araştırmada, deney grubu hastalara radyoterapi öncesi müzik dinlettirilmiş ve etkisi ölçülmüştür. Müzik dinleyen hastaların kaygı düzeyleri ve sistolik kan basıncı değerleri kontrol grubuna göre düşük bulunmuş, anksiyete düzeylerini azaltmak ve konfor düzeylerini geliştirmek için hastalara eğitim verilmesi ve evde müzik terapinin uygulanması konusunda bilgilendirme yapılması önerilmiştir.

Castillo-Perez ve arkadaşlarının (2010) müzik terapinin depresyon üzerine etkisini inceleyen çalışmalarında ise müzik terapi uygulanan grupta anlamlı ölçüde daha az depresif belirti görülmüş, düşük ve orta dereceli depresyonda psikoterapinin etkilerini arttırmak için müzik terapinin kullanılabilceği ifade edilmiştir.

Müzik terapi, gelişmiş ülkelerde sağlık bakımında gündemde olan bir yöntemdir. Terapötik olarak palyatif bakımda, yoğun bakımda, cerrahi operasyonlarda, psikiyatri, onkoloji, kadın doğum, pediatri ünitelerinde, koroner bakımda, radyasyon, kemoterapi tedavisinde, mekanik ventilatördeki hastalarda, rahatsızlık, ağrı ve anksiyete gibi semptom tedavilerinde, vücut direncini ve yaşam kalitesini arttırmada, ruhsal iyileşmede aktif ve pasif müzik terapi çeşitleri kullanılmaktadır (İmseytoğlu ve Yıldız 2012).

### 2.3.5. Müzik Terapi Çeşitleri

#### *Aktif Müzik Terapi*

Aktif müzik terapi; hastaların müzik aletlerini kullanarak ve müzik deneyimlerini anlatmaya teşvik edilerek yapılan tedavidir (Stanczyk 2011 ). Aktif terapide bireyin konser icra etmesi ya da müzik yaratması sağlanarak müziğin içinde olması sağlanır. Ayrıca aktif müzik terapinin bir başka yolu da müzik ritmine uyularak yapılan danstır (Gençel 2006).

Aktif tedavideki müzikle beraber kullanılan ritmik hareketlerin amacı bedeni, ruhsal ve fiziksel yönden geliştirmek ve korumaktır. Hastalara uygulanan ritim çalışmaları ile kas katılığı, eklem rahatsızlığı, denge bozukluğu, isteklendirme eksikliği gibi rahatsızlıklarda olumlu sonuçlar ortaya konmaktadır (İşkey 2008; Gençel 2006).

#### *Pasif Müzik Terapi*

Müzik ile tedavi konusunda en çok başvurulan yöntemlerden birisidir (İşkey 2008). Pasif müzik terapide birey canlı ya da kaydedilmiş müziği dinler. Canlı ya da kaydedilmiş müziği enstrumantal müzik, hareketli müzik ve relaksasyon tekniklerini içeren müzik oluşturur (Stanczyk 2011 ). Bu teknikte hasta istirahat pozisyonunu alır, bir seans süresince geniş ve rahatlatıcı bir ritim ve su sesi eşliğinde, Ney, Rebab, Çeng, Ud, Dombra ve Rübab ile emprovize (ritimli taksim) yapılır ve uygun makamlar üzerinde çalışılır (Vizeli 2010). Terapiye katılan kişilerden, dinlettirilecek olan su sesine konsantre olmaları ve kendilerini akarsuyun büyük koluna ulaşmaya çalışan küçük bir su akıntısı gibi düşünmeleri istenir (İşkey 2008). Amaç zihnin, düşünce ve sıkıntı gibi etkenlerden arındırılması, bireyleri rahatlatılma ve kendine güvenlerini kazanmalarına yardımcı olmaktır (Vizeli 2010; Kabul 2012). Bu yöntemin uygulanmasıyla, çocuklardan yaşlılara kadar geniş bir yelpazede, çeşitli hastalıklarda olumlu değişimler ve iyileşmeler gözlenmektedir (Vizeli 2010).

## 2.4. KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Çağımızın önde gelen sorunlarından biri olan kanserin tedavisinde kullanılan kemoterapinin amacı hastayı tedavi etmek, yaşam süresini uzatmak, rahatlığını ve daha nitelikli yaşamasını sağlamaktır (Freter ve Perry 2008). Ancak, kemoterapi normal hücrelere de zarar vererek ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk gibi bazı istenmeyen semptomların görülmesine neden olur. Bu semptomların varlığı hastaların temel

gereksinimlerinin karşılanmasında sorunların oluşmasına ve konforlarının bozulmasına yol açabilmektedir (Karagözoğlu 2002, Erkurt ve ark., 2009, Taş ve Başbakkal 2009).

Hasta ile diğer sağlık ekibi üyelerinden daha fazla birlikte olan hemşirelerin hastalardaki bu semptomları, hemşirelik süreci doğrultusunda, bir model/ kuram rehberliğinde erken dönemde tanınması ve bakım gereksinimlerini belirleyerek gerekli hemşirelik girişimlerini uygulaması önemlidir (Büyükyılmaz 2009; Acaroğlu ve ark. 2012). Bu çalışmada, kemoterapi uygulanan hastaların hemşirelik bakımı, bireyin konforunu sağlamaya ve geliştirmeye rehberlik eden konfor kuramı ile temel gereksinimlere odaklanan yaşam modeli örüntülenererek irdelenmiştir.

#### **2.4.1. Konfor Kuramı**

Kolcaba tarafından geliştirilen konfor kuramında konfor gereksinimi; bireylerin karşılamaya çalıştığı ya da karşılayamadığı temel insan gereksinimleridir. Hemşirelik bakımı bireyin gereksinim duyduğu bu konfor gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanır (Orak 2013). Hemşireler, iyileşmekte olan ve kendi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilecek düzeye gelen hastalarda, konforu bozan etkenleri ortadan kaldırmaya çalışarak, hastaların güç kazanmasına, yenilenmesine yardımcı olurlar (Kolcaba 1991, Kolcaba 1994). Bu anlamda hemşireler, bireyin konfor gereksinimlerini tanıyarak bu gereksinimlere yönelik önlemleri alır, yaptığı girişimlerle konfor düzeyinde istenen sonuca ulaşmış ulaşamadığını değerlendirirler (Kolcaba 1994). Konforu karşılanmayan hasta eksiklik hisseder; gereksinimleri giderildiğinde ise eksiklik ortadan kalkar (Kolcaba 2003).

Kolcaba konforun kavramsal çalışmalarını yapmış, 1988 yılında konfor kuramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuş ve bu yapıyı iki aşamada incelemiştir;

Birinci aşamada, holistik görüşe göre temellendirdiği konfor kavramını fiziksel, psikospirituel, sosyokültürel ve çevresel olmak üzere 4 boyutta ele almıştır.

İkinci aşamada ise karşılanan ya da karşılanmayan bireysel gereksinimlerin yoğunluğuna göre ferahlama, rahatlama ve bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesini ifade eden üstünlük olmak üzere 3 düzeyde ele almıştır (Karakaplan ve Yıldız 2010).

### ***Konforun Boyutları***

***Fiziksel Konfor;*** Bedensel algılarla ilgilidir. Dinlenme ve gevşeme, beslenme ve hidrasyon, tıbbi durumun tedavisi, boşaltım fonksiyonları gibi bireyin fiziksel durumunu etkileyen faktörleri içerir. Konfor gereksinimlerinde karşılanması gereken ilk konu hastalık süreciyle ilgili olan ve konforun en yaygın belirleyicisi olan ağrıdır (Kolcaba 2003).

Kolcaba uyaran oluştursun ya da oluşturmasın fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı yanıtlarından kaynaklandığını belirtir (Karabacak ve Acaroğlu 2011). Sıvı elektrolit dengesi, normal kan kimyası, yeterli oksijen satürasyonu gibi homeostatik mekanizmalar ve diğer metabolik fonksiyonlar bireyin fiziksel rahatlık durumunu etkiler. Kolcaba bu fizyolojik göstergelerin birinde var olan anormalliğin konforu etkileyeceğini ifade etmektedir. Bu nedenle bu mekanizmalardaki değişimler fiziksel konforun sağlanması için tedavi edilmeli ya da kontrol altında tutulmalıdır (Kolcaba 2003; Erdemir ve Çırlak 2013).

***Psikospritiüel Konfor;*** Zihinsel, duygusal ve ruhsal bileşenlerden oluşur. Benlik saygısı, kendine güven, cinsellik, kendinin farkında olma gibi bireyin yaşamına anlam veren öğeleri kapsamaktadır (Kolcaba 2003). Masaj yapmak, ağız bakımı vermek, özel ziyaretçilere izin vermek, ziyareti kolaylaştırmak, dokunmak gibi uygulamalar psikospiritüel konfor gereksinimlerini sağlayan girişimlerdir (Kolcaba ve DiMarco 2005).

Anksiyete, kafa karışıklığı, yetersiz ya da olumsuz bilgi edinme, korku, sağlık durumundaki değişimler psikospiritüel konforu olumsuz etkileyen faktörlerdir (Wilson ve Kolcaba 2004).

***Sosyokültürel Konfor;*** Sosyokültürel konfor bireyin, aile ve diğer sosyal kurumlarla etkileşimlerini ve kişiler arası ilişkilerini içerir. Sosyal ve kişiler arası ilişkileri düzenleyen gelenekler, kurallar ve dinsel, yasal özellikler bu kapsamda yer alır (Wilson ve Kolcaba 2004; Erdemir ve Çırlak 2013).

Hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyeleri, aileyle birlikte, duyarlı davranarak sosyal konforu destekleyebilirler. Kişilerarası, aile ve sosyal ilişkiler sosyal konfor içinde yer alırken daha sonra aile hikayesi, gelenekler, giyinme biçimi gibi kavramlar eklenerek konfor kavramının kültürel boyutu oluşturulmuştur (Karabacak 2004). Bilgi ve danışmanlık verme, ailenin gelenekleri ve alışkanlıklarına duyarlı bakım verme, dini inançlar, finansal destek sistemlerinden yararlanma, kişilerarası iletişimin sağlanması,



taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi, evde bakımın sağlanması, sosyokültürel bakımı oluşturan etkenler arasındadır (Üstündağ 2009). Aileden ayrılma, kültürel geleneklerin önemsenmemesi ve uygulanmaması, özensiz bakım, bakımın sürekli olmaması, bakımın kalitesinin kötü olması, sosyal güvencesinin olmaması gibi faktörler ise sosyokültürel konforu olumsuz yönde etkileyen durumlardır (Wilson ve Kolcaba 2004).

**Çevresel Konfor;** Çevresel konforu dış etkenler ve bunların insan üzerindeki etkileri oluşturmaktadır. Bu kapsamda aydınlık, gürültü, renk, sıcaklık, güvenilir çevre, pencereden görünen manzara gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlar yer almaktadır (Yücel 2011). Güvenlik problemleri, bakımın yetersiz olması, uygun olmayan aseptik tekniğin kullanılması sonucu oluşan hastane enfeksiyonları, tıbbi hatalar, soğuk ortam, gürültü, parlak ışık, ter kokusu gibi kötü kokular, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan sedye ve yataklar çevresel konforu azaltan durumlardır (Wilson ve Kolcaba 2004; Yücel 2011).

Sağlık ve iyilik halinin sağlanması için gerekli olan uygun ortam konforun da yükseltilmesi için son derece önemlidir (Kolcaba 2003).

### **Konforun Düzeyleri**

**Ferahlama;** Belirli bir konfor gereksinimi olan bireylerin bu gereksinimlerinin karşılanması ve sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durumunu ifade eder (Kolcaba ve DiMarco 2005; Karabacak ve Acaroğlu 2011). Hasta gereksinimlerinin karşılanmasına temellenen hemşirelik kuramlarından kaynağını alan ferahlama; Orlando'nun kuramında gereksinimleri karşılanan hastanın yaşadığı duygu, Henderson'un kuramında ise hastanın on dört temel gereksinimden herhangi birinin karşılanması ile hissedilen durum olarak adlandırılmıştır. Hastanın ancak konfor düzeyi sağlandıktan sonra eski fonksiyonlarına dönmesi ya da tedavisinin devamı sağlanabilir (Kolcaba 1991; Zengin 2010).

**Rahatlama;** Sakin, memnun olma, huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmıştır. Verimli performans için gerekli bir durumdur (Kolcaba 1994). Hastanın iyileşmesi için gerekli konfor ve onun iyileşmeye olan katkısı ile pozitif ilişkili, kalıcı bir durumdur. Bu durum fiziksel ve mental deneyimler ve çevresel özelliklerden etkilenir (Zengin 2010).

**Üstünlük;** Bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesidir (Karabacak ve Acaroğlu 2011). Kolcaba 1991'deki makalesinde, Paterson ve Z dread'ın üstünlük

çerçevesinde konforu, bireyin belirli bir durum ve zamanda öz potansiyeline uygun olarak kendi kaderini kontrol etmede özgür olması durumu olarak tanımladıklarını belirtir. Konfor gereksinimleri tam olarak karşılanan birey üstünlük düzeyine ulaşabilmektedir. Üstünlüğü diğer iki kavramdan ayıran özellik, hastanın sıra dışı performans potansiyelini ortaya çıkarmasıdır (Yücel 2011).

#### **2.4.2. Yaşam Modeli**

Hemşirelik eğitimi ve uygulama alanlarında en çok kullanılan modellerden biri olan Yaşam Modeli ilk defa Roper (1976) tarafından tasarlanmış ve 1980 yılında Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilmiştir. Modelde, hemşirelikte sezgi ve şans yerine, insani özelliklere duyarlı bakımın oluşması sağlanmış, gözlemlere, ölçülebilir olay ve aktivitelere odaklanmanın gerekliliğine inanılmış ve hemşirelik hizmetleri bu inançlara temellendirilmiştir. Yaşam Modeli'nde; yaşam süresinin tüm evrelerinde, bağımlılık-bağımsızlık dizgesine, biyofizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik faktörlere ve yaşamda bireyselliğe bağlı olarak farklı biçimlerde gerçekleştirilen günlük yaşam aktivitelerine (GYA) ilişkin sorunların belirlenerek, çözümlenmesi ile birey/ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmektedir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996).

Yaşam modeline göre hemşire, yaşam süresinin her aşamasında bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedir. Hemşirelik bakımının, bireyin içinde bulunduğu yaşam evresi göz önüne alınarak gerçekleştirilmesi, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının verilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Kaya 2012).

Yaşam aktiviteleri, hemşirelik modelinin ana bileşenidir. Yaşam aktivitelerinin her biri birbiriyle etkileşim halindedir ve diğer bileşenlerden etkilenir. Roper ve arkadaşları 11'i yaşamsal olmak üzere 12 yaşam aktivitesi belirlemişlerdir. Bu aktivitelerden bazıları yaşamın sürdürülmesi (solunum, boşaltım, beslenme, beden sıcaklığının kontrolü, hareket, uyku gibi) için gerekli iken, bazıları ise yaşam kalitesinin artırılması (kişisel temizlik ve giyinme, iletişim, çalışma ve eğlence, cinsellik ve ölüm gibi) ile ilişkili aktivitelerdir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996).

İnsanların yaşam aktivitelerini neden birbirinden farklı olarak gerçekleştirdiklerini yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler açıklamaktadır. Roper ve

arkadaşları günlük yaşamımızı etkileyen birçok faktör tespit etmiş ve bunları biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik faktörler olmak üzere beş başlık altında toplamıştır (Roper ve ark. 1996; Holland 2008; Kaya 2012).

Bağımsızlık, tüm yaşam aktivitelerini yardım almadan bireysel ve sosyal olarak kabul edilebilir düzeylerde gerçekleştirebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Hastalık, travma ve sağlık davranışlarındaki yetersizlikler ya da yabancı çevrede bulunma gibi olumsuz etmenler nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde yaşanan sorunlar bireyin yaşamının her evresinde çok önemli olan bağımlılık/bağımsızlık dizgesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2012; Ay 2013).

Yaşamda bireysellik ise bireyin bilgi, değer, inanç ve tutumları ile yaşam aktivitelerini gerçekleştirme biçimi, sıklığı, yeri, zamanı ve nedeni ile değişebilen, bireyin yaşam tarzından oluşan öğedir (Roper ve ark. 1996). Yaşam Modelinin bu ögesinde; her insanın tüm yaşam aktivitelerini gerçekleştirdiği, fakat her bireyin diğerinden farklı biçimde gerçekleştirdiği vurgulanır (Kaya 2012).

### **2.4.3. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Yaşam Modeli ve Konfor Kuramı Rehberliğinde Hemşirelik Bakımı**

Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının sistematik bir biçimde verilmesinde hemşireye rehber olmaktadır. Hemşire, hemşirelik süreci doğrultusunda, bir model/kuram (örn. Yaşam Modeli) rehberliğinde elde ettiği objektif ve subjektif veriler ile kemoterapi uygulanan bireyi tanılandıktan sonra, bu veriler ışığında, hemşirelik tanısının konulması, beklenen hasta sonuçlarının ve girişimlerin belirlenerek uygun ve doğru hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirmesi ile hastaya kapsamlı bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını verebilir (Acaroğlu ve ark. 2008; Sadırlı ve Ünsar 2009; Kaya 2012).

#### **2.4.3.1. Tanılama**

Kemoterapi uygulanan hasta bireyi tanılama, bireyin; iyilik, işlevsel yeterlik, güçlü/güçsüz yönleri, gerçek/olası sağlık sorunlarına yanıtları hakkındaki verilerin toplanması, toplanan verilerin yorumlanması, verilerin organize edilerek değerlendirilmesi aktivitelerini içermektedir (Biol 2009; Acaroğlu ve ark. 2012).

Hemşirelik sürecinin ilk aşaması olan tanılamada hemşire, kemoterapi uygulanan hastalarda görülebilecek semptomları ve konfor durumunu değerlendirmek, olası riskleri ve bireyin güçlü yönlerini belirleyebilmek için uygun verileri toplar. Görüşme, gözlem, sezgi ve fizik muayene yöntemleri ile bir model/kuram rehberliğinde geliştirilen formlardan yararlanarak hastaya ait veriler kapsamlı bir şekilde toplanır. Bu verilerin kapsamlı toplanmasında bireyin yaşı, hastalığın evresi, kemoterapi seans sayısı, yaşam aktivitelerini etkileme durumu, bağımlılık durumu, hastanın algıladığı gereksinimleri, geçmiş deneyimleri gibi özelliklerin bireye özgü tanılanması gerekir (Sadırlı 2008; Acaroğlu ve ark. 2012; Kaya 2012).

Kemoterapi uygulanan hastalarda sağlık öyküsü, kemoterapi semptomları ve konfor durumuna ait algıları, inançları ve yaşam biçimi gibi hasta ifadelerine dayanan subjektif veriler ile kusma, nefes darlığı, kanstipasyon, diyare, lökopeni, alopesi gibi fizik muayene, tanı testleri ve laboratuvar bulgularıyla elde edilen objektif verilerden yararlanır. Hemşire elde ettiği bu verileri değerlendirerek bireyde mevcut/olası sağlık sorunlarını ortaya koyar. Hemşirelik tanılmasında, tanılama araçları, hastanın kemoterapi semptomlarını deneyimlemesi ve konfor durumunun belirlenmesine rehberlik eden önemli objektif veri kaynaklarıdır (Birol 2009; Sadırlı 2008; Acaroğlu ve ark. 2012; Kaya 2012).

Kemoterapi uygulanan hastalarda tanılama hastanın üniteye ilk kabul anında başlar. Ayrıca kemoterapi uygulaması sırasında veya sonrasında hastanın durumunda ortaya çıkan değişimlere göre odaklanmış ya da acil tanılamadan da yararlanır. Hastaların tanılanması ile elde edilen veriler doğru hemşirelik tanısının konulmasında, beklenen hasta sonuçlarının ve girişimlerinin belirlenmesinde, etkin ve kapsamlı hemşirelik bakımının planlanarak uygulanmasında ve değerlendirilmesinde oldukça önemlidir (Sadırlı 2008; Büyükyılmaz 2009; Acaroğlu ve ark. 2012; Kaya 2012).

#### **2.4.3.1.1. Yaşam Süresi**

Yaşam, döllenme ile başlayıp ölüme kadar olan bir süreçtir. Holland'ın (2008) belirttiğine göre, Roper yaşam modelinde, bireyin yaşam süresi boyunca sürekli değişim içerisinde olduğunu ve yaşamı boyunca karşılaştığı biyolojik, psikolojik, çevresel ve politiko-ekonomik koşullardan etkilendiğini ifade eder. Bu modelde yaşam dönemleri; doğum öncesi, bebeklik, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık olarak ele

alınır. Her bireyin doğumdan ölüme dek yaşam süresi birbirinden farklıdır' şeklinde ifade etmiştir (Holland 2008).

Bireyler doğumdan ölüme kadar yaşam süresinin herhangi bir aşamasında hemşirelik bakımına gereksinim duyarlar.

Kanser, yaşamın herhangi bir döneminde meydana gelmekle birlikte, özellikle erişkinlik dönemindeki bireylerin sık karşılaştığı ölümcül hastalıklardandır (Holland 2008; Roper ve ark. 1996). Çocukluk çağında en sık lösemiler görülürken, genç erkeklerde testis ve kemik kanseri, kadınlarda troid ve lenfomalar en sık karşılaşılan kanser türleridir. Erişkin erkeklerde en sık akciğer ve prostat kanseri görülürken kadınlarda ise meme kanseri ilk sırada yerini almaktadır. Kanser sağkalım sürelerine bakıldığında en kısa pankreas (11,2 ay) ve en uzun ise troid (58,2 ay) kanseridir (kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html). Günümüzde, kanserin doğasının anlaşılmasıyla beraber, tedavide çok önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Kemoterapi uygulaması ile hastaların yaşam sürelerinin uzatılması ve daha nitelikli yaşamaları amaçlanmaktadır (Dedeli ve ark. 2008). Ancak, kemoterapi uygulaması olumlu etkilerinin yanı sıra bireylerde istenmeyen semptomların görülmesine de neden olabilmektedir. Bu semptomların varlığı da bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, konforunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Kolcaba yaşam süresini konfor kuramının kavramsal yapısında ele almış ve bireyin gereksinim duyduğu bakımın karşılanması için uygun hemşirelik bakımının seçilmesinde bireyin yaşının önemli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca çocuk, yetişkin ve yaşlı hastalarda kullanılabilecek ölçekler geliştirilerek farklı yaşam sürecindeki bireylerin konfor düzeyini değerlendirmeyi amaçlamıştır (Orak 2013).

#### **2.4.3.1.2. Yaşam Aktiviteleri**

Yaşam modelinin bu bölümünde bireysel farklılıklar önemli olmakla birlikte, kemoterapi uygulamasının, bireyin günlük yaşam aktivitelerine etkisi ele alınmıştır.

#### ***Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi***

Bireyin canlı olarak kalabilmesi ve diğer yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için güvenli bir ortam içinde bulunması gerekir. Güvenli çevre, biyofiziksel, ruhsal, sosyal ve kültürel yönden güvenli bir ortamdır (Kaya 2012; Velioğlu 1999).

Konfor kuramında Kolcaba, çevreyi kuramın bir boyutu olarak ele alır ve dış etkenlerle bunların insan üzerindeki etkileri olarak tanımlar. Hemşirenin bireyin konforunu arttırmak için hemşirelik girişimleriyle çevreyi uygun hale getirmesi gerektiğini belirtir (Orak 2013).

Kemoterapi, bireyi tüm boyutlarıyla etkileyen ve iç ve dış çevresinin güvenliğini tehdit eden bir durum olup bireyin birçok sorun yaşamasına neden olmaktadır. Bunlardan kemoterapinin kemik iliğini baskılaması sonucu hastada oluşan lökopeni hastaların enfeksiyona, trombositopeni ise kanamaya yatkınlığına neden olmaktadır. Ayrıca kemoterapötik ilaçların damar dışına ve subkutan dokuya sızması ile oluşan ekstremitasyon durumu, ilaç alerjileri, kemoterapiye bağlı ağrı, halsizlik, yorgunluk, bulantı, kusma, uykusuzluk da kemoterapi uygulanan hastalarda sıkça görülen semptomlardır (Kahve 2008; Şıra 2007; Mcculloch ve ark. 2013). Bu semptomların varlığı, hastanın güvenli çevresinin sağlanmasını ve dolayısıyla da konforunu olumsuz yönde etkileyecektir.

### ***İletişim***

İnsanın sosyal bir varlık olması, yaşadığı grup ve çevrede sözel ve sözel olmayan yöntemlerle iletişim kurma gerekliliğini yaratır. Yeni bir duruma ya da ortama uyum söz konusu olduğu durumlarda iletişim önemli bir aktivitedir ( Holland 2008; Kaya 2012).

Kolcaba kuramında sosyokültürel konfordan bahseder ve iletişimi sosyokültürel konforun önemli bir etkeni olarak belirtir (Üstündağ 2009).

Kemoterapi uygulanan hastaların farklı bir ortama ilk kez girme, beden imajında bozulma, anksiyete, depresyon ve mukozit varlığı, benlik saygısında değişim, yorgunluk, uyku bozuklukları, tedaviye uyum sorunları, enfeksiyona yatkınlık, hastalığını toplumdan gizleme isteği gibi durumları iletişimlerinin bozulmasına sebep olabilmektedir (Üstündağ 2013; Kulaksızoğlu 1998). İletişimi bozulan bireyin psikospiritüel ve sosyokültürel konforu da olumsuz etkilenebilmektedir.

### ***Solunum***

İnsanın yaşamı ile başlayan ve ölümü ile son bulan, yaşamsal önem taşıyan, diğer aktivitelerin gerçekleşmesi için zorunlu olan bir aktivitedir (Holland 2008; Kaya 2012).

Nefes darlığı hastanın fiziksel, emosyonel ve sosyal konumunu etkileyen, anksiyete ve ölüm korkusunu arttıran kemoterapi semptomlarından (Aydın 2005). Hastanın bitkinlik, umutsuzluk ve tükenmişlik duygularını yaşamasına neden olur (Akyolcu 2002). Nefes darlığı, solunum yetmezliği ve pnömoni kanser hastalarında ölüm nedenleri arasında oldukça sıktır (Sadırlı 2005).

Nefes darlığının varlığı hastanın temel gereksinimlerinin başında yer alan soluk alıp vermesini ve dolayısıyla da konfor durumunu olumsuz etkileyen en hayati semptomdur.

### ***Yeme İçme***

İnsanda doğumla başlayan fakat belirli güdü, dürtü ve günün zaman dilimlerine bağımlı olarak gerçekleştirilen bir aktivite olup, yemek yapma biçimi, yiyecek/içecek seçimi, yeme sıklığı, yaş gibi fizyolojik ve sosyokültürel faktörlerle biçimlenir. Temel insan gereksinimlerinden olan beslenme, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde son derece önemli bir aktivitedir (Velioğlu 1999; Kaya 2012).

Kemoterapi tedavisi sonrası yaşanan ağrı, bulantı, kusma, anksiyete ve iştahsızlık bireyin yeme içme aktivitesinde değişiklik oluşturabilir. Ayrıca ağız ve boğaz yaraları, nefes darlığı, yorgunluk, koku değişimleri, çevre koşulları da bireyin yeme içmesini olumsuz etkileyebilmektedir (Yılmaz ve ark. 2011). Hastalarda beslenme durumuyla ilişkili ortaya çıkan bu sorunlar konfor durumunu da etkilemektedir.

### ***Boşaltım***

Yaşamın sürdürülmesi için gerekli en temel ve en mahrem aktivitelerden biridir. Boşaltım aktivitesi, yeme-içme gibi yaşamın önemli bir aktivitesi olup, hem kolon, hem de mesaneden artık ürünlerin uzaklaştırılması anlamını taşıyan ve gizlilik gerektiren bir aktivitedir (Roper ve ark.1996; Ay 2013; Kaya 2012).

Kemoterapi uygulanan hastalarda fizik aktivitenin azalması, diyetle yeterli besin ve sıvı alımının azalması, tümörün gastrointestinal tıkanıklığa ya da spinal korda bası yapması, hiperkalsemi ya da hipokalsemi gibi elektrolit dengesizliği ya da kemoterapötik ve narkotik ilaçların etkisiyle konstipasyon ve diyare sorunları oluşabilir. Tedavi edilmeyen konstipasyon ve diyare hastanın konforunu bozar ve hatta hayatını tehdit edebilecek ciddi durumlar oluşturabilir (Cherny 2008; Shaw ve Taylor 2012; Rhondali ve ark. 2013)

### ***Kişisel Temizlik ve Giyinme***

Kişilerin temiz ve görünümünün iyi olması, kişinin kendine özgüven duyması için gerektiği kadar, sosyal sorumluluk bilincine sahip olması yönünden de büyük önem taşır. Kişisel temizlik aktivitesi, deri ve eklerinin temizlik ve bakımı ile ağız-diş bakımını kapsayan uygulama ve alışkanlıklardan oluşmaktadır. Giyim aktivitesi ise, bireyin bedensel korunma ile geleneksel ve kültürel ifadesinin yanı sıra seksüel ifadeyi de yansıtmaktadır (Kaya 2012; Holland 2008; Roper ve ark. 1996).

Kemoterapötik ilaçların stomotit, bulantı, kusma, yorgunluk, ağrı gibi semptomlara neden olması hastanın kişisel temizlik ve giyinmesini gerçekleştirmede zorlanmasına ve konforunun bozulmasına neden olmaktadır.

### ***Vücut Sıcaklığının Kontrolü***

İnsan organizması, sıcaklığı hem üretici hem de kaybedici özellikte olup vücut sıcaklığının kontrolünün de üretilen ve kaybedilen sıcaklığın dengede olmasına bağlı olduğu bilinmektedir. Sağlıklı birey, vücut sıcaklığını normal sınırlarda sürdürebilmek için, çevre sıcaklığını ayarlama, ortamı havalandırma, giysi türü ve sayısını seçme, fiziksel aktiviteyi düzenleme gibi yöntemlerden yararlanır (Roper ve ark. 1996; Velioglu 1999; Kaya 2012).

Kemoterapi uygulanan hastalarda, tedavi için kullanılan intravenöz yol varlığı septisemi açısından bir risk oluşturabilir. Vücut sıcaklığında yükselme bakteriyel sürecin erken bir göstergesi olabilir (Roper ve ark. 1996). Ayrıca kemoterapi tedavisi kemik iliğini baskılayarak nötropeniye neden olmaktadır. (Chaumard ve ark. 2012). Nötropenik hastalarda enfeksiyona eğilimle beraber yüksek ateş görülmekte ve hastanın günlük yaşamı olumsuz olarak etkilenerek konforu bozulmaktadır (Gönderen ve Kapucu 2009).

### ***Hareket***

Hareket aktivitesi, modelin öğelerinden biri olan bağımlılık/bağımsızlık dizgesi ile de yakından ilişkili ve hayati öneme sahip bir aktivitedir. Bireyin diğer tüm yaşam aktivitelerini bağımsızca yerine getirebilmesi, hareket yeteneğini uygun şekilde kullanabilmesi ile yakından ilgilidir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2012).

Kemoterapi uygulanan bireylerde infüzyon makinelerine bağlı hareket kısıtlılığı görülecektir. Ayrıca kemoterapiye bağlı anemi, yorgunluk ve halsizliğe neden olarak hastanın hareketini kısıtlayacak, trombositopeni kanamaya eğilimi artıracaktır. Bu dönemde bireyin yaralanma ve kanamalara sebep olabilecek tehlikeli hareketlerden ve



hızlı hareket etme sonucu oluşabilecek darbelerden korunması için dikkatli olması gerekmektedir (Doğu 2014). Kemoterapiye bağlı depresyonda hastanın hareket isteğini azaltan bir faktördür.

Bireylerin tedaviye bağlı olarak hissettikleri yorgunluk, hastaların konforunu, günlük yaşam aktivitelerini, iş yaşamlarını, aile ve arkadaş ilişkilerini, tedaviye olan dayanıklılığı son derece olumsuz etkilemektedir (Koçaşlı 2006).

### ***Çalışma ve Eğlence***

Yaşamın sürdürülmesinde olduğu kadar, yaşam kalitesini geliştirmekte önemli rolü olan bir aktivitedir. Yetişkin sağlıklı birey, yaşamında geçimini sağlamak ve zamanını değerlendirmek için bir uğraş edinir, çalışır. Geriye kalan zamanını ise kendisine zevk verecek türde bir aktivite seçerek değerlendirebilir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2012).

Hastalar, hastanede geçirdikleri süre boyunca çalışma ve eğlence aktivitelerini gerçekleştirememektedir. Yetişkin ve ailesini geçindirmek zorunda olan birey sağlık sorunları nedeniyle çalışamadığında kendini ailesini geçindirmekte yetersiz/güçsüz olarak düşünerek ümitsizliğe kapılmaktadır (Cevheroğlu 2014). Aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar ve gelecekteki yaşama yönelik belirsizlikler ise bireyin sosyal konforunu olumsuz etkilemektedir.

Ayrıca kemoterapi semptomlarının şiddetine bağlı olarak da bireyin çalışma ve eğlence aktivitesini yerine getirme durumu etkilenebilmektedir.

### ***Cinselliği İfade Etme***

İnsan neslinin devamını sağlayan yaşamının önemli bir parçası olan bu aktivite, aynı zamanda bireylerin kişilik, davranış ve rollerinin oluşumunda da önemlidir (Roper ve ark. 1996; Ay 2013; Kaya 2012).

Bireyin fiziksel görünümünün ve doku bütünlüğünün hastalık ya da tedavi nedeniyle değişmesinin ve bozulmasının beden imajını değiştirdiği ve bu değişikliğin de benlik saygısına tehdit olarak algılanabildiği, dolayısıyla bu durumun sıklıkla kişinin zevk ve doyum duygusunda yetersizliğe ve sorunlara neden olabildiği belirtilmektedir. Cinselliği direkt ya da dolaylı olarak etkileyen sağlık sorunları cinsel işlevi bozmakta ve dolayısıyla bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir (Çavdar 2006).

Kemoterapinin yan etkileri olan saç dökülmesi, kilo kaybı, bulantı, kusma bireyin beden imajını etkiler. Bu etkiler kişinin günlük yaşam aktivitelerini, yaşam kalitesini ve konfor durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Gürel 2007).

### ***Uyku***

Uyku, insan yaşamında temel ve vazgeçilmez aktivitelerden biridir. Uyku sayesinde günboyu yaşanan stresten uzaklaşarak rahatlama ve hücrelerin büyümesi, onarımı sağlanır (Kaya 2012).

Kemoterapi uygulanan hastalarda, tanı ve tedavinin ortaya çıkardığı anksiyete, depresyon, bulantı, kusma, uykuya dalmada zorluk, ağrı ve yorgunluk gibi semptomlar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini etkili bir şekilde sürdürmemeye, uygulanan tedaviden olumlu sonuç alamama ve hastalığın giderek ilerlemesi, semptomların ağırlaşması sonucunda uykusuzluk sık olarak rastlanan bir durumdur (Şıra 2007). Bireyin konfor durumunu olumsuz olarak etkileyen uykusuzluk yaşam modelinin de bir ögesidir.

### ***Ölüm***

Ölüm süreci, yaşam aktivitelerini etkilemesi ve yaşamın sonunu ifade etmesi açısından önemli bir kavramdır. Terminal dönemde olan bireyin, insan onuruna yakışır bir şekilde en iyi, en kapsamlı bakımı alması ve huzurlu ölümü; öte yandan ölen bireyin aile üyelerine/yakınlarına fiziksel ve duygusal desteğin sağlanması için hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir (Kaya 2012).

Kemoterapi uygulanan hastalarda ölüm nedeni kanserin vücutta yaptığı yıkıma bağlı olabildiği gibi kemoterapi tedavisinin yan etkilerinden olan enfeksiyon, malnütrisyon gibi etmenlere bağlı olarak da gelişebilmektedir.

Ölümü yaklaşan hastayla durumu uygun şekilde konuşulmalı ve mümkün olduğunca kararlara katılmalı, kalan zamanını maksimum derecede planlama ve bireysel gereksinimlerini yerine getirme fırsatı verilmelidir. Bu dönemde uygulanacak tedaviler, ölüm sürecinde güçlük ve rahatsızlık yaratacaksa mümkün olduğunca azaltılmalı ve hastanın huzur ve güven içinde ölmesi sağlanmalıdır (Reis 2006).

#### **2.4.3.1.3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler**

##### ***Biyo-Fizyolojik Faktörler (Fiziksel Konfor)***

Genetik, yaş, sağlık/hastalık durumu ile beden işlevlerinin durumunu ve benzeri özellikleri içerir. Hemşire yaşam aktivitelerini etkileyen biyolojik faktörlerin ne

olduğunu ve bireyi nasıl etkilediğini bilmelidir (Kaya 2012). Vücudumuzun biyolojik durumu uyku, hareket gibi durumlarda ve yaş vb.ne bağlı olarak sürekli değişir. Hemşire bireyin normal biyofizyolojik özelliklerini bilerek normalden sapmaları, nedenleri bilmeli ve uygun hemşirelik bakımını planlayabilmelidir (Holland 2008).

Kolcaba'nın konfor kuramında yer alan, dört boyuttan biri olan fiziksel konfor yaşam modelinin biyofizyolojik faktörleriyle örtüşmektedir. Kolcaba fiziksel konfordan söz ederken, dinlenme ve gevşeme, beslenme ve hidrasyon, boşaltım fonksiyonları gibi bireyin fiziksel yapısını etkileyen faktörleri belirtir ve bu fizyolojik göstergelerin birinde var olan anormalliğin konforu etkileyeceğini savunur (Kolcaba 2003; Erdemir ve Çırlak 2013).

Kemoterapi uygulanan hastalarda ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma, iştahsızlık gibi semptomlar biyofizyolojik faktörler içerisinde değerlendirilir. Hastada gelişen bu semptomlarla ilgili bir sıkıntı olması hastanın konforunu olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşireler tarafından bu durumun değerlendirilmesi, bireyselleştirilmiş tedavi ve bakımın uygulanması ile hastaların semptomlarının hafifletilerek konfor durumunun yükseltilmesi gereklidir (Sadırlı ve Ünsar 2009).

### ***Psikolojik Faktörler (Psikosprituel Konfor)***

Bireyin entelektüel becerileri, kişilik özellikleri (huy, mizaç), ruhsal durumu, tutum ve davranışları, duygusal ve zihinsel gelişimini içerir (Holland 2008; Kaya 2012).

Kolcabaya göre psikosprituel konfor zihinsel, ruhsal ve duygusal bileşenlerden oluşur ve anksiyete, yetersiz ya da olumsuz bilgi edinme konforu olumsuz etkiler (Wilson ve Kolcaba 2004).

Kemoterapi uygulanan hastalarda sıkça görülen bir semptom olan ağrı ile anksiyete arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve birbirinin şiddetini arttırdığı bilinmektedir (Büyükyılmaz 2009). Ayrıca gerek kanser hastalığı gerekse tedavisi hastalarda psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Hastalarda görülen semptomlar ile psikolojik sorunlar arasında pozitif bir ilişki mevcuttur. Bu semptomlar hastanın konforunu olumsuz olarak etkilediği için hemşireler bakım esnasında dikkatli olmalıdır (Wilson ve Kolcaba 2004; Holland 2008; Arslan ve ark. 2009).

### ***Sosyo-Kültürel Faktörler (Sosyokültürel Konfor)***

Kültür, eğitim durumu, inanç ve değerler, bulunulan sosyal yapının özellikleri, statü ve roller, sosyal ilişkiler sosyo-kültürel faktörler içinde değerlendirilir. Sosyokültürel faktörler sayesinde bireylerin sağlık davranışları ve hastalık durumunda verdiği tepkileri anlayabiliriz (Holland 2008).

Kolcaba'ya göre sosyokültürel konfor, aile ve diğer sosyal kurumlarla etkileşimleri ve kişiler arası ilişkileri içerir. Sosyal ve kişiler arası ilişkileri düzenleyen gelenekler, kurallar ve dinsel, yasal özellikler bu kapsamda yer alır (Wilson ve Kolcaba 2004; Erdemir ve Çırlak 2013).

### ***Çevresel Faktörler (Çevresel Konfor)***

İklim, yaşadığı yerin atmosfer özellikleri, yapay çevre koşulları, giysileri, bitkiler, hayvanlar, yaşadığı ortamın özellikleri çevresel faktörler içerisinde incelenmektedir (Kaya 2012).

Kocaba'ya göre çevresel konfor aydınlık, gürültü, sıcaklık, güvenilir çevre gibi dış etkenler ve bunların insan üzerinde yarattığı etkidir (Yücel 2011).

Kemoterapi uygulanan hastalarda enfeksiyona ve kanamaya yatkınlık olabilmektedir. Ayrıca hastalarda anemi, yorgunluk, uykusuzluk gibi nedenlerden dolayı travma riski yüksektir. (Şıra 2007; Kahve 2008; Mcculloch ve ark. 2013). Bu nedenle, hemşireler tarafından çevresel risk faktörlerinin belirlenerek doğru ve uygun girişimlerin yapılması iyileşme ve sağlığın yükseltilmesinde etkili olduğu gibi bireylerin konforunun sağlanmasında oldukça önemlidir (Koçaşlı 2006).

### ***Politiko-Ekonomik Faktörler***

Bireyin ekonomik durumu ve sosyal güvencesinin varlığı/yokluğu, ulusal ve uluslararası yasalar, ülke ekonomisi günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde önemlidir (Roper ve ark. 1996; Kaya 2012; Ay 2013).

Kemoterapide, bakım ve tedavi uygulamalarının maliyeti oldukça yüksektir. Bireyin yeterli mali güce sahip olmaması, hem kendisinin hem de ailesinin ekonomik zorluklar yaşamasına ve hatta tedavi, bakımın aksamasına neden olmaktadır (Büyükyılmaz 2009). Ekonomik zorluklar yaşama ve tedavinin aksaması hastanın bedensel ve psikolojik sorunlar yaşamasına ve konforunun bozulmasına yol açacaktır.

Kolcaba politiko ekonomik faktörleri sosyokültürel konfor altında birleştirmiş ve bu başlıkta toplumsal kurallar, finansal destek sistemleri ve yasal özelliklerden,

hastanın sosyal güvencesinden bahsetmiştir. Kuramında sosyal güvencenin olmamasının hastanın konforunu olumsuz etkilediğini belirtmektedir (Wilson ve Kolcaba 2004).

#### **2.4.3.1.4. Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi**

Yaşam modelinde; bireyin bağımlılık-bağımsızlık durumu dikkate alınırken içinde bulunduğu yaşam süresine dikkat edilmelidir. Yetişkinlik bağımsızlığın en üst düzeyde olduğu yaşam dönemidir. Yetişkin bireyler bazı hastalıklar nedeniyle bir ya da daha fazla yaşam aktivitelerinde diğer bireylere ya da yardımcı araçlara bağımlı olabilirler (Ay 2013; Roper ve ark. 1996).

Kemoterapi uygulanan hastalarda uzun süreli tedaviye bağlı gelişen başkalarına bağımlı olma durumu, bireylerin psikolojilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Yeşilbalkan ve ark. 2005). Bu bağlamda hastaların psikospiritüel konforları da olumsuz olarak etkilenmektedir.

#### **2.4.3.1.5. Yaşamda Bireysellik**

Hemşire, bakım uygulamalarında, her bireyin eşsiz ve tek olduğunu göz önünde tutarak bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı verir.

Bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik felsefesi, değerleri ve etik kodlarının temelini oluşturan, insanın bireyselliği, eşsizliği ve bütünlüğüne olan inancının uygulama alanında yaşama geçirilmesidir (Acaroğlu ve Şendir 2012). Bireyselleştirilmiş bakım, bireyin yeganeliğine duyulan saygının bir ifadesi olarak bireyin tekliği ve bireysel gereksinimlerini karşılamak üzere bakımın uyarlanmasıdır (Can 2013).

Her birey bulunduğu yaşam evresi, bağımlılık- bağımsızlık dizgesi ya da çeşitli etmenlerin etkisi ve eşsiz, tek olması nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini farklı bir şekilde gerçekleştirecektir (Kaya 2012).

Konfor kuramını geliştirirken insan gereksinimlerinden etkilenen Kolcaba, bireyin gereksinimlerinin karşılanmasında bireyselliğe önem verilmesi ve bu doğrultuda konforun da bütüncül olarak sağlanması gerektiğini belirtir (Kolcaba 2003).

Kemoterapi uygulanan hastaların bireyselleştirilmiş bakımı, hemşirelikte bir bilimsel sorun çözümlene yöntemi olan hemşirelik sürecinin aşamaları doğrultusunda ele alınmıştır.

### 2.4.3.2. Hemşirelik Tanısı

Kemoterapi uygulanan bireye özgü toplanan veriler değerlendirilerek hemşirelik tanıları belirlenir (Biol 2009).

NANDA-I “Hemşirelik Tanısı”nı birey, aile ve toplumun gerçek veya olası sağlık sorunları/yaşam süreçlerine karşı verilen yanıtlar hakkında klinik bir karar olarak belirtmiştir. Hemşirelik tanısı, beklenen hedefleri başarmaya yönelten hemşirelik girişimlerini seçme olanağı verir (Acaroğlu ve ark 2012).

Bireyin sorununun başarı ile çözümlenmesi için hemşirelik tanısının doğru belirlenmesi doğru hedeflerin seçilerek uygun ve doğru hemşirelik girişimlerinin uygulanması önemlidir. Amaç, bireylerin fonksiyonlarının en üst düzeye çıkarılması ve GYA'da optimal bağımsızlığın sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve konforun en üst düzeyde olmasıdır (Doğan 2014).

2012-2014 NANDA-I Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırmalar listesinde 13 alan bulunmakta ve bu alanlardan 12.sini konfor oluşturmaktadır. Konfor alanında da fiziksel, çevresel ve sosyal konfor olmak üzere üç sınıf ve bozulmuş konfor, bulantı, akut ve kronik ağrı, sosyal izolasyon ve konforu güçlendirmeye hazır oluş olarak altı hemşirelik tanısı onaylanmıştır (NANDA International 2012).

### 2.4.3.3. Planlama

Planlama aşamasında kemoterapi uygulanan hastalarda saptanan sorunlar öncelik derecesine göre belirlenerek sorunları çözümlenecek hemşirelik uygulamalarına karar verilir. Bu aşamada hedefler ve beklenen sonuçlar belirlenerek doğru ve uygun hemşirelik girişimleri, hasta bireyle birlikte planlanır (Acaroğlu ve Şendir 2012; Biol 2009).

Aşağıda kemoterapi uygulanan bireyde kemoterapi semptomları ile ilgili ve konfor düzeyini etkileyebilecek sık görülen hemşirelik tanıları ele alınmış, ilişkili faktörleri amaç/beklenen sonuçları ve bakım girişimleri ile birlikte açıklanmıştır.

#### **Konforda Bozulma**

*Tanım:* Tehlikeli, rahatsız edici bir uyarana tepki olarak rahatsızlık duygusu yaşayan bireydeki durum.

*Tanımlayıcı özellikler:* Ağrı, anksiyete, korku, iç çekme, huzursuzluk, bulantı, kusma, kan basıncı, nabız veya solunumda artma/düşme, terleme, ağlama, inleme.

*İlişkili faktör:* Hastalık ve tedaviyle ilişkili semptomlar, yetersiz finansal ya da sosyal destek, çevresel konfor ve mahremiyette eksiklik.

*Amaç/beklenen sonuçlar:* Kalp hızı, ritmi ile solunum hızını koruma, kas gerginliğini azaltma, ağrı ölçeğiyle ağrıyı raporlama ve uyku düzenini sağlama.

*Hemşirelik girişimleri:*

1. Ağrı düzeyi ölçek kullanarak izlenir.
2. Rahatsızlık zamanlarında yaşam bulguları değerlendirir.
3. Uyku alışkanlıkları değerlendirilir.
4. Ağrı, uyku ve anksiyete için gevşeme egzersizleri ve teknikleri öğretilir (Carpenito- Moyet 2012; [nandabooks.blogspot.com/.../nursing-manage](http://nandabooks.blogspot.com/.../nursing-manage)).

### **Sosyal İzolasyon**

*Tanım:* Başkaları ile daha fazla birlikte olma gereksinimi ya da isteği olan ya da böyle algılanan, ancak ilişki kuramayan birey ya da gruptaki durum.

*Tanımlayıcı özellikler:* Yalnızlık, reddedilmişlik duygularını ifade etme, göz teması kurmama, anlamlı ilişkileri olmadığını tanımlama, yoğunlaşmama, karar verememe, donuk ifadeler, işe yaramadığını düşünme, tekrarlayan hareketler, kaygılı, sinirli görünüm, iletişim kurmama.

*İlişkili faktör:* Kemoterapiye bağlı alopesi, cilt ve tırnaklarda bozukluk olması, mental durum değişiklikleri, kabul görmeyen sosyal davranışlar.

*Amaç/beklenen sonuçlar:* Hastanın sosyalleşmesi desteklenmeli, aktivitelere katılımı sağlanmalı, sosyalleşmesini sağlayacak yöntemler tanımlanmalı ve uygulanmalı.

*Hemşirelik girişimleri:*

1. İlgili risk faktörleri belirlenir ve kontrol altına alınır.
2. Hastada algılanan sosyal izolasyon nedenleri açıklanır.
3. Sosyalleşmesini sağlayacak yöntemler belirlenir.
4. Sosyalleşmeyi sağlayacak ortam ve fırsatlar oluşturulur.
5. Hastanın sosyal destekleri harekete geçirilir (Biol 2009; Carpenito- Moyet 2012; [nandanursingdiagnosis.org/nursing-diagnosis](http://nandanursingdiagnosis.org/nursing-diagnosis))

### **Akut/Kronik Ağrı**

*Tanım:* Gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan, duyuşal ve emosyonel deneyim.

*Tanımlayıcı özellikler:* Sözlü olarak ağrıdan yakınma, durumuna özel koruyucu pozisyon alma, kendine odaklaşma, dikkatte dağılma, davranışlarda değişiklik (inleme,

ağlama, huzursuzluk vs.), yüzde ağrı ifadesi (gözlerde donukluk, surat asma vs.), kas tonusunda değişim (halsizlik, yorgunluk vs.), kan basıncı ve solunumda değişiklik, pupillerde genişleme, solgunluk, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde sürdürememe.

*İlişkili faktörler:* Tümöral basınç, kemoterapi, hastalığın ilerlemesi, anksiyete, ümitsizlik ve depresyon.

*Amaç/beklenen sonuçlar:* Hastanın ağrısının geçtiğini sözlü/sözsüz ifade etmesi ve günlük yaşam aktivitelerini güvenli olarak yerine getirmesi, konforunun artması.

*Hemşirelik girişimleri:*

1. Hastanın ağrı yakınması değerlendirilir.
2. Hastanın ağrısını azaltan ve arttıran faktörler belirlenir.
3. Hastanın ağrıya karşı duygusal tepkileri ve baş etme yöntemleri izlenir.
4. Ağrı konusunda hastanın soru sormasına ve endişelerini ifade etmesine izin verilir.
5. Çevre kontrol altına alınır ve holistik girişimler (masaj, gevşeme/dikkati başka yöne çekme egzersizleri, müzik dinleme, derin nefes alma vb) bireyin tercihi ve ağrı tanılama sonuçlarına göre uygun sıklıkta uygulanır.
6. Analjezik ilaçlar, hekim istemine göre düzenli aralıklarla verilir.
7. Hastanın güvenliğini sağlamak ve sürdürmek için, analjezik ilaçların/ağrı tedavisinin yan etkileri gözlenir (Brant 2005; Birol 2009; Çapar 2010; Johnson ve ark. 2012).

### **Bulantı**

*Tanım:* Epigastrium ve boğazın arkasında dalgalanmalarla beraber hissedilen kusmayla sonuçlanabilen hoş olmayan bireysel duygu.

*Tanımlayıcı özellikler:* Solgunluk, soğuk nemli cilt, salyada artma, taşikardi, baş dönmesi, halsizlik.

*İlişkili faktör:* Tümör, kemoterapi, anksiyete, sıvı elektrolit dengesizliği.

*Amaç/beklenen sonuçlar:* Bireyin sıvı ve elektrolit dengesinin sürdürülmesi, yeterli beslenmesinin sağlanması, oral mukoz membranının korunması ve bulantının azaldığını ifade etmesi ve konfor düzeyinin artması.

*Hemşirelik girişimleri:*

1. Bulantının nedenleri anlatılır.
2. Hasta dehidratasyon yönünden gözlenerek aldığı çıkardığı takibi yapılır.



3. İştahsızlık ve kilo kaybına karşı, vücut ağırlığı takibi yapılır.
4. Beslenme ihtiyacını gidereceği ortamın temiz, düzenli, kokusuz olması sağlanır.
5. Öğünler arasında sıvı alımından kaçınması, az ve sık aralarla yemesi, soğuk, yumuşak ve sulu gıdalar tercih etmesi, tatlı, kızartma, baharatlı, yağlı gıdalardan kaçınması konusunda önerilerde bulunulur.
6. Yemekten önce giysilerini gevşetmesi ve yemekten sonra en az 2 saat sırtüstü yatmaması söylenir.
7. Müzik terapi gibi holistik girişimler uygulanarak hastanın dikkati başka yöne çekilir (Berendt ve Dagostino 2005; Sadırlı 2008; Birol 2009; Johnson ve ark 2012; Karakaş 2014).

### **Yorgunluk**

*Tanım:* Bireyin sürekli bitkinlik duygusu hissettiği, dinlenmeyle geçmeyen, fiziksel ve zihinsel kapasiteyi azaltan bir durum.

*Tanımlayıcı özellikler:* Kendini halsiz, bitkin hissetme, bedenini çok ağırlaştırmış hissetme, normal aktiviteleri gerçekleştirme isteğinde azalma, konsantrasyon bozukluğu, neşesiz halsiz olma, dinlenmeyle yorgunluğun geçmemesi.

*İlişkili faktör:* Anemi, beslenme yetersizliği, kemoterapötik ilaçlar, elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, ağrı, stres, anksiyete, depresyon, kemik iliğinin baskılanması.

*Amaç/beklenen sonuçlar:* Hastanın yorgunluğunun nedenlerini anlatabilmesi, duygularını paylaşabilmesi, günlük ve haftalık aktiviteleri için önceliklerini belirleyebilmesi, aktivite düzeyinde tatmin edici sonuçlar elde edebilmesi ve konfor düzeyinin artması.

*Hemşirelik girişimleri:*

1. Yorgunluğun düzeltilebilir nedenleri (dehidratasyon, elektrolit dengesizliği, dispne, anemi) belirlenir ve değerlendirilir.
2. Yorgunluğun yaşamına etkilerini ifade etmesine izin verilir.
3. Günlük ve genel dinlenme-aktivite alışkanlıkları değerlendirilir.
4. Tedavi protokolüne ve hastalık durumuna uygun gerçekçi hedefler belirlenerek hastanın bireysel aktivite ve egzersiz programına katılımı sağlanır.
5. Yorgunluk ve tedavisi hakkında hasta ve ailesi eğitilir.
6. Yorgunluğa neden olan aktiviteleri belirlemede ve bunları değiştirmeye yönelik stratejiler geliştirmede hasta ve ailesine yardım edilir.

7. Yorgunluğu giderici bireyselleştirilmiş aktivite değişiklikleri uygulanır.
8. Hastanın yeterli beslenme ve hidrasyonu sağlanır.
9. Hafif yorgunluk dönemlerinde GYA planlanlanır ve önemsiz aktiviteler elimine edilir.
10. Psikolojik ve sosyal stresörlerin olumsuz etkisi ve önleme girişimleri hastaya açıklanır.
11. Holistik girişimler (masaj, gevşeme/dikkati başka yöne çekme egzersizleri, müzik dinleme, derin nefes alma vb) bireyin tercihinine göre yeterli sıklıkta uygulanır.
12. Düzenli ve sistematik olarak yorgunluk girişimlerinin etkinliği değerlendirilir.
13. Bireyin kendisinin yapabileceği ve başkalarına bırakabileceği işler tespit edilir, yapmaya teşvik edilir (Genç 2005; Brant 2005; Sadırlı 2008; Şahin 2009; Birol 2009; Pertl ve ark.2013).

### **Anksiyete**

*Tanım:* Belirsiz ya da tanımlanamayan bir tehdite karşı bireyin endişe ya da huzursuzluk hissetme durumu.

*Tanımlayıcı özellikler:* Kızarma, terleme, gerginlik, titreme, harekette artma, kilo değişiklikleri, uyku bozuklukları, nefes darlığı, diyare, konstipasyon, kas ağrıları, baş ağrısı, ağız kuruluğu, çarpıntı, sinirlilik, heyecanlı hissetme, kolay ağlama, kendini suçlama, problem çözmede sorun yaşama, algısal değişimler, öfke.

*İlişkili faktör:* Hastalığın prognozu, toplumsal damgalanma, ağrı, uykusuzluk, bulantı, kusma, hastalığın tekrarlaması, ilaçlar, alopesi, sağlık, statü, finansal veya aile ilişkilerindeki sorunlar.

*Amaç/beklenen sonuçlar:* Bireyin anksiyetesini tanımlayabilmesi ve etkili baş etme yöntemlerini kullanarak rahatlaması, tolere edebildiği günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilmesi, konfor düzeyinin artırılması.

*Hemşirelik girişimleri:*

1. Bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilir ve soru sorması sağlanır.
2. Bireyin anksiyete düzeyini arttıran uyaranlar uzaklaştırılır.
3. Birey ile güven verici bir ilişki kurulur, duygularını açıklamaya ve soru sormaya cesaretlendirilir.
4. Konfor ve güvenliği sağlamak için güvenli bir çevre oluşturulur.

5. Tüm bakım ve tedavi yöntemleri birey ve ailesine açıklanır ve bireyin bakıma katılımı sağlanır.
6. Bireyin kendi anksiyetesini tanıması sağlanır, anksiyete ile başa çıkma yöntemleri değerlendirilir, uygun holistik yöntemlerin kullanılması sağlanır. (müzik dinleme, egzersiz, derin solunum ve gevşeme egzersizleri, hayal kurma, masaj vb.)
7. Gerekirse, birey psikolojik destek alması için yönlendirilir (Grimm 2005; Birol 2009; Büyükyılmaz 2009; Aktaş 2010; Johnson ve ark 2012).

### **Uykusuzluk**

*Tanım:* Bireyin uzun süre yeterli ve düzenli uyku uyuyamaması, uykuya dalmada güçlük yaşaması, uyku kalitesi ve sürecinin bozulması, uyanmada güçlük yaşaması, uyuduğu halde dinlenmemiş hissetmesi, gündüz uyuması durumu.

*Tanımlayıcı özellikler:* Bireyin yorgun olduğunu ifade etmesi, uykulu görünme, gündüz uyuklama, göz etrafında morluklar, sıkça esneme, kelimeleri ağzında yuvarlama ve yanlış sözcükleri kullanma.

*İlişkili faktör:* Kemoterapi, ağrı, ateş, bulantı, kusma, nefes darlığı, yorgunluk, elektrolit dengesizliği, gelecek kaygısı, finansal sorunlar, depresyon, anksiyete.

*Amaç/beklenen sonuçlar:* Uyku kalitesinin yükseltilmesi, uykusuzluğa bağlı oluşacak yorgunluk, gerginlik gibi belirtilerin en aza indirilmesi, hastanın rahat uyuması ve dinlenmesinin sağlanması, konforunun artırılması.

*Hemşirelik girişimleri:*

1. Hastanın normal zamandaki uyku alışkanlıkları belirlenir.
2. Hastanın uyanmasına neden olan, uyumasını engelleyen ya da kalitesini bozan etkenler belirlenir.
3. Uyumama nedenine yönelik düzenlemeler ve davranış değişiklikleri için hasta ile işbirliği yapılır.
4. Uyku için uygun ortam (ses, ışık, sıcaklık) sağlanır.
5. Yatmadan önce kafeinli içecekler içmemesi, sıvı almaması önerilir.
6. İlaç saatleri ve ilaç rejiminin düzenlenmesi sağlanır.
7. Gün içinde uykunun sınırlanması ve yatmadan önce mesanesini boşaltması söylenir.
8. Uyumadan önce banyo yapması, ılık süt içmesi söylenir.

9. Uygun holistik girişimler (sakinleştirici masaj, meditasyon, müzik terapi vb) hakkında hasta ve ailesi eğitilir ve uygun girişim uygulanır.
10. Hekim istemine göre uygun ilaçlar verilir ve ilaçların etki ve yan etkileri gözlemlenir (Brant 2005; Sadırlı 2008; Birol 2009; Aktaş 2010; Johnson ve ark 2012).

### **Beden Gereksiniminden Az Beslenme**

*Tanım:* Bireyin ağızdan beslenebildiği halde, yeterli gıda almama ya da besinlerin metabolik gereksinimi karşılamada yetersiz olması sonucu kilo kaybetmesi ya da kaybetme riski olması.

*Tanımlayıcı özellikler:* Kilo kaybı, hastanın iştahsızlığını ifade etmesi, yemek isteğinde azalma, abdominal kramp ve ağrı, kas tonüsünde azalma, yemeklerden tikslenme.

*İlişkili faktör:* Gıda alımında azalma, tümörün yerleşimi, ileri kansere eşlik eden iştahsızlık, kanser tedavisine bağlı kusma, yutma güçlüğü, infeksiyon, mukozit ve ishal.

*Amaç/beklenen sonuçlar:* Bireyin metabolik gereksinimine ve aktivitesine göre düzenlenen günlük besinleri yemesi.

*Hemşirelik girişimleri:*

1. Yüksek kalori, protein ve vitamin yönünden zengin beslenmenin önemi hastaya/aileye açıklanır ve besin alımına teşvik edilir.
2. Yemeklerden önce istirahat etmesi sağlanır.
3. Hastaya her gün aynı saatte, aynı kıyafet ve aynı tartı ile kilo takibi yapılır.
4. Yetersiz sıvı ve besin alımına neden olan faktörler azaltılır/ortadan kaldırılır.
5. Yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı verilir ve oral hijyeni sürdürülür.
6. Hastanın yemeklerden önce sıvı alımı azaltılır, az ve sık beslenmesi sağlanır.
7. Hastanın odası temiz tutulur ve kötü kokular uzaklaştırılır.
8. Çok tatlı ve yağlı yiyecekler diyetinden çıkarılır.
9. Hastanın yiyecek seçimine katılımı ve hoşlandığı besinleri alması sağlanır.
10. Ağrılı ve hoş olmayan işlemler yemeklerden önce yapılmaz.
11. Hastaya sevdiği müzikler dinletilerek dikkati başka yöne çekilir ve iştahı arttırılır.
12. Hekim istemine göre antiemetikler uygulanır ve etkileri gözlemlenir (Bozcuk ve ark 2006; Sadırlı 2008; Birol 2009; Aktaş 2010; Kostak ve Zafer 2012).

### **Etkisiz Solunum Örüntüsü**

*Tanım:* Hava yollarındaki sekresyonun atılamaması, tıkanma ya da anksiyete nedeniyle solunum yolu açıklığının yetersiz olması ya da etkisiz solunum şekli.

*Tanımlayıcı özellikler:* Anormal solunum sesi, solunum hızında değişim, takipne, balgamlı ya da kuru öksürük, siyanoz, dispne, mukus miktarı ve görünümünde değişim, interkostal kasların solunuma katılması, hipoksi, anemi, huzursuzluk, burun deliklerinin genişlemesi, solgunluk.

*İlişkili faktör:* Yorgunluk, anksiyete, sigara kullanımı, anemi, ateş, kemoterapi, kanser, enfeksiyonlar, obstrüksiyon ya da sekresyonun varlığı.

*Amaç/beklenen sonuçlar:* Etkili solunumun sürdürülmesi, solunum hız, derinlik ve ritminin normal olması ve dispnenin azalmasının sağlanması, konfor düzeyinin artırılması.

*Hemşirelik girişimleri:*

1. Solunumun niteliği ve kalitesi hız, ritim ve derinlik yönünden değerlendirilir.
2. Sekresyon miktar, renk ve yoğunluk açısından incelenir.
3. Fawler/semifawler pozisyon verilir.
4. Solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılır.
5. Yeterli hidrasyonu sağlanır.
6. Gerekirse hava yolları aspire edilir, postural drenaj uygulanır.
7. Ortamın nemli olması sağlanır.
8. Ağız bakımı verilir.
9. Yorucu aktivitelerden ve egzersizlerden kaçınması sağlanır.
10. Hastanın günlük aktivitelerine destek olunur.
11. Hastaya rahat, sakin ve sessiz bir ortam sağlanır ve ziyaretçileri kısıtlanır.
12. Duruma göre nemlendirilmiş oksijen tedavisi uygulanır.
13. Anksiyeteye bağlı nefes darlığını gidermek ve hastanın dikkatini başka yöne çekmek için müzik dinleme, hayal kurma, gevşeme egzersizleri gibi holistik uygulamalar yaptırılır.
14. Tedavi protokolünde yer alan ilaçları (mukolitik, bronkodilatörler, antibiyotik) düzenli kullanması sağlanır (Matthews 2005; Sadırlı 2008; Birol 2009; Johnson ve ark 2012).

Kemoterapi uygulanan hastalarda bu hemşirelik tanılarının yanı sıra görülebilecek ve hastanın konforunu etkileyebilecek hemşirelik tanıları; konstipasyon,

diyare, beden imajında bozulma, etkisiz cinsel yaşam, bilgi eksikliği, sözel iletişimde bozulma, oral mukoz membranda bozulma riski, aktivite intoleransı riski, enfeksiyon riski, beden sıcaklığında dengesizlik riski'dir.

#### **2.4.3.4. Uygulama**

Hemşire bu aşamada, hemşirelik tanılarına yönelik geliştirilen bakım planında belirlenen, bireyin optimal sağlık düzeyine ulaşmasını sağlayacak hemşirelik girişimlerini bütüncül yaklaşımla hastaya uygular. Uygulama aşamasında;

- Birey uygulanacak girişimlerle ilgili bilgilendirilerek gerekli izin alınmalı,
- Beklenen hasta sonuçları ve planlanan girişimler gözden geçirilmeli,
- Bireyin gizliliğine özen gösterilmeli,
- Uygulama yöntemleri gözden geçirilmeli,
- Öncelikler belirlenmeli,
- Planlanan girişimler uygulanmalı ve
- Bireyin uygulamaya verdiği yanıtlar değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir (Biol 2009; Büyükyılmaz 2009; Acaroğlu ve ark. 2012).

#### **2.4.3.5. Değerlendirme**

Bireyin gereksinimlerini karşılamaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliği hakkında karar verme aşamasıdır. Bu aşamada;

- Değerlendirme için temel ilkeler belirlenir,
- Bunların (beklenen hasta sonuçları) karşılanıp-karşılanmadığını belirlemek için objektif ve subjektif veri toplanır,
- Sonuçlar yorumlanır ve karara varılır,
- Beklenen sonuçlara ulaşmadaki sınırlılıklar değerlendirilir,
- Karar, bireyin yanıtları ile kayıt edilir,
- Hemşire uygulanan hemşirelik bakımının etkinliğini ve bireyin konfor düzeyi değerlendirilir.
- Saptanan amaç/beklenen hasta sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir ve gerekirse değişen gereksinimleri belirlemek üzere odaklanmış tanılama ile süreç tekrarlanır (Biol 2009; Büyükyılmaz 2009; Acaroğlu ve ark. 2012; Kaya 2012).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, kemoterapi uygulanan hastalarda, holistik hemşirelik uygulamaları arasında yer alan, müzik terapinin kemoterapi semptomları ve konfor düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmış öntest-sontest kontrol grup tasarımı yarı deneysel bir çalışmadır.

#### 3.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ VE SORULARI

Araştırma hipotezleri;

Hipotez 1. Müzik terapi uygulanan hastalar, uygulanmayan hastalara göre kemoterapi semptomlarını daha düşük şiddette hisseder.

Hipotez 2. Müzik terapi uygulanan hastaların konfor durumu uygulanmayan hastalara göre daha yüksektir.

Araştırma soruları;

Soru 1. Müzik terapi öncesi deney ve kontrol grubu hastaların kemoterapi semptomlarını deneyimleme durumu nedir?

Soru 2. Müzik terapi öncesi deney ve kontrol grubu hastaların konfor durumu nedir?

Soru 3. Müzik terapi hastaların kemoterapi semptomlarını deneyimleme durumunu nasıl etkiler?

Soru 4. Müzik terapi hastaların konfor durumunu nasıl etkiler?

#### 3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

**Bağımsız değişken;** müzik terapi, **bağımlı değişkenler;** kemoterapi semptomları (ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme ve nefes darlığı) ve konfor durumu (fiziksel, psikospiritüel, çevresel, sosyokültürel konfor boyutları ile ferahlama, rahatlama ve üstünlük düzeyleri)

#### 3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Tekirdağ Devlet Hastanesinin gününbirlik kemoterapi ünitesinde Şubat - Ekim 2014 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### 3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Şubat - Ekim 2014 tarihleri arasında Tekirdağ Devlet Hastanesi'nin günübürlük kemoterapi ünitesinde tedavi gören hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü power analizi ile hesaplandı. Yapılan hesaplamada grupların parametreleri gözönüne alınarak, 0,88 güç değeri, 0,05 yanılma durumu ve 0,81 etki düzeyinde, örnekleme 64 hastanın alınmasının yeterli olduğu belirlendi. Olası kayıplar dikkate alınarak deney ve kontrol gruplarına 35'er hasta alınması uygun görüldü.

Araştırmanın örneklem seçiminde;

- 18 yaş ve üzerinde,
- İletişim ve işbirliğine açık,
- Okur-yazar,
- Psikiyatrik tedavi uygulanmayan,
- Terminal dönemde olmayan,
- En az üç seans kemoterapi uygulanan ve
- Araştırmaya katılmada istekli ve gönüllü olma kriterleri dikkate alındı (Sadırlı, Ünsar 2009; Dolu 2010).

### 3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Verilerin toplanmasında;

- Hasta Bilgi Formu
- Hasta İzlem Formu
- Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)
- Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) kullanıldı.

#### **Hasta Bilgi Formu (Ek-1)**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hasta bilgi formu üç bölümden oluştu. Birinci bölüm; hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, iş/mesleki durumu gibi bireysel özelliklerini, ikinci bölüm; tanısı, ailede kanser varlığı, uygulanacak tedavi ve aldığı seans sayısı, kemoterapi türü gibi hastalığa yönelik bilgileri içerdi. Üçüncü bölümde ise deney grubu



hastaların, ilk müzik terapi uygulamasına ilişkin bilgilerin yanı sıra hasta izlem formundaki bilgilerin kaydedileceği bir çizelgeye yer verildi.

### **Hasta İzlem Formu (Ek-2)**

Deney ve kontrol grupları için ayrı hazırlanan hasta izlem formu kullanıldı. Kontrol Grubu İzlem Formu, hastaların kemoterapi semptomlarının başlangıç tarihine ilişkin bilgileri kaydedecekleri bir çizelge ile araştırmacının iletişim bilgilerinden oluştu. Deney Grubu İzlem Formunda ise bunlara ek olarak, müzik terapiye ilişkin bilgilerin (gün ve süre) kaydedileceği bir bölüm yer aldı. Hastalara verilen bu formdaki bilgiler daha sonra Hasta Bilgi Formunun üçüncü bölümüne aktarıldı.

### **Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) (Ek-3)**

Bruera ve arkadaşları (1991) tarafından, kanser hastalarında yaygın olarak görülen dokuz semptomun değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu semptomlar; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme durumu, nefes darlığı ve diğer sorunlardır. Ölçekte diğer sorunlar bölümüne, ölçeği Türk toplumuna uyarlayan araştırmacılar tarafından 3 semptom (ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma) eklenmiştir. Görsel analog skala yapısındaki ölçekte bir semptomun şiddeti 0'dan 10'a kadar sayısal numaralarla değerlendirilir. 0 puan semptomun olmadığını, 10 puan ise semptomun çok şiddetli hissedildiğini gösterir. Semptomun değerlendirilmesinde, hastadan semptomun şiddetini belirten numarayı işaretlemesi istenir. Araştırmada, orijinal ölçekteki subjektif semptomları değerlendiren, 9 madde dikkate alındı.

Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması için güvenilirlik çalışması Sadırlı ve Ünsar (2007) tarafından yapılmıştır. Kemoterapi uygulanan hastalarda, tedavi sonrasında semptomların şiddetinin değerlendirilmesinde kolay uygulanabilen, uygun bir değerlendirme aracı olduğu belirlenmiştir (Sadırlı ve Ünsar 2009).

Cronbach Alpha katsayısı, Sadırlı ve Ünsar'ın (2007) araştırmasında tedavi öncesi için 0,83; tedavi sonrası için 0,76 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise ESTÖ'nün güvenilirliği için yapılan analizlerde; Cronbach Alpha katsayısı kemoterapi seansı öncesi 0,70, kemoterapi seansı sonrası 0,75, kemoterapi seansından bir hafta sonra 0,88'dir.

### **Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) (Ek-4)**

Kolcaba tarafından, konfor gereksinimlerinin belirlenmesi, konforu sağlayan hemşirelik girişimleri ile konforda artma durumunu değerlendirmek amacı ile 1992 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuştur. Dörtlü likert tipte olan ölçek, toplam 48 maddedir. Ölçek konforu hem boyut hem de düzey olarak değerlendirmektedir. Konfor boyut olarak; fiziksel (12 madde), psikospiritüel (13 madde), çevresel (13 madde) sosyokültürel boyutları (10 madde) içerir. Konfor düzey olarak ise; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunların üstünden gelme (15 madde) şeklinde değerlendirilmektedir.

Kolcaba, konforun boyutlarını tanımlarken; fiziksel konforun bedensel duyular, homeostatik mekanizmalarla, psikospiritüel konforun benlik saygısı, kimlik, cinsellik gibi bireyin iç farkındalığıyla, çevresel konforun dış ortam ve dış değişkenlerle ve sosyokültürel konforun da kişilerarası ilişkiler, gelenekler ve dinsel uygulamalarla ilgili olduğunu belirtmektedir. Konforun düzeylerini ise belirli konfor gereksiniminin karşılanma durumunu ferahlama, sakin, hoşnut ve memnun olma durumunu rahatlama ve sorunların ya da ağrının üstesinden gelebilme durumunu da sorunların üstünden gelme olarak açıklamıştır (Kolcaba 1991; Orak 2013; Erdemir 2013).

Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin değerlendirilmesinde (Tablo 3.1), negatif maddeler ters kodlanarak toplanır. Elde edilen toplam puan, ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer bulunur. Alınabilecek en düşük değer olan 1 düşük konfor durumunu, en yüksek değer olan 4 ise yüksek konfor durumunu gösterir. Kolcaba; konforun süreklilik özelliğinden çok durumluk özelliği gösterdiğini, konforun bütüncü yapısı nedeni ile ölçeğin kuramda açıklanan üç düzey ve dört boyutu içeren alt bölümler şeklinde değil bir bütün olarak değerlendirilmesinin daha doğru sonuçlar verdiğini saptamıştır (Karabacak 2004; Kuşuoğlu ve Karabacak 2008). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, Genel Konfor Ölçeğinin toplam puanının kullanıldığı görüldü (Besel 2006; Üstündağ 2009; White 2010; Çiftçi 2011; Ünülü 2014).

**Tablo 3-1: Genel Konfor Ölçeğinin Değerlendirilmesi**

Düzeyleyeni / Boyutları	Ferahlama Madde No	Rahatlama Madde No	Üstünlük Madde No
Fiziksel Konfor	14*, 19*	1, 36	15, 29
Psikospritiüel Konfor	48*, 25*	20*, 28*	5*, 6*,
Çevresel Konfor	44, 46	2, 7, 31	9, 17
Sosyokültürel Konfor	22*, 40*	38, 24*	41*, 45*
	3, 27	11, 47	30, 33
	12*, 34*	32*, 42*	18*, 21*, 35*
	37, 8*	4, 23	10, 16
	13*, 26*	43, 39*	

\*Negatif maddeler

Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması, Kuğuoğlu ve Karabacak tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Orijinal ölçekte Cronbach Alpha katsayısı 0,88, Kuğuoğlu ve Karabacak'ın araştırmasında 0,85 olarak bulunmuştur (Kuğuoğlu ve Karabacak 2008). Bu çalışmada ise GKÖ'nün güvenilirliği için yapılan analizlerde; Cronbach Alpha katsayısı kemoterapi seansı öncesi 0,79, kemoterapi seansı sonrası 0,80, kemoterapi seansından bir hafta sonra 0,86'dır.

Araştırma verileri hastalardan yüz yüze ve yapılandırılmış telefon görüşmesi yolu ile toplandı. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

### 3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Gerekli kurumsal ve etik izinler alındıktan sonra veri toplanmaya başlandı. Türk Psikologlar Derneği ile iletişime geçilerek müzik terapi CD'sinin kullanımı için sözel izin alındı ve CD Türk Psikologlar Derneği tarafından kargo ile araştırmacıya gönderildi. Araştırmanın uygulamasında, deney ve kontrol grubu hastaların birbirlerinden etkilenmelerini önlemek için öncelikle kontrol grubu hastalardan veri toplandı. Araştırmanın uygulanması Şekil 3.1'de belirtilen tasarım planı doğrultusunda gerçekleştirildi.

Araştırmanın yürütüldüğü merkeze gelen ve araştırma kriterlerini karşılayan hastalara, hasta kabulü sırasında araştırmanın amacı, kapsamı, süresi ve yöntemi konusunda bilgi verildi. Bilgilendirme sonrası, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalardan yazılı izin alındı ve örneklem grubuna dahil edildi. İlk 35 kişi kontrol grubunu oluşturdu; kontrol grubundan veri toplama işlemi tamamlandıktan

sonra gelen 35 kişi ise deney grubu hastaları oluşturdu. Verilerin toplanmasında aşağıdaki basamaklar izlendi.

*Kemoterapi seansı öncesi;*

**Her iki gruptaki** hastalara, Hasta Bilgi Formu, ESTÖ ve GKÖ uygulandı. **Deney grubundaki** hastalara müzik terapi uygulaması hakkında bilgi verildi. **Her iki grup** için ışık, ses ve ısı gibi çevresel faktörler kontrol edilerek güvenli ortam oluşturacak önlemler alındı. Damar yolu açılarak premedikasyonları (yaklaşık 15dk.) uygulandıktan sonra damar yolu güvenliği sürdürülecek şekilde rahat bir pozisyon almalarına yardım edildi. Deney grubundaki hastalara müzik terapi uygulamasında kullanacakları araçlar verildi ve kullanıma hazırlık açısından kontrol edildi. Kemoterapi başladığında hastaların yanından ayrılarak tedavi süresince yalnız bırakıldı.

*Kemoterapi seansı sırası;*

**Deney grubundaki** hastalara seans boyunca müzik terapi uygulandı ve üitedeki rutin uygulamalar sürdürüldü. **Kontrol grubundaki** hastalara üitedeki rutin uygulamalar sürdürüldü.

*Kemoterapi seansı sonrası;*

**Her iki gruptaki** hastalara, ESTÖ ve GKÖ uygulandı. **Deney grubu** hastaların müzik dinleme başlangıç ve bitiş zamanı hasta bilgi formuna kaydedildi. Ayrıca **her iki gruptaki** hastalara evde kayıtlarını tutacakları bir izlem formu verildi. Bir hafta sonra telefon görüşmesi ile kendilerinden bilgi alınacağı açıklandı.

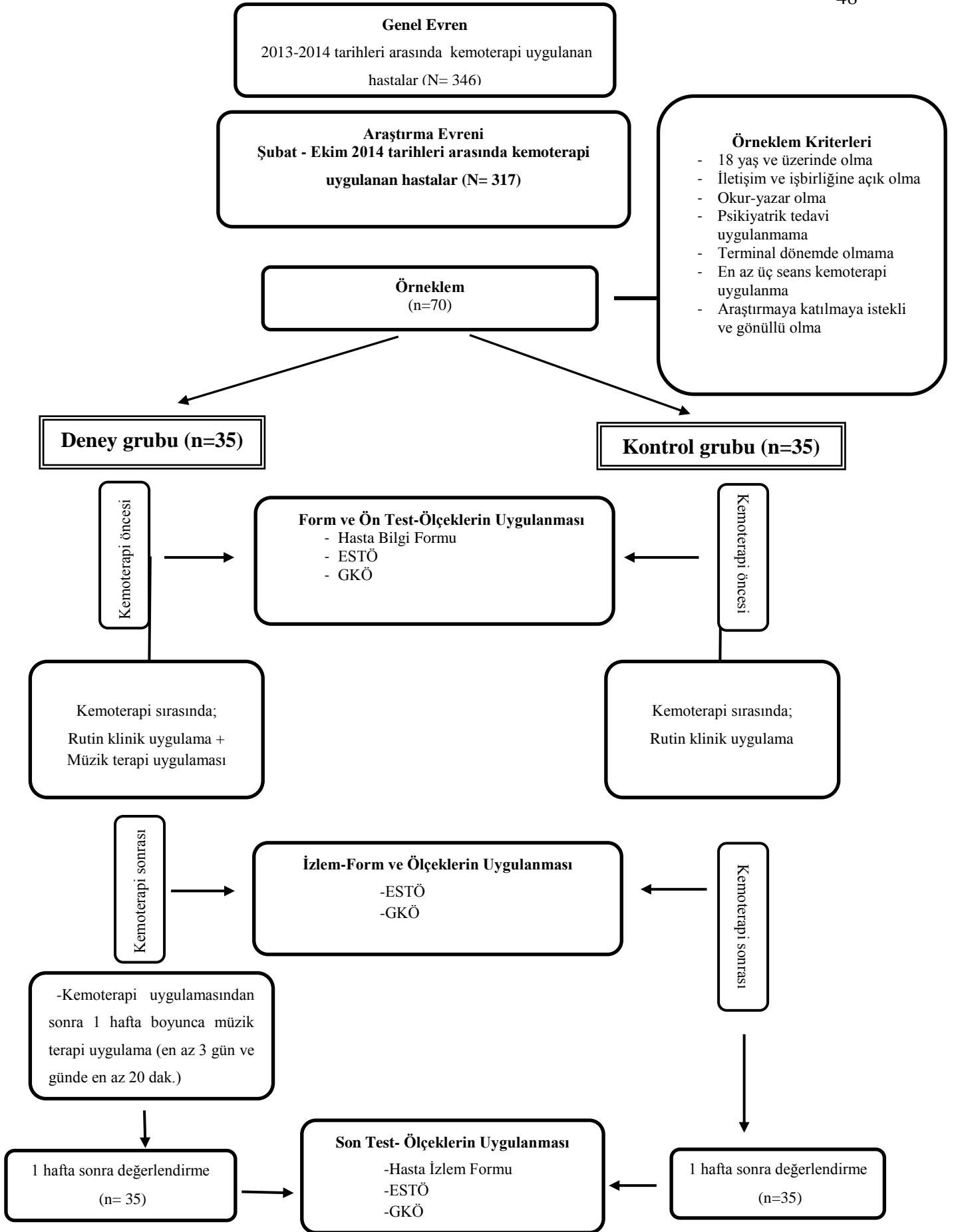
*Kemoterapi seansından sonraki hafta;*

**Deney grubu** hastalar evlerinde müzik terapi uygulamasını, **kontrol grubu** hastalar ise rutin uygulamalarını sürdürdü. 7 gün sonra **her iki gruptaki** hastalar yapılandırılmış telefon görüşmesi doğrultusunda aranarak ESTÖ ve GKÖ dolduruldu. **Her iki gruptaki** hastalardan bir sonraki kemoterapi seansına geldiklerinde izlem formu geri alındı.

### **3.7.1.Müzik terapi uygulaması;**

Müzik terapi için araştırmacı tarafından sağlanan, taşınabilir özellikte, çift kulaklığı olan MP3 çalar kullanıldı. Deney grubunu oluşturan hastalara, ünite içindeki uygun bir odada, kemoterapi seansı öncesi MP3 çaları nasıl kullanacakları, nasıl açıp kapatacakları, sesini kendilerine uygun nasıl ayarlayacakları öğretildi ve soruları yanıtladı. Kemoterapiye başlamadan önce hastalardan MP3 çaları kullanmaları istenerek geri bildirim alındı.

Müzik türü ve dinleme süresi literatür bilgisi doğrultusunda belirlendi. Yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde; müzik sürekli dinlendiğinde, irritasyona yol açtığı ancak haftada 3-4 gün, günde birkaç kez ve tek seansta 15-30 dakika dinlenen müziğin terapötik etki yarattığı, enstrümantal müziğin sözlü müzikten daha fazla gevşemeyi sağladığı ve pasif müzik terapinin en çok başvurulan müzik terapi yöntemi olduğu görüldü (Huang ve ark 2010; Karadağ 2011; Li ve ark. 2011; Stanczyk 2011). Bununla birlikte ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da Türk Psikologlar Derneğinin müzik CD'sinden yararlanıldığı belirlendi (Topçu 2008; Büyükyılmaz 2009; Aydın 2014). Bu nedenlerle araştırmada; müzik türü olarak, Türk Psikologlar Derneği tarafından hazırlanan 'Gevşeme Egzersizleri CD'sinin üçüncü bölümünde yer alan ve 30 dakika süren gevşeme müziğinden yararlanıldı. Deney grubunu oluşturan hastalara, tedavi ünitesinde kemoterapi sırasında, arp ve keman eşliğindeki dalga seslerinden oluşan bu müzik dinletildi. Kemoterapiyi takip eden hafta içerisinde günde en az 20-30 dakikalık seanslar halinde ve en az 3 gün MP3 aracılığıyla müzik dinlemeleri istendi. Ayrıca hastalardan kendilerine verilen izlem formuna hangi günlerde kaç dakika müzik dinlediklerini yazmaları istendi.



Şekil 3-1: Araştırma Tasarımı

### 3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

- Namık Kemal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alındı (**Ek-5**).
- Araştırmanın yürütüleceği Tekirdağ Devlet Hastanesinin bağlı bulunduğu Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı kurum izni alındı (**Ek-6**).
- Türk Psikologlar Derneği'nden sözel izin alındı.
- Araştırmaya katılan hastalardan; araştırmanın amacı, planı, süresi ve kendilerinden ne beklenildiği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı “Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu” aracılığıyla açıklanarak **isteklilik** ve **gönüllülük ilkesi** ışığında, araştırmaya katılımları için **bilgilendirilmiş yazılı izinler** alındı (**Ek-7**).
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri bildirilerek “**otonomi**” ilkesine saygı gösterildi.
- Hastalara, kimliklerinin ve kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği kendilerine açıklanarak amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacağı konusunda güvence verilerek “**sadakat-gizlilik**” ilkesine bağlı kalındı.
- Veriler, hastaların bakım ve tedavisini engellemeyecek zaman dilimlerinde toplanarak “**Zarar vermeme-yarar sağlama**” ilkelerine özen gösterildi. Araştırmanın yürütüleceği ünitenin sorumlu hemşiresi ve diğer hemşireleri araştırma hakkında bilgilendirildi ve destekleri sağlandı (Acaroğlu 2003).

### 3.9. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI

#### Güçlü yönleri;

- Araştırmada müzik terapi öncesi, deney ve kontrol grubu hastalarda tanıtıcı özellikler ile kemoterapi semptomları ve konfor durumu arasında farklılık olmaması,

- Hemşirelik bakımının iki farklı hemşirelik model/kuramı örüntülenerek açıklanması,
- İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmesi.

**Sınırlı yönleri;**

- Hastaların sadece tek seans izlenmesi,
- Örneklem grubunun rastlantısalılık koşullarının sağlanamaması, bu nedenle araştırma sonuçlarının yalnızca örneklem seçim kriterlerini taşıyan hastalara genellenebilmesi,
- Örneklem grubunu oluşturan hastaların farklı kanser türlerinin olması, bu nedenle farklı ilaçların kullanılması ve ilaçların meydana getirdiği semptomların şiddetinin farklı olması.

**3.10. ARAŞTIRMANIN TAMAMLANMASINDA KARŞILAŞILAN DURUMLAR**

**Olumlu Durumlar;**

- Araştırmanın yürütüldüğü birimlerde çalışan sağlık ekibi üyeleri ile olumlu işbirliği sağlandı ve sürdürüldü.
- Araştırmaya katılan hastaların istekli ve gönüllü katılımları, araştırmanın yürütülmesini kolaylaştırdı.

**Olumsuz Durumlar;**

- Araştırmanın ilk kez kemoterapi uygulanacak hastalar ile yapılması planlanmıştı. Bunun için araştırma yeri olarak bir üniversite hastanesi seçildi. Etik kurul izni ve yazılı kurum izninin yanı sıra kemoterapi ünitesinin sorumlu hekimi ile görüşülerek sözel izin alındı. Ancak araştırma başladıktan ve 3 hastanın ilk verileri toplandıktan sonra sorumlu hekimin gerekçe belirtmeksizin çalışmayı durdurması nedeniyle araştırmanın yapılacağı yer devlet hastanesi olarak değiştirildi. Tekrar etik kurul izni alındı.
- Devlet hastanesinde ilk kez kemoterapi uygulanan hastaların sayısının çok az olması nedeni ile, tez izleme jürisinin onayı alınarak, araştırmanın örneklem seçim kriterlerinde değişiklik yapıldı. En az 3 seans kemoterapi uygulanan hastalar araştırmaya dahil edildi.
- Araştırmacının klinik alanda sürekli bulunamaması veri toplama sürecini güçleştirdi.



### 3.11. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayarda SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programında analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiki analizler Tablo 3.2’de verildi. Sonuçlar %95’lik güven aralığında,  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

**Tablo 3-2: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiki Analizler**

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Deney ve kontrol grubunun benzerliğini değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tanımlayıcı analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum-maksimum, yüzdelik)</li> <li>Ki-Kare Testi</li> <li>Mann Whitney U Testi</li> </ul>
Müzik terapiyle ilgili bulgular	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tanımlayıcı analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum-maksimum)</li> </ul>
Deney ve kontrol grubu hastalarda kemoterapi semptomlarına ilişkin bulgular Deney ve kontrol grubu hastalarda konfor durumuna ilişkin bulgular	<ul style="list-style-type: none"> <li>Friedman Testi</li> <li>Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi</li> </ul>
Hastalarda kemoterapi semptomlarının başlama zamanına ilişkin bulgular Hastaların kemoterapi semptom puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Hastaların konfor durumu puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Hastaların kemoterapiden bir hafta sonrası ile kemoterapi öncesi semptom puan ortalama farklarının karşılaştırılması Hastaların kemoterapiden bir hafta sonrası ile kemoterapi öncesi konfor durumu puan ortalama farklarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mann Whitney U Testi</li> </ul>
ESTÖ ve GKÖ’nün iç tutarlılıklarının incelenmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cronbach Alfa Katsayısı</li> </ul>

**3.12. ARAŞTIRMAYA SAĞLANAN DESTEK**

Araştırma İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından 40731 numaralı doktora tez projesi olarak desteklendi.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde; kemoterapi uygulanan hastalarda, holistik hemşirelik uygulamaları arasında yer alan müzik terapinin, kemoterapi semptomlarını deneyimleme durumu ve konfor düzeyine etkisini araştırmak amacı ile yarı deneysel olarak planlanan ve gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulguların istatistiksel analizleri yapılarak, aşağıda tablolar halinde sunuldu.

Çalışmanın bulguları üç ana başlık altında ele alındı;

### 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

- Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Hastaların Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular
- Hastaların Konfor Durumuna İlişkin Bulgular

### 4.2. Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomlarına Etkisine İlişkin Bulgular

- Hastalarda Kemoterapi Semptomlarının Başlama Zamanına İlişkin Bulgular
- Deney Grubu Hastalarda Müzik Terapi ile İlişkili Bulgular
- Deney Grubu Hastalarda Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular
- Kontrol Grubu Hastalarda Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular
- Hastaların Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması
- Hastaların KT'den Bir Hafta Sonrası ile KT Öncesi Semptom Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması

### 4.3. Müzik Terapinin Konfor Durumuna Etkisine İlişkin Bulgular

- Deney Grubu Hastaların Konfor Durumuna İlişkin Bulgular
- Kontrol Grubu Hastaların Konfor Durumuna İlişkin Bulgular
- Hastaların KT'den Bir Hafta Sonrası ile KT Öncesi Konfor Durumu Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması

#### 4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde; hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile hasta kabulünde elde edilen kemoterapi semptomları ve konfor durumlarına ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3, Tablo 4.4).

**Tablo 4-1: Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Bireysel Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Toplam (N=70)		$\chi^2$ * p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş Ort±SS</b>	52,66±10,61		56,37±9,90		54,51±10,35		492,000** 0,157
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	20	57,1	17	48,6	37	52,9	0,516
Erkek	15	42,9	18	51,4	33	47,1	0,316
<b>Medeni durum</b>							
Evli	27	77,1	29	82,9	56	80,0	0,405
Bekar/ Dul	8	22,9	6	17,1	14	20,0	0,817
<b>Eğitim durumu</b>							
İlkokul	20	57,1	22	62,8	42	60,0	
Ortaokul	4	11,4	4	11,4	8	11,4	0,487
Lise	9	25,7	8	22,9	17	24,3	0,922
Yükseköğrenim	2	5,8	1	2,9	3	4,3	
<b>Meslek</b>							
Ev hanımı	15	42,9	9	25,7	24	34,3	
İşçi	5	14,3	5	14,3	10	14,3	4,833
Emekli	11	31,4	19	54,2	30	42,9	0,305
Diğer	4	11,4	2	5,8	6	8,5	
<b>Sosyal güvence</b>							
SSK	19	54,2	20	57,1	39	55,7	
Emekli Sandığı	8	22,9	5	14,3	13	18,6	0,968
Bağ-Kur	7	20,0	9	25,7	16	22,8	0,809
Diğer	1	2,9	1	2,9	2	2,9	
<b>Çocuk sayısı</b>							
Yok	1	2,9	1	2,9	2	2,9	
1-2	23	65,7	23	65,7	46	65,7	2,329
3-4	10	28,5	7	20,0	17	24,3	0,507
5 ve üstü	1	2,9	4	11,4	5	7,1	

\* Kikare Testi, \*\*Mann Whitney U Testi

Hastaların yaş ortalaması 54,51±10,35 (27-78) yıl idi. Deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında, yaş ortalaması açısından, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi.

Hastaların diğer bireysel özellikleri incelendiğinde, %52,9'unun kadın, %80,0'nin evli, %60,0'nin ilkokul mezunu, %42,9'unun emekli, %55,7'sinin sosyal

güvencesinin SSK ve %65,7'sinin 1-2 çocuğa sahip olduğu saptandı. Bu bireysel özellikler açısından, deney ve kontrol gruplarını oluşturan hastalar arasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı, her iki gruptaki hastaların bireysel özelliklerinin birbirine benzer dağılımlar gösterdiği görüldü ( $p>0,05$ ; Tablo 4.1).

**Tablo 4-2: Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Hastalık Özellikleri	Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Toplam (N=70)		$\chi^2$ * p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Tanısı</b>							
Akciğer Ca	8	22,9	14	40,0	22	31,4	
Meme Ca	<b>14</b>	<b>40,0</b>	<b>9</b>	<b>25,7</b>	<b>23</b>	<b>32,9</b>	3,973
Kolon Ca	6	17,1	3	8,6	9	12,8	0,264
Diğer	7	20,0	9	25,7	16	22,9	
<b>Kronik hastalık</b>							
Evet	15	42,9	14	40,0	29	41,4	0,059
Hayır	<b>20</b>	<b>57,1</b>	<b>21</b>	<b>60,0</b>	<b>41</b>	<b>58,6</b>	0,500
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>							
Evet	13	37,1	14	40,0	27	38,6	0,060
Hayır	<b>22</b>	<b>62,9</b>	<b>21</b>	<b>60,0</b>	<b>43</b>	<b>61,4</b>	0,500
<b>Ailede kanser varlığı</b>							
Evet	12	34,3	17	48,6	29	41,4	1,472
Hayır	<b>23</b>	<b>65,7</b>	<b>18</b>	<b>51,4</b>	<b>41</b>	<b>58,6</b>	0,166
<b>Kemoterapi seansı</b>							<b>380,500**</b>
<b>Ort±SS</b>	8,51±5,24 (4-25)		6,34±4,02 (4-21)		7,42±4,77 (4-25)		<b>0,006</b>

\* Kikare Testi, \*\*Mann Whitney U Testi

Hastaların, **hastalık özellikleri** incelendiğinde; %32,9'unun tanısının meme kanseri olduğu, %58,6'sının kanserle birlikte başka bir kronik hastalığa sahip olmadığı, %61,4'ünün kanser dışında kronik hastalık için sürekli ilaç kullanmadığı ve %58,6'sının ailesinde kanser hastalığı bulunmadığı saptandı. Hastalık özellikleri açısından, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Tüm hastaların kemoterapi seans ortalaması 7,42±4,77 seans (4-25), deney grubundaki hastaların 8,51±5,24 seans (4-25), kontrol grubundaki hastaların ise 6,34±4,02 seans (4-21) idi. Kemoterapi seans ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0.006$ ), deney grubundaki hastaların kemoterapi seans ortalamasının, kontrol grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.2).

**Tablo 4-3: Hastaların Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular**

<b>Semptomlar</b>	<b>Grup</b>	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>min-max</b>	<b>U*</b>	<b>p</b>
<b>Ağrı</b>	Deney	0,600	0,881	0-4	586,000	0,727
	Kontrol	0,829	1,271	0-5		
<b>Yorgunluk</b>	Deney	2,114	2,632	0-8	543,500	0,403
	Kontrol	2,171	2,065	0-7		
<b>Bulantı</b>	Deney	0,714	1,426	0-5	474,000	0,068
	Kontrol	0,686	0,631	0-2		
<b>Üzüntü</b>	Deney	1,400	1,897	0-6	464,000	0,064
	Kontrol	2,400	2,452	0-9		
<b>Endişe</b>	Deney	1,686	2,298	0-9	538,000	0,358
	Kontrol	2,314	2,742	0-9		
<b>Uykusuzluk</b>	Deney	2,486	2,063	0-8	564,500	0,567
	Kontrol	2,543	2,758	0-9		
<b>İştahsızlık</b>	Deney	1,743	2,616	0-9	571,000	0,608
	Kontrol	1,143	1,033	0-3		
<b>Kendini kötü hissetme durumu</b>	Deney	2,000	1,163	0-5	589,500	0,780
	Kontrol	1,943	1,211	0-4		
<b>Nefes darlığı</b>	Deney	0,514	1,738	0-10	466,500	0,061
	Kontrol	1,086	1,463	0-7		

\*Mann Whitney U Testi

Hastaların, hasta kabulünde, kemoterapi semptomlarını deneyimleme durumuna ilişkin bulguları incelendiğinde; deney ve kontrol grupları arasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı, her iki gruptaki hastaların semptomları benzer düzeyde deneyimlediği belirlendi ( $p>0,05$ ; Tablo 4.3).

**Tablo 4-4: Hastaların Konfor Durumuna İlişkin Bulgular**

<b>GKÖ</b>	<b>Grup</b>	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>min-max</b>	<b>U*</b>	<b>p</b>
<b>GKÖ Toplam</b>	Deney	3,172	0,288	111-174	450,500	0,057
	Kontrol	3,069	0,216	132-168		
<b>GKÖ Boyutları</b>						
Fiziksel Konfor	Deney	3,312	0,377	31-45	449,500	0,055
	Kontrol	3,154	0,338	29-45		
Psikospritüel Konfor	Deney	3,431	0,313	38-52	507,500	0,216
	Kontrol	3,334	0,282	38-51		
Çevresel Konfor	Deney	2,765	0,460	16-45	503,000	0,197
	Kontrol	2,686	0,287	28-41		
Sosyokültürel Konfor	Deney	3,197	0,316	26-37	549,000	0,453
	Kontrol	3,140	0,266	25-37		
<b>GKÖ Düzeyleri</b>						
Ferahlama	Deney	2,759	0,337	34-55	569,000	0,608
	Kontrol	2,804	0,314	36-53		
Rahatlama	Deney	3,291	0,266	48-65	472,500	0,099
	Kontrol	3,385	0,365	35-66		
Üstünlük	Deney	3,211	0,195	43-53	454,500	0,063
	Kontrol	3,320	0,320	36-58		

\*Mann Whitney U Testi

Hastaların, hasta kabulünde, konfor durumuna ilişkin bulguları incelendiğinde; GKÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları açısından, deney ve kontrol grupları arasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı, her iki gruptaki hastaların konfor durumunun benzer olduğu görüldü ( $p>0,05$ ; Tablo 4.4).

## 4.2. MÜZİK TERAPİNİN KEMOTERAPİ SEMPTOMLARINA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde; deney ve kontrol grubu hastalarda kemoterapi semptomlarının başlama zamanına ilişkin bulgular, deney grubu hastalarda müzik terapi ile ilişkili bulgular, hastalarda kemoterapi semptomlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmalarının yanı sıra hastaların KT'den bir hafta sonrası ile KT öncesi semptom puan ortalamaları farklarının karşılaştırılmasına yer verildi (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10).

**Tablo 4-5: Hastalarda Kemoterapi Semptomlarının Başlama Zamanına İlişkin Bulgular**

	Grup	Ortalama±SS	min-max	U*	p
Semptom Başlama Zamanı	Deney	2,14 ± 0,944	0-4	607,000	0,946
	Kontrol	2,20 ± 1,051	1-4		

\*Mann Whitney U Testi

Hastalarda kemoterapi uygulandıktan sonra semptomların başlama zamanı incelendiğinde; her iki grupta da semptomların yaklaşık 2 gün sonra başladığı ve bu durumun gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ( $p>0,05$ ; Tablo 4.6).

**Tablo 4-6: Deney Grubu Hastalarda Müzik Terapi Uygulama Ortalamaları ile İlişkili Bulgular**

	Ortalama±SS	min-max
Müzik Dinleme Süresi (gün)	4,26±1,31	3-6
Günlük Müzik Dinleme Süresi (dakika)	37,00±15,68	20-90

Deney grubu hastaların ortalama 4,26±1,31 gün ve günde ortalama 37,00±15,68 dakika müzik dinlediği belirlendi (Tablo 4.5).



Tablo 4-7: Deney Grubu Hastalarda Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular

Semptomlar	KT	KT	KT'den	$\chi^2^*$	p
	Öncesi (1) <sup>x</sup>	Sonrası (2) <sup>x</sup>	1Hafta Sonra (3) <sup>x</sup>		
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS		
<b>Ağrı</b>	0,600±0,881	0,686±1,022	0,829±1,465	0,53	0,749
<b>Yorgunluk</b>	2,114±2,632	2,857±2,353	2,429±2,704	13,68	<b>0,001</b>
				2>1**	
<b>Bulantı</b>	0,714±1,426	0,629±1,374	1,629±2,237	19,42	<b>0,000</b>
				3>1 ve 2**	
<b>Üzüntü</b>	1,400±1,897	1,343±1,714	0,943±1,282	2,45	0,294
<b>Endişe</b>	1,686±2,298	1,229±1,784	0,800±1,183	5,14	0,077
<b>Uykusuzluk</b>	2,486±2,063	2,343±1,878	1,314±1,623	19,27	<b>0,000</b>
				3<1 ve 2**	
<b>İştahsızlık</b>	1,743±2,616	1,571±2,512	1,686±2,410	0,11	0,947
<b>Kendini kötü hissetme durumu</b>	2,000±1,163	2,086±1,337	1,286±1,341	14,18	<b>0,001</b>
				3<1 ve 2**	
<b>Nefes darlığı</b>	0,743±1,738	0,771±1,767	0,914±1,502	5,07	0,079

\*Friedman Testi, \*\*Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, <sup>x</sup> Ölçüm Sırası

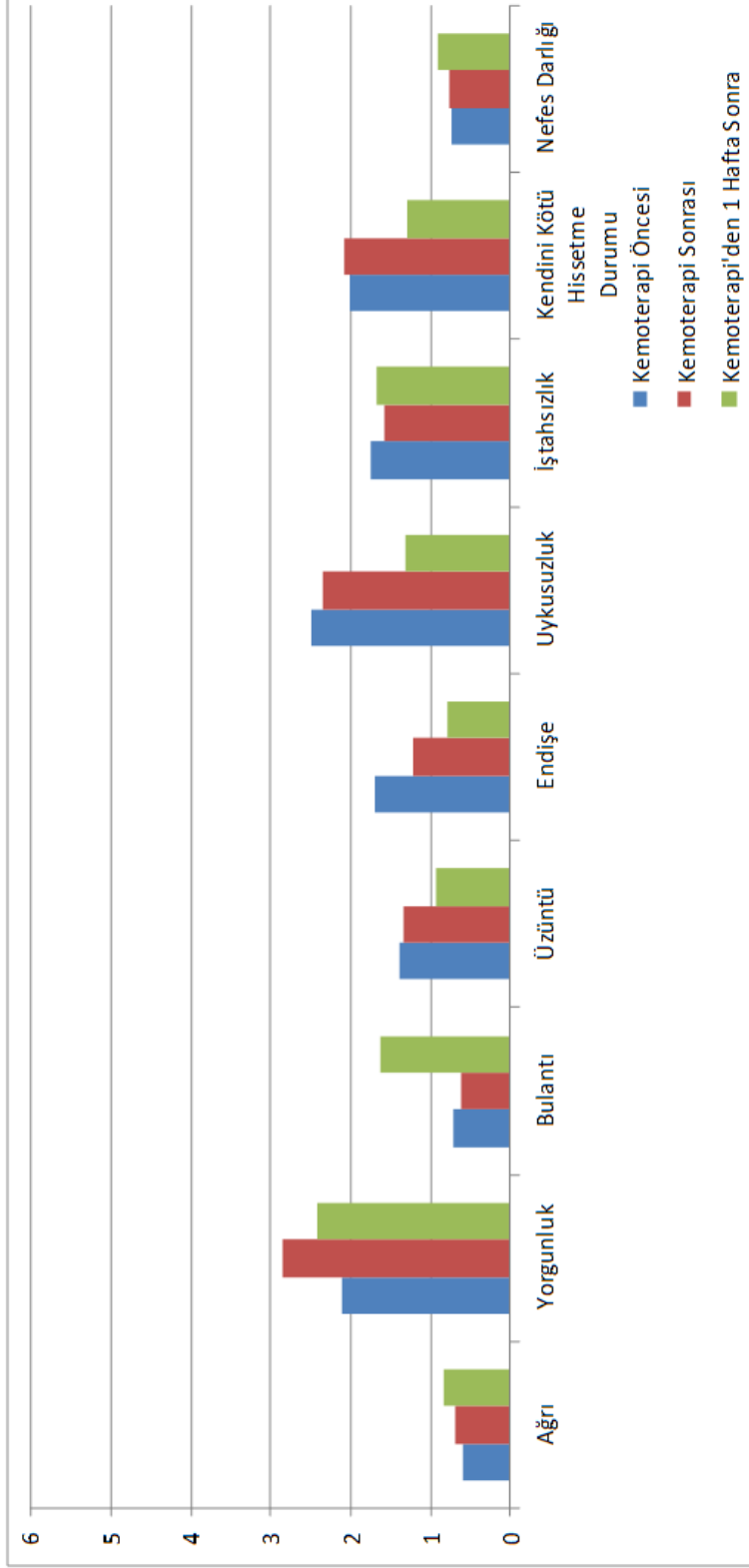
Deney grubu hastalarda, kemoterapi öncesi, sonrası ve bir hafta sonrasına ilişkin semptom puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yorgunluk, bulantı, uykusuzluk ve kendini kötü hissetme semptomlarının puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ; Tablo 4.7). Deney grubu hastalarda;

**Yorgunluk** semptomunun, kemoterapi sonrası puan ortalamasının kemoterapi öncesine göre anlamlı düzeyde fazlaştığı ( $\chi^2=13,68$ ,  $p=0,001$ ),

**Bulantı** semptomunun, kemoterapiden bir hafta sonraki puan ortalamasının, kemoterapi öncesi ve sonrasına göre anlamlı düzeyde arttığı ( $\chi^2=19,42$ ,  $p=0,000$ ),

**Uykusuzluk** ( $\chi^2=19,27$ ,  $p=0,000$ ) ve **kendini kötü hissetme** ( $\chi^2=14,18$ ,  $p=0,001$ ) semptomlarının kemoterapiden bir hafta sonraki puan ortalamalarının, kemoterapi seansı öncesi ve sonrasına göre anlamlı düzeyde azaldığı saptandı.

**Ağrı** ( $\chi^2=0,53$ ,  $p=0,749$ ), **üzüntü** ( $\chi^2=2,45$ ,  $p=0,294$ ), **endişe** ( $\chi^2=5,14$ ,  $p=0,077$ ), **iştahsızlık** ( $\chi^2=0,11$ ,  $p=0,947$ ) ve **nefes darlığı** ( $\chi^2=5,07$ ,  $p=0,079$ ) semptomları açısından deney grubu hastalarda, kemoterapi öncesi, sonrası ve kemoterapiden bir hafta sonrasına ilişkin puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı görüldü (Tablo 4.7), (Şekil 4.1).



**Şekil 4-1: Deneç Grubu Hastalarda Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular**

Tablo 4-8: Kontrol Grubu Hastalarda Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular

Semptomlar	KT	KT	KT'den	$\chi^2^*$	p
	Öncesi (1) <sup>x</sup>	Sonrası (2) <sup>x</sup>	1hafta sonra (3) <sup>x</sup>		
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS		
<b>Ağrı</b>	0,829±1,271	1,400±1,648	2,829±2,833	21,00 3>2>1**	<b>0,000</b>
<b>Yorgunluk</b>	2,171±2,065	3,543±2,119	5,057±2,449	39,72 3>2>1**	<b>0,000</b>
<b>Bulantı</b>	0,686±0,631	1,257±1,146	2,971±2,538	25,52 3>2>1**	<b>0,000</b>
<b>Üzüntü</b>	2,400±2,452	2,743±2,331	2,829±2,515	4,78	0,092
<b>Endişe</b>	2,314±2,742	2,657±2,678	2,800±2,621	8,31 2>1*	<b>0,016</b>
<b>Uykusuzluk</b>	2,543±2,758	3,200±2,688	4,429±2,758	23,57 3>2>1**	<b>0,000</b>
<b>İştahsızlık</b>	1,143±1,033	1,371±1,308	3,114±2,774	34,57 3>1 ve 2**	<b>0,000</b>
<b>Kendini kötü hissetme durumu</b>	1,943±1,211	2,371±1,308	3,029±1,978	19,78 3>2>1**	<b>0,000</b>
<b>Nefes darlığı</b>	1,086±1,463	1,171±1,581	1,857±2,088	14,00 3>1 ve 2**	<b>0,011</b>

\*Friedman Testi, \*\* Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, <sup>x</sup> Ölçüm Sırası

Kontrol grubu hastalarda, kemoterapi öncesi, sonrası ve kemoterapiden bir hafta sonrasına ilişkin, semptom puan ortalamaları karşılaştırıldığında; **üzüntü** semptomu dışında ( $\chi^2=4,78$ ,  $p=0,092$ ), diğer tüm semptomların puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,05$ ; Tablo 4.5), (Şekil 4.2). Kontrol grubu hastalarda;

**Ağrı** ( $\chi^2=21,00$ ,  $p=0,000$ ), **yorgunluk** ( $\chi^2=39,72$ ,  $p=0,000$ ), **bulantı** ( $\chi^2=25,52$ ,  $p=0,000$ ), **uykusuzluk** ( $\chi^2=23,57$ ,  $p=0,000$ ) ve **kendini kötü hissetme** ( $\chi^2=19,78$ ,  $p=0,000$ ) semptomları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde giderek arttığı,

**Endişe** semptomunun, kemoterapi sonrası, kemoterapi öncesine göre anlamlı düzeyde arttığı ( $\chi^2=8,31$   $p=0,016$ ),

**İştahsızlık** ( $\chi^2=34,57$ ,  $p=0,000$ ) ve **nefes darlığı** ( $\chi^2=21,00$ ,  $p=0,000$ ) semptomlarının ise kemoterapiden bir hafta sonra, kemoterapi öncesi ve sonrasına göre anlamlı düzeyde arttığı belirlendi.



**Şekil 4-2: Kontrol Grubu Hastalarda Kemoterapi Semptomlarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 4-9: Hastaların Kemoterapi Semptomları Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması**

Semptomlar	Grup	KT	KT	KT'den 1Hafta
		Öncesi (1)*	Sonrası (2)*	Sonra (3)*
		Ort± SS	Ort± SS	Ort± Ss
Ağrı	Deney	0,600±0,881	0,686±1,022	0,829±1,465
	Kontrol	0,829±1,271 U= 586,000 p=0,727	1,400±1,648 U=435,500 p=0,026	2,829±2,833 U=316,000 p=0,000
Yorgunluk	Deney	2,114±2,632	2,857±2,353	2,429±2,704
	Kontrol	2,171±2,065 U= 543,000 p=0,403	3,543±2,119 U=477,000 p=0,107	5,057±2,449 U=278,500 p=0,000
Bulantı	Deney	0,714±1,426	0,629±1,374	1,629±2,237
	Kontrol	0,686±0,631 U= 474,000 p=0,068	1,257±1,146 U=366,000 p=0,002	2,971±2,538 U=365,500 p=0,003
Üzüntü	Deney	1,400±1,897	1,343±1,714	0,943±1,282
	Kontrol	2,400±2,452 U=464,000 p=0,064	2,743±2,331 U=381,500 p=0,005	2,829±2,515 U=332,500 p=0,001
Endişe	Deney	1,686±2,298	1,229±1,784	0,800±1,183
	Kontrol	2,314±2,742 U= 538,000 p=0,358	2,657±2,678 U=394,500 p=0,008	2,800±2,621 U=319,500 p=0,000
Uykusuzluk	Deney	2,486±2,063	2,343±1,878	1,314±1,623
	Kontrol	2,543±2,758 U= 564,500 p=0,567	3,200±2,688 U=538,000 p=0,375	4,429±2,758 U=205,000 p=0,000
İştahsızlık	Deney	1,743±2,616	1,571±2,512	1,686±2,410
	Kontrol	1,143±1,033 U= 571,000 p=0,608	1,371±1,308 U=519,000 p=0,247	3,114±2,774 U=376,500 p=0,004
Kendini kötü hissetme durumu	Deney	2,000±1,163	2,086±1,337	1,286±1,341
	Kontrol	1,943±1,211 U= 589,000 p=0,780	2,371±1,308 U=542,000 p=0,392	3,029±1,978 U=267,000 p=0,000
Nefes darlığı	Deney	0,743±1,738	0,771±1,767	0,914±1,502
	Kontrol	1,086±1,463 U= 4666,500 p=0,061	1,171±1,581 U=352,000 p=0,000	1,857±2,088 U=405,500 p=0,010

U= Mann Whitney U Testi, \* Ölçüm Sırası

Deney ve kontrol grubu hastalarda üç değerlendirme ile elde edilen, kemoterapi semptom puan ortalamaları, gruplar arası karşılaştırıldığında;

*Kemoterapi öncesi*; semptomların tümünde puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olmadığı hastaların semptomları benzer düzeyde deneyimlediği görüldü ( $p>0,05$ ; Tablo 4.9).

*Kemoterapi sonrası; ağrı* (p=0,026), *bulantı* (p=0,002), *üzüntü* (p=0,005), *endişe* (p=0,008) ve *nefes darlığı* (p=0,000) semptomlarına ilişkin puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü. Müzik terapi uygulanan deney grubu hastaların, bu semptomları kontrol grubuna göre daha az deneyimlediği saptandı.

*Yorgunluk* (p=0,107), *uykusuzluk* (p=0,375), *iştahsızlık* (p=0,247), ve *kendini kötü hissetme* (p=0,392) semptomlarına ilişkin puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05). Ancak iştahsızlık semptomu dışında, müzik terapi uygulanan deney grubu hastaların puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu gözlemlendi (Tablo 4.9).

*Kemoterapiden 1 hafta sonra; ağrı* (p=0,000), *yorgunluk* (p=0,000), *bulantı* (p=0,003), *üzüntü* (p=0,001), *endişe* (p=0,000), *uykusuzluk* (p=0,000), *iştahsızlık* (p=0,004), *kendini kötü hissetme* (p=0,000) ve *nefes darlığı* (p=0,010) semptomlarının tümünde, puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü. Müzik terapi uygulanan deney grubu hastaların, bu semptomları kontrol grubuna göre daha az deneyimlediği belirlendi.

**Tablo 4-10: Hastaların KT'den Bir Hafta Sonrası ile KT Öncesi Semptom Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması**

Semptomlar	Deney Grubu (n=35)	Kontrol Grubu (n=35)	U*	p
<b>Ağrı</b>	0,229±1,416	2,000±2,473	351,500	<b>0,002</b>
<b>Yorgunluk</b>	0,315±1,922	2,886±2,518	246,000	<b>0,000</b>
<b>Bulantı</b>	0,915±2,063	2,285±2,480	418,500	<b>0,019</b>
<b>Üzüntü</b>	-0,457±1,821	0,429±2,019	459,000	0,058
<b>Endişe</b>	-0,886±2,069	0,486±2,020	357,000	<b>0,002</b>
<b>Uykusuzluk</b>	-1,172±1,817	1,886±2,898	192,500	<b>0,000</b>
<b>İştahsızlık</b>	-0,057±2,376	1,971±2,294	335,000	<b>0,001</b>
<b>Kendini Kötü Hissetme Durumu</b>	-0,714±1,362	1,086±1,837	224,500	<b>0,000</b>
<b>Nefes Darlığı</b>	0,171±1,774	0,771±1,629	512,000	0,182

\*Mann Whitney U Testi

Her iki grup hastalar arasında, kemoterapiden bir hafta sonrası ve kemoterapi öncesine ilişkin semptom puan ortalama farkları karşılaştırıldığında;

**Ağrı** (p=0,002), **yorgunluk** (p=0,000), **bulantı** (p=0,019), **endişe** (p=0,002), **uykusuzluk** (p=0,000), **iştahsızlık** (p=0,001) ve **kendini kötü hissetme** (p=0,000) semptomlarının puan ortalama farkları açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı.

**Üzüntü** (p=0,058) ve **nefes darlığı** (p=0,182) semptomlarının puan ortalama farklarına ilişkin gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 4.10).

### 4.3. MÜZİK TERAPİNİN KONFOR DURUMUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde; deney grubu hastaların konfor durumuna ilişkin bulgular, kontrol grubu hastaların konfor durumuna ilişkin bulgular ile hastaların KT'den bir hafta sonrası ile KT öncesi konfor puan ortalama farklarının karşılaştırılmasına yer verildi (Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14).

**Tablo 4-11: Deney Grubu Hastaların Konfor Durumuna İlişkin Bulgular**

GKÖ	KT	KT	KT'den	$\chi^2^*$	p
	Öncesi (1) <sup>x</sup>	Sonrası (2) <sup>x</sup>	1hafta sonra (3) <sup>x</sup>		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
<b>GKÖ Toplam</b>	3,172±0,288	3,255±0,240	3,521±0,176	38,88 3>2>1**	<b>0,000</b>
<b>Konfor Boyutları</b>					
Fiziksel Konfor	3,312±0,377	3,300±0,292	3,433±0,296	5,82	0,055
Psikosprituél Konfor	3,431±0,313	3,499±0,281	3,589±0,192	9,86 3>1 ve 2**	<b>0,007</b>
Çevresel Konfor	2,765±0,460	2,945±0,388	3,631±0,156	49,89 3>2>1**	<b>0,000</b>
Sosyokültürel Konfor	3,197±0,316	3,289±0,278	3,394±0,324	5,33	0,069
<b>Konfor Düzeyleri</b>					
Ferahlama	2,804±0,314	2,875±0,278	3,241±0,236	42,10 3>1 ve 2**	<b>0,000</b>
Rahatlama	3,385±0,365	3,462±0,285	3,625±0,207	20,62 3>1 ve 2**	<b>0,000</b>
Üstünlük	3,320±0,320	3,427±0,288	3,701±0,191	27,15 3>2>1**	<b>0,000</b>

\*Friedman Testi, \*\*Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, <sup>x</sup> Ölçüm Sırası

Deney grubu hastalarda, kemoterapi öncesi, sonrası ve kemoterapiden bir hafta sonrasına ilişkin konfor puan ortalamaları karşılaştırıldığında, GKÖ toplam puanı, psikosprituél ve çevresel konfor boyutları ve konfor düzeyleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p<0,05; Tablo 4.11). Deney grubu hastalarda;

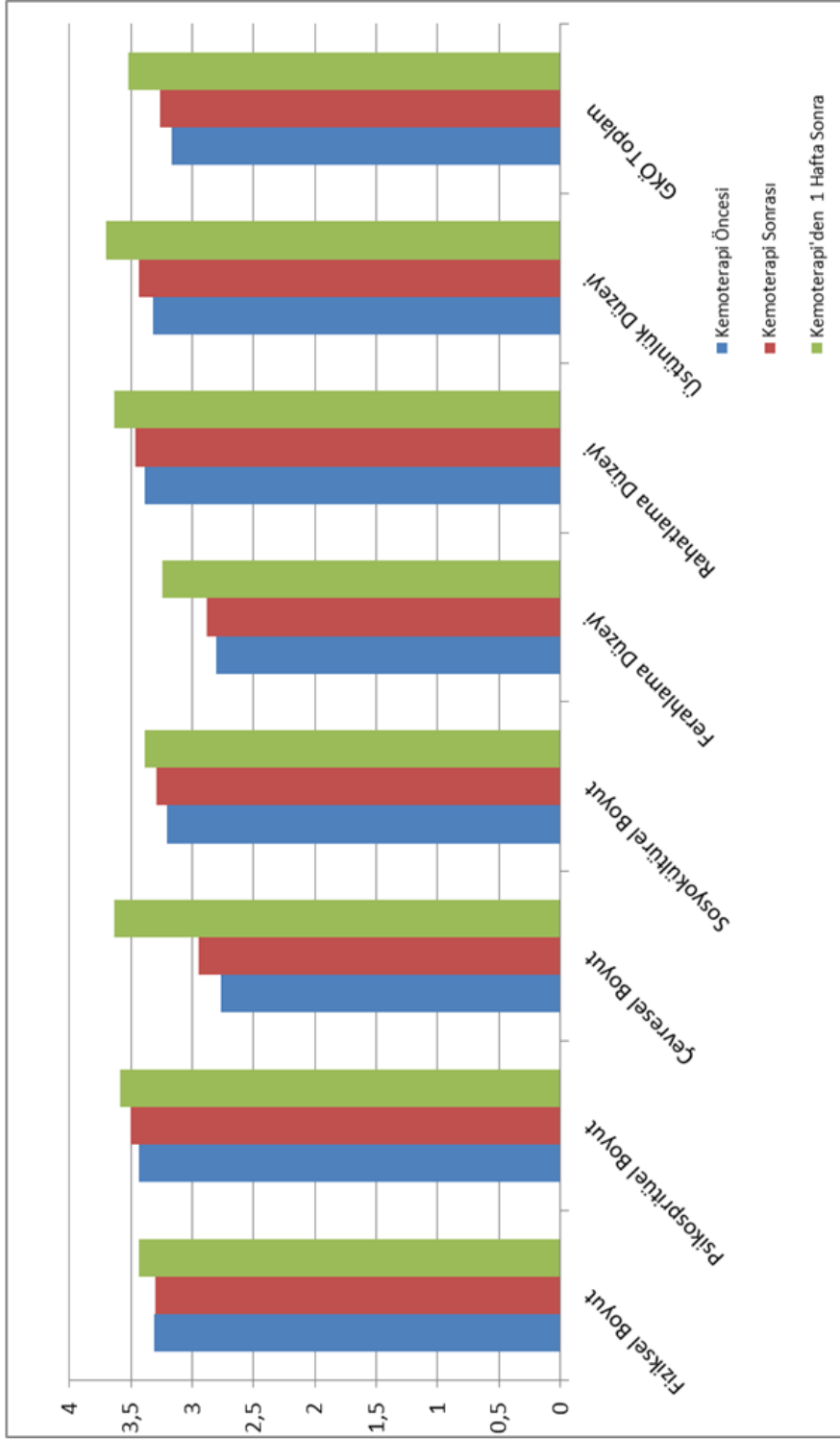
**GKÖ toplam** ( $\chi^2=38,88$ , p=0,000) ve **çevresel konfor boyutu** ( $\chi^2=49,89$ , p=0,000) puan ortalamalarının her bir ölçümde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde giderek arttığı,



**Psikospritüel konfor** ( $\chi^2=9,86$ ,  $p=0,007$ ) boyutunda kemoterapiden bir hafta sonra, kemoterapi öncesi ve sonrasına göre anlamlı düzeyde artış olduğu,

**Fiziksel** ( $\chi^2=5,82$ ,  $p=0,055$ ) ve **sosyokültürel** ( $\chi^2=5,33$ ,  $p=0,069$ ) **konfor** boyutlarında ise tekrarlı ölçümle elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı görüldü (Tablo 4.11), (Şekil 4.3).

Hastaların konfor düzeyi puan ortalamalarının kemoterapi öncesi ve sonrası **rahatlama** ( $3,385\pm 0,365$ ;  $3,462\pm 0,285$ ), bir hafta sonra **üstünlük** ( $3,701\pm 0,191$ ) düzeyinde en yüksek değerde olduğu görüldü.



Şekil 4-3: Deneç Grubu Hastalarda Konfor Durumuna İlişkin Bulgular

**Tablo 4-12: Kontrol Grubu Hastaların Konfor Durumuna İlişkin Bulgular**

GKÖ	KT	KT	KT'den	$\chi^2^*$	p
	Öncesi (1) <sup>x</sup>	Sonrası (2) <sup>x</sup>	1hafta sonra (3) <sup>x</sup>		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
<b>GKÖ Toplam</b>	3,069±0,216	3,052±0,198	3,198±0,201	23,47 3>1 ve 2**	<b>0,000</b>
<b>Konfor Boyutları</b>					
Fiziksel Konfor	3,154±0,338	3,093±0,328	2,938±0,370	24,19 3<2<1**	<b>0,000</b>
Psikosprituèl Konfor	3,334±0,282	3,281±0,272	3,284±0,245	5,06	0,080
Çevresel Konfor	2,686±0,287	2,692±0,261	3,393±0,184	50,28 3>1 ve 2**	<b>0,000</b>
Sosyokültürel Konfor	3,140±0,266	3,174±0,244	3,143±0,228	2,23	0,327
<b>Konfor Düzeyleri</b>					
Ferahlama	2,759±0,337	2,723±0,320	2,886±0,292	18,60 3>1 ve 2**	<b>0,000</b>
Rahatlama	3,291±0,266	3,257±0,275	3,292±0,227	0,35	0,841
Üstünlük	3,211±0,195	3,171±0,216	3,423±0,201	30,02 3>1 ve 2**	<b>0,000</b>

\*Friedman Testi, \*\* Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi, <sup>x</sup> Ölçüm Sırası

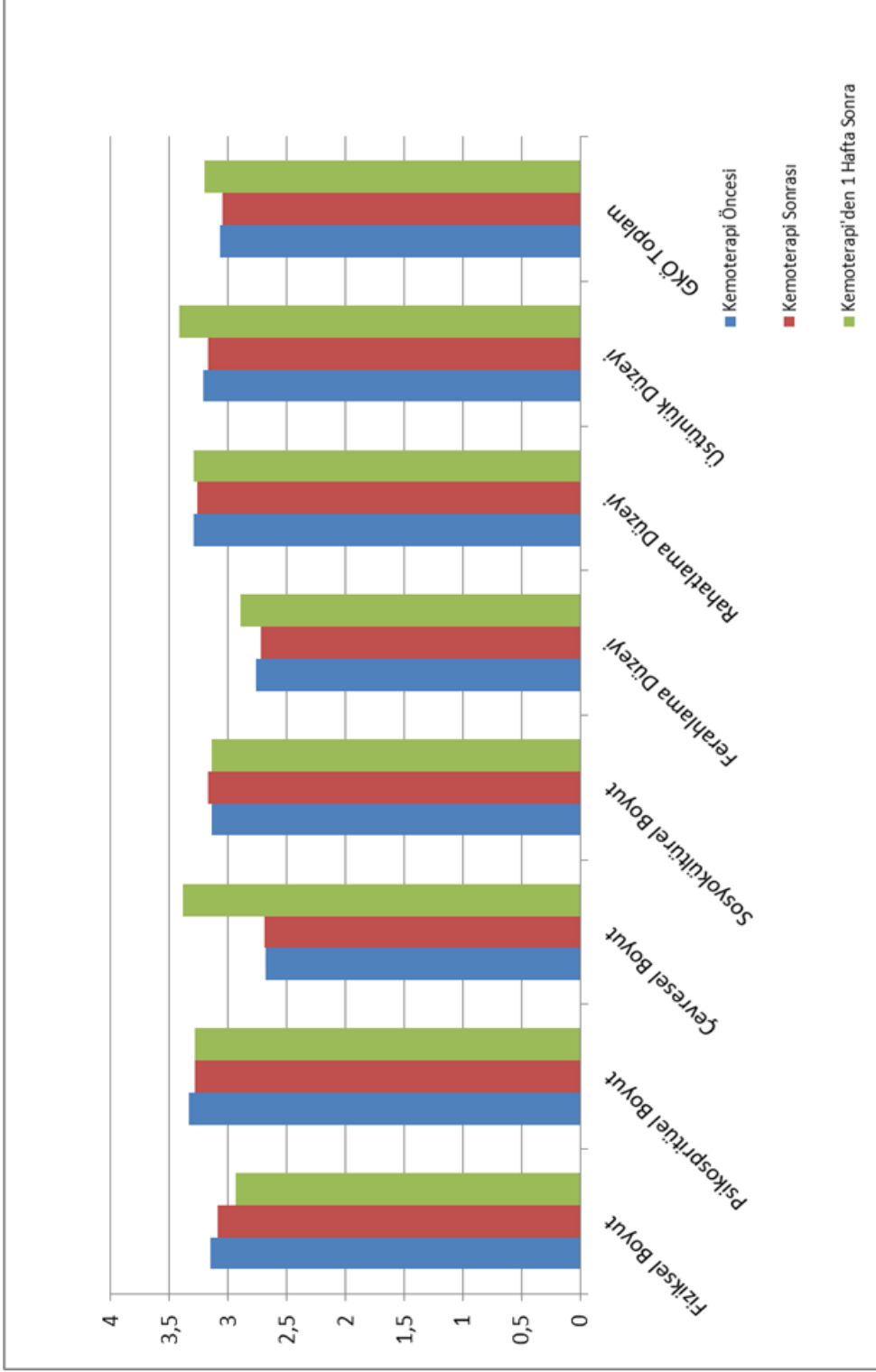
Kontrol grubu hastalarda, kemoterapi öncesi, sonrası ve kemoterapiden bir hafta sonrasına ilişkin konfor puan ortalamaları karşılaştırıldığında, GKÖ toplam puanı, fiziksel ve çevresel konfor boyutları ile ferahlama ve üstünlük konfor düzeyleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p<0,05; Tablo 4.11). Kontrol grubu hastalarda;

**GKÖ toplam puanında** ( $\chi^2=23,47$ , p=0,000) ve **çevresel konfor** ( $\chi^2=24,19$ , p=0,000) boyutunda kemoterapiden bir hafta sonra, kemoterapi öncesi ve sonrasına göre anlamlı düzeyde artma,

**Fiziksel konfor boyutunda** ( $\chi^2=24,19$ , p=0,000) kemoterapiden bir hafta sonra, kemoterapi öncesi ve sonrasına göre anlamlı düzeyde giderek azalma olduğu görüldü.

**Psikosprituèl** ( $\chi^2=5,06$ , p=0,080) ve **sosyokültürel** ( $\chi^2=2,23$ , p=0,327) konfor boyutlarında ise, kemoterapi öncesi, sonrası ve kemoterapiden bir hafta sonrasına ilişkin puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı görüldü (Tablo 4.12), (Şekil 4.4).

Hastaların konfor düzeyi puan ortalamalarının ise kemoterapi öncesi ve sonrası **rahatlama** ( $3,291\pm 0,266$ ;  $3,257\pm 0,275$ ), bir hafta sonra **üstünlük** ( $3,423\pm 0,201$ ) düzeyinde en yüksek değerde olduğu görüldü.



Şekil 4-4: Kontrol Grubu Hastalarda Konfor Durumuna İlişkin Bulgular

**Tablo 4-13: Hastaların KT'den Bir Hafta Sonrası ile KT Öncesi Konfor Durumu Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması**

<b>GKÖ</b>	<b>Deney Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Ortalama Farkları</b>	<b>U*</b>	<b>p</b>
<b>GKÖ TOPLAM</b>	0,349±0,271	0,129±0,177	0,220	316,500	<b>0,001</b>
<b>Konfor Boyutları</b>					
Fiziksel Konfor	0,121±0,341	-0,216±0,360	0,337	285,000	<b>0,000</b>
Psikospritiyel Konfor	0,158±0,291	0,500±0,220	0,208	355,500	<b>0,002</b>
Çevresel Konfor	0,866±0,471	0,707±0,318	0,159	456,000	0,065
Sosyokültürel Konfor	0,197±0,433	0,003±0,239	0,194	434,000	<b>0,035</b>
<b>Konfor Düzeyleri</b>					
Ferahlama	0,437±0,305	0,127±0,243	<b>0,310</b>	274,500	<b>0,000</b>
Rahatlama	0,240±0,342	0,001±0,276	0,239	357,500	<b>0,003</b>
Üstünlük	0,381±0,336	0,212±0,190	0,169	403,500	<b>0,014</b>

\* Mann Whitney U Testi

Her iki grup hastalar arasında, kemoterapiden bir hafta sonrası ve kemoterapi öncesine ilişkin konfor puan ortalama farkları karşılaştırıldığında;

**GKÖ toplam** (p=0,001) ve **fiziksel** (p=0,000), **psikospritiyel** (p=0,002), **sosyokültürel** (p=0,019) **konfor boyutları** puan ortalama farkları açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. **Çevresel konfor** boyutu puan ortalama farkları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05; Tablo 4.14).

Deney ve kontrol gruplarının konfor düzeyine ilişkin puan ortalama farkları incelendiğinde; tüm düzeylerde ilk ve son ölçüm arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05). En fazla farklılığın ise deney grubu lehine ferahlama düzeyinde olduğu görüldü (0,310), (Tablo 4.14).

## 5. TARTIŞMA

Kemoterapi tedavi edici etkisinin yanı sıra, bedenın tüm sistemleri üzerinde lokal ve sistemik olarak istenmeyen ve tedaviyi sonlandırmaya ya da yaşamsal tehditlere neden olabilen etkilere de yol açmaktadır. Toplumda kanser hastalığının görülme sıklığının artmasıyla birlikte, kemoterapinin bu istenmeyen etkilerini oluşturan semptomları hafifletmeye ve bireyin konforunu arttırmaya yönelik hemşirelik bakım uygulamaları giderek önem kazanmıştır. Bu anlamda literatürde, bir hemşirelik girişimi olarak müzik terapinin yararlı olduğu vurgulanmaktadır (Akın 2007; Cooper ve Foster 2007; Olofsson ve Fossum 2009; Çiftçi 2011, Hintistan ve ark. 2012).

Bu doğrultuda; kemoterapi uygulanan hastalarda, holistik hemşirelik uygulamaları arasında yer alan, müzik terapinin kemoterapi semptomları ve konfor düzeyine etkisini araştırmak amacı ile yarı deneysel olarak planlanan ve gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular;

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- Müzik terapinin kemoterapi semptomlarına etkisine ilişkin bulgular,
- Müzik terapinin konfor durumuna etkisine ilişkin bulgular olmak üzere üç bölümde tartışıldı.

### 5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile hasta kabulünde, kemoterapi semptomları ve konfor durumuna ilişkin bulgularının tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3, Tablo 4.4).

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastalar; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, iş/meslek durumu, sosyal güvence ve çocuk sayısı gibi bireysel özellikler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ), her iki grubun bireysel özellikler açısından benzer niteliklere sahip olduğu saptandı (Tablo 4.1). Bununla birlikte, çalışmada hastaların bireysel özelliklerine ilişkin elde edilen bulgular, yapılan benzer çalışmaların bulguları ile paralellik (Sadırlı 2008; Liu ve ark. 2009; Küçükbakar 2011; Ateş 2011; Kleinman ve ark. 2012; Üstündağ 2013; Rohandali ve ark. 2013; Petrl ve ark. 2013) gösterdi.

Deney ve kontrol grubu hastalarda tıbbi tanı, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanma durumu ve ailede kanser öyküsü gibi hastalık özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirlendi ( $p>0,05$  Tablo 4.2). Bu durum her iki grubun hastalık özellikleri açısından benzerliğine işaret etti. Her iki gruptaki hastaların, hastalık özelliklerine ilişkin bulgularının yapılan benzer çalışmaların bulguları ile uyumlu olduğu (Sadırlı 2008; Ünsal ve ark 2011) görüldü.

Hastalarda daha önce uygulanan, ortalama tedavi seansları sorgulandığında; deney grubu hastalara ortalama  $8,51 \pm 5,24$  seans, kontrol grubu hastalara ise ortalama  $6,34 \pm 4,02$  seans kemoterapi uygulandığı belirlendi. Deney grubu hastalara daha fazla kemoterapi uygulanmış olması, istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdi ( $p<0,05$ ; Tablo 4.2). Bu bulgu daha fazla kemoterapötik ilaç yüklenmesi nedeni ile deney grubu hastaların kemoterapiye bağlı semptomları daha fazla deneyimleyebileceğini, dolayısı ile müzik terapinin etkisini belirlemeye olumlu katkısı olabileceğini düşündürdü.

Hasta kabulünde, kemoterapi seansı öncesi, deney ve kontrol grubu hastalar arasında, semptom deneyimleme ( $p>0,05$ ; Tablo 4.3) ve konfor durumu ( $p>0,05$ ; Tablo 4.4) incelendiğinde; istatistiksel açıdan gruplar arasında farklılık olmadığı saptandı. Bu bulgular araştırmanın birinci ve ikinci sorusunu yanıtladı ve her iki gruptaki hastaların kemoterapi semptomlarını deneyimleme ve konfor durumu açısından benzer özelliklere sahip olduğunu gösterdi.

Araştırmada, bireysel ve hastalık özellikleri, kemoterapi semptomlarını deneyimleme ve konfor durumuna ilişkin bulgular arasında farklılık bulunmaması, deney ve kontrol grubu hastalar arasında eşlenikliğin sağlandığını ve araştırmanın yarı deneysel tasarıma uygunluğunu destekledi.

## **5.2. MÜZİK TERAPİNİN KEMOTERAPİ SEMPTOMLARINA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu bölümde, kemoterapi semptomlarının başlama zamanına ilişkin bulgular, deney grubu hastalarda müzik terapi ile ilgili bulgular, deney ve kontrol grubu hastalarda kemoterapi semptom puan ortalamalarının grup içi, gruplar arası karşılaştırılması ve hastaların KT'den bir hafta sonrası ile KT öncesi semptom puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları tartışıldı (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10).



Kemoterapinin ağır yan etkilerinden dolayı hastalar tedavi sonrasında ilk 72 saat içerisinde (1-3 gün) semptomları daha yoğun yaşamaktadırlar (Sadırlı 2008). Ayrıca kemoterapi uygulanan hastaların %10-38'inin kemoterapiye bağlı erken bulantı-kusma deneyimledikleri bildirilmektedir (Kutlutürkan 2013). Bu araştırmada hastalarda kemoterapi ile ilişkili semptomların başlama zamanı incelendiğinde; deney grubu hastalarda semptomların  $2,14 \pm 0,944$  gün, kontrol grubu hastalarda ise  $2,20 \pm 1,051$  günde başladığı belirlendi. Her iki grup arasında semptomların başlangıç zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p > 0,05$ ; Tablo 4.5). Araştırmanın bu bulgusu literatürle benzerlik gösterdi.

Literatürde, müzik terapi uygulaması için 15-30 dakika müzik dinlemenin yeterli olduğu, ancak süre uzadığında irritasyona yol açabileceği belirtilmektedir (Arslan 2007). Araştırmada, deney grubu hastalardan kemoterapi seansı sırasında ve takip eden bir hafta boyunca en az 3 gün, günde en az bir kez 20-30 dakika araştırmacı tarafından önerilen müziği dinlemeleri istendi. Araştırma sonucunda, deney grubu hastaların ortalama  $4,26 \pm 1,31$  gün ve günde ortalama  $37,00 \pm 15,68$  dakika literatür bilgisi ile uyumlu ve araştırmacının önerdiği biçimde müzik terapi uyguladığı görüldü (Tablo 4.6). Çiftçi'nin (2011) müziğin yoğun bakım ünitesinde serebro vasküler olay tanısıyla yatan hastalarda konfor, anksiyete ve ağrıya etkisini incelediği araştırmasında, hastaların müzik dinleme süresi ortalama  $29,7 \pm 1,1$  dakika olarak belirlenmiştir. Karadağ'ın (2011) hemodiyaliz tedavisi uygulanan kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda müziğin uyku kalitesi ve yaşam bulgularına etkisini inceleyen araştırmasında, hastalara, 4 gün boyunca günde 30 dakika, Huang ve arkadaşlarının (2010), kanser hastalarında ağrıyı azaltmada müziğin etkisini inceleyen araştırmalarında, hastalara, 30 dakika, Li ve arkadaşlarının (2011) meme kanserli hastalarda radikal mastektomi sonrası müziğin anksiyeteye etkisini inceleyen araştırmalarında, sabah ve akşam olmak üzere günde 2 kez, her seansta 30 dakika müzik dinletirilmiştir. Araştırmanın bu bulgusu yukarıdaki çalışmaların bulguları ile benzerdir.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde, deney grubu hastalarda **ağrı** deneyimleme durumunda, istatistiksel olarak anlamlı bir artış olmadığı ( $p > 0,05$ ; Tablo 4.7), kontrol grubu hastalarda ise anlamlı düzeyde artış olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ; Tablo 4.8). Gruplar arası karşılaştırmada, ilk ölçümde ağrı deneyimleme açısından deney ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmadığı ( $p > 0,05$ ), ancak müzik terapi sonrası yapılan ölçümlerde deney grubu hastaların daha az ağrı deneyimlediği

görüldü ( $p<0,05$ ; Tablo 4.9). Grupların ilk ve üçüncü ölçümleri arasındaki puan ortalamaları farkı değerlendirildiğinde de, deney grubundaki hastaların puan ortalamalarının daha düşük olması ( $p=0,002$ ; Tablo 4.10), müzik terapinin ağrı semptomunu hafifletmede olumlu etki gösterdiğini düşündürdü. Ağrı, kanser hastaları için yaygın ve kötü bir deneyimdir. Buna karşın hemşirelik uygulamaları arasında yer alan müzik terapi, otonom sinir sistemini etkileyerek endorfinlerin salgılanmasını sağlayan, böylece ağrının kontrol edilmesinde önemli rol oynayan ve invazif olmayan bir girişimdir (Huang ve ark. 2010; Kabul 2012; Araç 2012). Huang ve arkadaşlarının (2010), kanser hastalarında yaptığı araştırmada, 30 dakika boyunca dinletilen müziğin ağrının azalmasında, etkili bir girişim olduğu saptanmıştır. Lee ve arkadaşlarının (2015) over kanserli hastada müzik terapinin etkisini inceleyen vaka araştırmasında, kemoterapi esnasında dinletilen müziğin hastanın ağrısını azalttığı saptanmıştır. Jour-Pineau ve arkadaşlarının (2013) hastanede yatan kanser hastalarında müziğin anksiyete ve ağrıya etkisini inceleyen araştırmalarında ise hastalara dinletilen müziğin ağrı deneyimleri üzerinde önemli etkileri olduğu görülmüştür. Büyükyılmaz'ın (2009) total kalça veya diz protezi ameliyatı olan hastalara uygulanan gevşeme egzersizleri, sırt masajının ağrı ve anksiyete üzerine etkisini inceleyen araştırmasında, ameliyat sonrası birinci günde uygulanan ritmik solunum, kas gevşemesi egzersizleri ve müzik dinletisini içeren gevşeme egzersizlerinin özellikle ağrı şiddeti ve anksiyete durumu üzerinde etkili bir girişim olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmaların yanı sıra müzik terapinin, palyatif bakım hastalarında (Gutgsell ve ark. 2013), serebro vasküler hastalığı olanlarda (Çiftçi 2011), serebral palsili çocuklardaki akupunktur uygulamasında (Yu ve ark. 2009), ameliyat sonrası ağrıyı (Karaaslan 2014) azaltmada etkili bir girişim olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde, hem deney hem de kontrol grubu hastalarda, **yorgunluk** deneyimleme durumunda, istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptandı ( $p<0,05$ ; Tablo 4.7, Tablo 4.8). Gruplar arası karşılaştırmada ilk ve ikinci ölçümde yorgunluk deneyimleme açısından deney ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmadığı ( $p>0,05$ ), ancak müzik terapi uygulaması sonrası yapılan üçüncü ölçümde, deney grubu hastaların daha az yorgunluk deneyimlediği görüldü ( $p<0,05$ ; Tablo 4.9). Grupların ilk ve üçüncü ölçümleri arasındaki puan ortalamaları farkı değerlendirildiğinde de deney grubundaki hastaların puan ortalamaları farkları daha düşük bulundu ( $p=0,000$ ; Tablo 4.10). Kemoterapi

uygulanan hastalarda hem kanserin doğasının hem de tedavinin bir sonucu olarak ortaya çıkan yorgunluk psikolojik, bilişsel ve emosyonel öğeleri ile bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir durumdur (Can 2006; Karakoç 2008; Brown, Kroenke 2009; Pertl ve ark. 2013). Chuang ve arkadaşları (2010) müziğin kemoterapi uygulanan hastaların subjektif duyuları ve kalp hızına etkisini inceleyen araştırması ile Ferrer'in (2005) müziğin kemoterapi uygulanan hastaların anksiyete düzeyine etkisini inceleyen araştırmasında, hastaların yorgunluk durumunu azaltmada müziğin olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Kanser hastalarında müziğin etkisini inceleyen bir metaanaliz çalışmasında ise müziğin, hastalardaki yorgunluk durumunun iyileştirilmesinde etkili olduğu gösterilmiştir (Tsai ve ark. 2014). Ülkemizde, kemoterapiye bağlı yorgunlukla başetmede, müziğin etkinliğini gösteren bir araştırmaya rastlanmadı. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda gevşeme egzersizlerinin (Demiralp 2006; Doğan 2012) masaj uygulamasının (Kahve 2008) ve hastalara verilen yorgunluk yönetimine ilişkin eğitimin (Yeşilbalkan 2005; Aslan ve ark 2006) kemoterapi uygulanan hastaların yorgunluk durumunu istatistiksel olarak anlamlı derecede azalttığı belirlenmiştir. Araştırmada, kemoterapi uygulanan kontrol grubu hastalarda, yorgunluk deneyimleme durumunda zaman içerisinde deney grubu hastalara oranla daha fazla artış olduğu ve gruplar arasındaki bu artışın istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Bu bulgu müzik terapinin yorgunluk semptomunu hafifletmede olumlu etki gösterdiğini düşündürdü.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde, hem deney hem de kontrol grubu hastalarda **bulantı** puan ortalamasında, istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptandı ( $p>0,05$ ; Tablo 4.7, Tablo 4.8). Gruplar arası karşılaştırmada, ilk ölçümde bulantı deneyimleme açısından deney ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmadığı ( $p>0,05$ ), ancak müzik terapi uygulaması sonrası yapılan ölçümlerde, deney grubu hastaların daha az bulantı deneyimlediği görüldü ( $p<0,05$ ; Tablo 4.9). Grupların ilk ve üçüncü ölçümleri arasındaki puan ortalamaları farkı değerlendirildiğinde de deney grubundaki hastaların puan ortalama farklarının daha düşük olduğu görüldü ( $p=0,019$ ; Tablo 4.10). Kemoterapi hızlı çoğalan gastrointestinal sistem hücreleri üzerinde toksik etki oluşturarak, bu hücrelerin büyümesini baskılar ve hasar verir. Araştırmalar, bu etkilerin kemoterapiye maruz kaldıktan sonra birkaç saat içerisinde başladığını ve kemoterapi uygulanan hastalarda bulantının yaygın olarak saptandığını göstermiştir (Cherwin 2010). Ayrıca görsel, kokusal ve çağrışımsal olarak

uyarılan ve beklentisel olarak tanımlanan bulantı da bu hastalarda sıkça görülen psikolojik kaynaklı bulantı çeşididir (Demirkaya ve ark 2011). Literatürde kemoterapiye bağlı bulantıyı önlemede akupresürün (Genç 2010; Genç 2011; Avcı 2012; Ünülu 2014) ve zencefilin (Arslan 2014) etkisini inceleyen araştırmalar fazla olmasına rağmen, müzik terapi ile ilgili yapılmış az sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Silva ve arkadaşlarının (2014) kemoterapi uygulanan hastalarda müziğin terapötik etkilerini inceleyen araştırmasında, hastalara dinletilen müziğin bulantı ve kusma belirtilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma sağladığı belirtilmektedir. Bu araştırmada, deney grubunda üçüncü ölçümde, kontrol grubunda ise ikinci ölçüm ve sonrasında bulantı semptomunda anlamlı artış görülmüş olup, gruplar arası karşılaştırmada, kontrol grubunda deney grubuna oranla, daha fazla artış olduğu saptandı. Bu sonuç müzik terapinin hastaların bulantı durumunda azalmaya katkı sağladığını düşündürdü.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde, hem deney hem de kontrol grubu hastalarda **üzüntü** deneyimleme durumunda, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ; Tablo 4.7, Tablo 4.8). Gruplar arası karşılaştırmada ilk ölçümde üzüntü deneyimleme açısından deney ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmadığı ( $p>0,05$ ), ancak müzik terapi uygulaması sonrası yapılan ölçümlerde deney grubu hastaların kontrol grubu hastalara göre daha az üzüntü deneyimlediği görüldü ( $p<0,05$ ; Tablo 4.9). Buna karşın grupların ilk ve üçüncü ölçümleri arasındaki puan ortalamaları farkı değerlendirildiğinde, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p=0,058$ ; Tablo 4.10). Bu durumun, deney grubu hastaların araştırmaya dahil edildiğinde, yapılan ilk ölçümdeki üzüntü puan ortalamasının, kontrol grubu hastalara göre daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünüldü. Bu bulgular, hastaların üzüntü deneyimleme durumu üzerine müzik terapinin etkili olmadığı kanısını uyandırdı. Kanser hastaları, tanıyı ilk öğrendiklerinde ya da hastalığın ilerlemesi ve kötüleşmesi durumunda tepki olarak ümitsizlik ve üzüntü duygusuyla beliren depresif bir duygu süreci yaşamaktadır. Ayrıca yapılan tedaviler, hastalığın şiddeti, sosyal desteğin az olması, ağrı ve diğer birçok faktör hastaların üzüntü yaşamasına neden olabilmektedir (Doğan 2012). Sadırlı'nın (2008), kemoterapi öncesi ve kemoterapiden sonraki 1-3 günde yaptığı semptom değerlendirmesinde hastaların, üzüntü semptomu açısından iki değerlendirme arasında farklılık göstermemesi, araştırmanın bu bulgusu ile benzerdi.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde, deney grubu hastalarda **endişe** deneyimleme durumunda, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ; Tablo 4.7), kontrol grubu hastalarda ise anlamlı düzeyde artış olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ; Tablo 4.8). Gruplar arası karşılaştırmada ilk ölçümde endişe deneyimleme açısından deney ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmadığı ( $p>0,05$ ), ancak müzik terapi uygulaması sonrası yapılan ölçümlerde deney grubu hastaların daha az endişe deneyimlediği görüldü ( $p<0,05$ ; Tablo 4.9). Grupların ilk ve üçüncü ölçümleri arasındaki puan ortalamaları farkı değerlendirildiğinde de deney grubundaki hastaların puan ortalama farklarının daha düşük olduğu görüldü ( $p=0,02$ ; Tablo 4.10). Uygulanması ağrılı, süresi uzun ve fizyolojik yan etkileri çok yoğun bir tedavi olan kemoterapi, organizmada yoğun kimyasal metabolik değişiklikler yaratmakta ve bu nedenlerle bireyde çok değişik emosyonel durumlara yol açmaktadır (Kepiçoğlu 2012). Endişeli hastalar, kontrol edilemeyen üzüntü, kötü haber alma olasılığı, kas gerginliği, rahatsızlık, hiperaktivite, bulantı, kusma, diyare, ağızda hassasiyet, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk ve gerginlik gibi belirtileri yaşayabilmektedirler (Özçelik 2011). Yapılan araştırmalarda, müzik terapinin sempatik sinir aktivitesinde azalmaya yol açtığı, serotonin, dopamin, adrenalin ve testesteron gibi insanın duygusal durumunu düzenleyen ve ruhsal hastalıkların tedavisinde etkili olan hormonlar üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu, böylece hastaları rahatlattığı belirlenmiştir (Bulfone ve ark. 2009; Romito 2013; Horuz 2014). Kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda müzik dinlemenin, hastaların anksiyetelerinde belirgin bir azalma sağladığı gösterilmiştir (Bulfone ve ark. 2009; Romito 2013). Chen ve arkadaşlarının (2013) onkoloji hastalarında radyoterapi öncesi dinletilen müziğin anksiyeteye etkisini inceleyen araştırmasında ise radyoterapi uygulamasından önce hastalara 15 dakika müzik dinletilmiş ve tedaviden sonra hastalarda durumluk ve sürekli anksiyete durumunda anlamlı düşmeler saptanmıştır. Yıldırım'ın (2003) kanser hastalarına dinletilen müziğin kemoterapi yan etkileri ve durumluk- süreklilik kaygı düzeyine etkisini inceleyen araştırmasında da müziğin, hastaların durumluk kaygı düzeyini düşüren etkili bir girişim olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada, deney grubunda endişe deneyimleme durumunda azalma, kontrol grubunda ise artış saptanması; gruplar arası puan ortalamasında da anlamlı farklılığın belirlenmesi, müziğin hastaların endişelerini azaltmada etkili ve yararlı bir girişim olduğunu gösterdi. Aynı zamanda literatür bilgisini destekler nitelikte idi.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde; deney grubu hastalarda **uykusuzluk** deneyimleme durumunda, istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu ( $p<0,05$ ; Tablo 4.7), kontrol grubu hastalarda ise anlamlı düzeyde artış olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ; Tablo 4.8). Gruplar arası karşılaştırmada, ilk iki ölçümde uykusuzluk deneyimleme açısından deney ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmadığı ( $p>0,05$ ), ancak yapılan üçüncü ölçümde deney grubu hastaların daha az uykusuzluk deneyimlediği görüldü ( $p<0,05$ ; Tablo 4.9). Grupların ilk ve üçüncü ölçümleri arasındaki puan ortalamaları farkı değerlendirildiğinde de deney grubundaki hastaların puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı ( $p=0,000$ ; Tablo 4.10). Kemoterapi, hastaların uyku kalitesini etkileyen sıkıntılı bir durum olmakla birlikte, neden olduğu uyku bozukluğu, bu hastaların sadece konforu ya da günlük aktivitelerini değil bunlarla birlikte tedavilerini de olumsuz yönde etkileyen bir durumdur (Kuo 2006). İnsanlarda fizyolojik ve psikolojik etkileri fark edildiğinden bu yana, müzik terapi uykusuzluk için kullanılan bir yöntemdir (Wang ve ark 2014). Sadırlı (2008), hafif tonda müzik ya da monoton sesler dinlemenin, kanser hastalarında uyku sorununun çözümlenebilmesi için uygulanabilecek hemşirelik girişimlerinden olduğunu belirtmiştir. Lafçı'nın (2009) araştırmasında, günlük yaşamında hiç uyuyamama ya da uykuya dalmada zorlanma yaşadığını belirten kanser hastalarına, hastanede kaldıkları iki hafta boyunca yatmadan önce müzik dinletilmiş ve dinletilen müziğin uyku kalitesi üzerine etkisi incelenmiş, sonuçta müziğin uyku kalitesine olumlu etkisi olduğu, bu nedenle bağımsız bir hemşirelik girişimi olarak hemşirelik uygulamalarına dahil edilmesi gerektiğini vurgulanmıştır. Literatürde, müzik terapinin farklı kültürlerde, farklı kliniklerde ve farklı hastalık tanılarına sahip olan çocuk, erişkin, yaşlı gibi farklı yaşam sürecindeki bireylerde, uyku kalitesi üzerine etkisini inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Yapılan bu araştırmalarda, müziğin hastaları rahatlatarak uykuya dalmalarını kolaylaştırdığı saptanmıştır (Chan ve ark. 2010; Chang ve ark. 2012; Li ve ark. 2013; Gonzales 2013; Shum ve ark. 2014; Wang ve ark. 2014).

Bu araştırmada, girişim uygulanmayan kontrol grubu hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde, uykusuzluk durumunda artış, buna karşın deney grubu hastalarda azalmanın olması ve bu durumun gruplar arası anlamlı bir farklılık göstermesinin yanı sıra grupların puan ortalamalarının da anlamlı bulunması; müzik terapinin hastaların uyku durumlarını olumlu yönde etkileyen, hastaların daha rahat ve etkin uyumalarını

sağlayan bir girişim olabileceğini gösterdi. Bu bağlamda araştırmanın bu bulgusu diğer araştırma sonuçları ile paralellik gösterdi.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde, deney grubu hastalarda **iştahsızlık** deneyimleme durumunda, istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmadığı ( $p>0,05$ ; Tablo 4.7), kontrol grubu hastalarda ise anlamlı düzeyde artış olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ; Tablo 4.8). Gruplar arası karşılaştırmada ilk iki ölçümde iştahsızlık deneyimleme açısından deney ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmadığı ( $p>0,05$ ), ancak yapılan üçüncü ölçümde deney grubu hastaların daha az iştahsızlık deneyimlediği görüldü ( $p<0,05$ ; Tablo 4.9). Grupların ilk ve üçüncü ölçümleri arasındaki puan ortalamaları farkı değerlendirildiğinde de deney grubundaki hastaların puan ortalamalarının daha düşük olması ( $p=0,001$ ; Tablo 4.10), müzik terapinin iştahsızlık semptomunu hafifletmede olumlu etki gösterdiğini düşündürdü. İştahsızlık kemoterapi uygulanan hastalarda hastalığın doğasına, tedaviye ya da tedavi sonucu ortaya çıkan semptomlara bağlı olarak sıkça görülen bir durumdur. Hastalarda görülen bulantı, kusma, ağrı, tat ve koku bozuklukları, ishal ve konstipasyon, yorgunluk ve tümöral kitleye bağlı mekanik obstrüksiyon iştahı olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir (Yılmaz ve ark. 2011; Sözeri ve ark. 2015). Literatürde, müzik terapi ile iştahsızlık arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir araştırmaya rastlanmadı. Bununla birlikte bu araştırmadan elde edilen bulguların yanı sıra, yapılan diğer araştırmaların sonuçlarında, müzik terapinin ağrı, bulantı ve yorgunluk gibi iştahsızlığı arttıran faktörlerin önlenmesi ya da en aza indirilmesinde olumlu etki gösterdiğinin belirlenmesi (Ferrer 2005; Silva ve ark. 2014; Lee ve ark. 2015), müzik terapinin hastaların iştahının arttırılmasında dolaylı olarak olumlu etki gösterebileceğini düşündürdü.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde, deney grubu hastalarda **kendini kötü hissetme** durumunda, istatistiksel olarak anlamlı bir azalma ( $p<0,05$ ; Tablo 4.7), buna karşın kontrol grubu hastalarda anlamlı bir artış olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ; Tablo 4.8). Gruplar arası karşılaştırmada, ilk iki ölçümde kendini kötü hissetme durumu açısından deney ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmadığı ( $p>0,05$ ), ancak müzik terapi uygulaması sonrası yapılan üçüncü ölçümde deney grubu hastaların kendini kötü hissetme durumunda azalma deneyimlediği görüldü ( $p<0,05$ ; Tablo 4.9). Grupların ilk ve üçüncü ölçümleri arasındaki puan ortalamaları farkı değerlendirildiğinde de deney grubundaki hastaların puan ortalamalarının daha düşük olması ( $p= 0,000$ ; Tablo 4.10) müzik terapinin, hastaların kendini kötü hissetme

semptomunu hafifletmede olumlu etki gösterebileceğini düşündürdü. Kemoterapi uygulamasının yararlı etkileri olduğu kadar anemi, yorgunluk, anoreksi, mukozit, anksiyete, depresyon, ağrı, saç dökülmesi, bulantı-kusma gibi birçok istenmeyen etkisi de olmaktadır (Karagözoğlu 2002; Erkurt ve ark. 2009; Taş ve Başbakkal 2009). Tedavinin uzun zaman alması, hastalığın ve kemoterapinin neden olduğu semptomların artması, bireyde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik değişiklikleri beraberinde getirmektedir (Kepiçoğlu 2012). Bu değişikliklerin yaşanması hastaları olumsuz etkilemekte ve kendilerini kötü hissetmelerine neden olmaktadır. Müzik terapi ise kalp hızını, kan basıncını, vücut sıcaklığını ve solunum hızını düşüren, gevşemeyi sağlayan, hastanın ağrı algısını değiştiren, dikkatini başka yöne çeken, kemoterapiye bağlı bulantıyı azaltan, özellikle terminal dönemdeki hastaların yaşam kalitesini yükselten önemli bir uygulamadır (Lafçı 2009; Karadağ 2011; Araç 2012). Ayrıca müzik dinleme sosyal ilişkileri geliştiren, kendine güveni yeniden kazandıran, anksiyete-stresi azaltan, bireyin daha mutlu ve daha uyumlu olmasını sağlayan, hastaların ruhsal durumlarını yükselten, depresyonun etkilerini yok eden, sosyalizasyonu arttıran, psikotik semptomları azaltan, korku ve endişelerini ortadan kaldırarak kaygıyı azaltan bir girişimdir (Lafçı 2009; Bekiroğlu 2011). Barrera ve arkadaşlarının (2002) kanser hastalığı nedeniyle hastanede yatan çocuklarda, interaktif müzik terapisinin etkisini incelemek için yaptığı araştırmada, çocuklara müzik terapi uygulanmış ve sonucunda müzik terapinin çocukların iyilik durumu üzerinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Burns ve arkadaşlarının (2001) kanser merkezlerinde uygulanan müzik terapinin terapötik etkisini inceleyen araştırmasında, kanser hastalarına dinletilen müziğin, hastaların kendini iyi hissetme ve rahatlama durumlarında artış sağladığı belirtilmiştir. Araştırmanın bu bulgusu literatür bilgisinin yanı sıra bu çalışmaların sonuçları ile benzerlik gösterdi.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde, deney grubu hastalarda **nefes darlığı** deneyimleme durumunda, istatistiksel olarak anlamlı bir artış olmadığı ( $p>0,05$ ; Tablo 4.7), kontrol grubu hastalarda ise anlamlı düzeyde artış olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ; Tablo 4.8). Gruplar arası karşılaştırmada ilk ölçümde nefes darlığı deneyimleme açısından deney ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmadığı ( $p>0,05$ ), ancak müzik terapi uygulaması sonrası yapılan ölçümlerde deney grubu hastaların daha az nefes darlığı deneyimlediği görüldü ( $p<0,05$ ; Tablo 4.9). Ancak grupların ilk ve üçüncü ölçümleri arasındaki puan ortalamaları farkı değerlendirildiğinde, iki grup



arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p= 0,182$ ; Tablo 4.10). Bu durumun deney grubu hastaların araştırmaya dahil edildiğinde, yapılan ilk ölçümdeki nefes darlığı puan ortalamasının, kontrol grubuna göre daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünöldü. Bu bulgular, hastaların nefes darlığı deneyimleme durumu üzerine müzik terapinin etkili olmadığı kanısını uyandırdı. Nefes darlığı, kemoterapi uygulanan hastalarda, tümörün varlığına bağlı olabileceği gibi tedavinin organizmada yarattığı değişiklikler sonucu ortaya çıkan anksiyeteye bağlı olarak da görölebilmektedir (Akyolcu 2002; Aydın 2005; Kepiçoğlu 2012). Hastalardaki anksiyete, sempatik sinir sistemi aktivitesinde artışa neden olarak, hava açlığı, kesik soluma, solunum sıkıntısı gibi belirtiler oluşturabilir (Akin 2007). Anksiyeteye bağlı nefes darlığı, hemşirelik girişimleri arasında yer alan solunum egzersizlerinin kullanılması, pozisyon verme, emosyonel destek, gevşeme teknikleri, aktivitelerin planlanması gibi uygulamalarla kontrol altına alınabilecek bir semptomdur (Pekmezci 2013). Ayrıca yapılan araştırmalar müzik terapinin, sempatik sinir aktivitesini azaltarak bu semptomlarının azalmasına ve hastaların rahatlamasına katkı sağladığını göstermektedir (Bulfone ve ark. 2009). Bu araştırmada, girişimin uygulanmadığı kontrol grubu hastalarda, kemoterapiyi takip eden hafta boyunca nefes darlığı durumunda ciddi bir artış, deney grubunda ise hafif bir artış gözlemlendi. Bu sonuçlar, müzik terapinin hastaların anksiyeteye bağlı solunum sıkıntısını hafifleterek hastayı rahatlattığını düşündürdü. Bununla birlikte her iki gruptaki hastalarda nefes darlığında artış olması ve gruplar arası karşılaştırmada anlamlı farkın olmaması, hastalardaki nefes darlığı varlığının sadece psikolojik kaynaklı olmadığı kanısını uyandırdı.

Araştırmadan elde edilen yukarıdaki bulgular değerlendirildiğinde, müzik terapi uygulanan deney grubu hastaların, ağrı, yorgunluk, bulantı, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık ve kendini kötü hissetme gibi kemoterapi semptomlarını kontrol grubu hastalara göre daha düşük şiddette deneyimlediği göröldü ve araştırmanın birinci hipotezi kabul edildi, aynı zamanda üçüncü sorusu yanıtlandı.

### 5.3. MÜZİK TERAPİNİN KONFOR DURUMUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde deney ve kontrol grubu hastalarda grup içi konfor durumunun karşılaştırılmasıyla ilgili bulgular ve hastaların KT'den bir hafta sonrası ile KT öncesi konfor puan ortalama farklarının karşılaştırılmasının tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13).

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde, hem deney hem de kontrol grubu hastalarda **GKÖ toplam puanında**, istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptandı ( $p < 0,05$ ; Tablo 4.11, Tablo 4.12). Grupların ilk ve üçüncü ölçümleri arasındaki puan ortalama farkları karşılaştırıldığında deney grubundaki hastalarda GKÖ toplam puan ortalama farkının daha fazla olması ( $p = 0,001$ ; Tablo 4.13) müzik terapinin hastaların konfor durumunu arttıran etkili bir girişim olduğunu düşündürdü. Literatürde, müzik terapinin doğrudan konfor durumuna etkisini inceleyen özgün çalışmaya rastlanmamakla birlikte, diğer holistik hemşirelik uygulamalarının, hastaların konfor durumunu olumlu etkilediği belirtilmektedir (Apóstolo ve Kolcaba 2009). Bununla birlikte Ferrer'in (2005), McClean ve arkadaşlarının (2012), müzik terapinin kanser hastalarında anksiyetenin azaltılması ve spiritüel özelliklere etkisini inceleyen araştırmalarında, müzik dinlemenin hastaların rahatlamasında da olumlu etki gösterdiği saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda, yapılan tekrarlı ölçümlerde, deney grubu hastalarda **fiziksel konforda**, istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmadığı ( $p > 0,05$ ; Tablo 4.11), kontrol grubu hastalarda ise anlamlı düzeyde azalma olduğu ( $p < 0,05$ ; Tablo 4.12), **psikospritüel konforda**, deney grubu hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu ( $p < 0,05$ ; Tablo 4.11), kontrol grubu hastalarda anlamlı bir değişim olmadığı ( $p > 0,05$ ; Tablo 4.12) belirlendi. Hastaların, ilk ve üçüncü ölçümlerinde konfor boyutu puan ortalama farkları açısından en fazla farklılığın fiziksel konfor ( $p = 0,000$ ), boyutunda olması ve bunu psikospritüel konfor ( $p = 0,002$ ) boyutun izlemesi, müzik terapinin fizyolojik ve psikolojik etkilerinin bir yansıması olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.13). Müzik terapi sonrası kemoterapi semptomlarını deneyimleme durumunda deney grubu lehine görülen değişimlerin bu hastalardan, fiziksel ve psikolojik konforun artmasına katkı sağladığı düşünülmüştür. Kolcaba, konfor kuramında, fiziksel konforun bireyin hastalığa yanıtları ile ilişkili olduğunu, en yaygın belirleyicisinin ağrı olmakla birlikte, homeostatik mekanizmaların ve metabolik

fonksiyonların, bireyin fiziksel konfor durumunu etkilediğini belirtmektedir (Kolcaba 2003; Karabacak, Acaroğlu 2011; Erdemir, Çırlak 2013). Zengin'in (2010) konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi konulu makalesinde, yoğun bakım hastalarının fiziksel konforunu bozan faktörler ağrı, uyku eksikliği, beslenmede değişim, mekanik ventilasyon ve endotrakeal tüp uygulaması ile susuzluk olarak sıralanmaktadır. Literatürde, kemoterapi uygulanan hastalarda tedavinin, ağrı, yorgunluk, bulantı, kusma, uykusuzluk, ağızda yara gibi fiziksel konforu bozan semptomlara yol açtığı belirtilmektedir (Sadırlı 2008). Tanatwanit'in (2011), ileri dönem kanserli yaşlı hastaların konfor durumunu inceleyen araştırmasında, Whyte'in (2010), intraperitoneal kemoterapi uygulanan jinekolojik kanserli hastalarda yaptığı çalışmada, hastalarda, fiziksel konforunu bozan faktörlerin ağrı ve uyku bozukluğu, bulantı, kusma, iştahsızlık, barsak sorunları ve yorgunluk olduğu saptanmıştır. Zihinsel, duygusal ve ruhsal bileşenlerden oluşan psikospiritüel konfor, anksiyete, kafa karışıklığı, olumsuz bilgi edinme, korku, sağlık durumundaki değişim, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma, hastanın düşünce sürecinin bozulması, dua etme gereksiniminin karşılanmaması ve mahremiyetin bozulmasından olumsuz etkilenmektedir (Kolcaba 2003; Wilson, Kolcaba 2004; Zengin 2010). Kim ve Kwo'nun (2007) kanser hastalarında konfor ve yaşam kalitesini inceleyen çalışmalarında, hastaların çevresel konforundan sonra en düşük konfor durumunun psikospiritüel konfor olduğu saptanmış, psikospiritüel desteğin sağlanarak hastaların konforunun artırılması önerilmiştir.

Müzik terapi uygulamasının hastaların deneyimlediği biyofizyolojik ve psikolojik semptomlar üzerine olumlu etkileri vardır (Lafçı 2009; Karadağ 2011; Bekiroğlu 2011; Araç 2012). Özellikle, kemoterapi uygulanan hastalarda müziğin etkisini inceleyen çalışmalarda, müzik terapinin hastanın ağrısını azalttığı, uykuya dalmalarını kolaylaştırdığı ve gevşemeyi sağladığı dolayısı ile fiziksel ve psikolojik konforunun artmasına olumlu etki yaptığı saptanmıştır (Huang ve ark. 2010; Li ve ark. 2011; Gutgsell ve ark. 2013). McClean ve arkadaşlarının (2012) bir kanser bakım merkezindeki hastalarda, müziğin iyileştirici ve spiritüel etkilerini inceleyen çalışmalarında, müzik terapinin, hastaların içgörüsü ve konforuna olumlu yansımaları olduğu ve müziğin güçlü duygular uyandırmak için pozitif bir güç olarak algılandığı belirlenmiştir. Ferrer'in (2005), kemoterapi uygulanan hastalarda, müziğin anksiyete üzerindeki etkisini incelediği çalışmada, hastalara kemoterapi sırasında müzik

dinletirilmiş ve hastaların anksiyete, endişe ve korku seviyelerinde azalma ile konfor ve gevşeme durumlarında artış saptanmış olup, müziğin hastalar üzerinde pozitif etki yarattığı belirtilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hem deney hem de kontrol grubu hastalarda **çevresel konfor** puan ortalamasının, tüm ölçümlerde artarak, üçüncü ölçümde en yüksek değere ulaştığı ( $p < 0,05$ ; Tablo 4.11, Tablo 4,12), ilk ve üçüncü ölçümlerde, puan ortalamaları farkı açısından çevresel konforda bir değişim olmadığı ( $p = 0,065$ ; Tablo 4.13) görüldü. Bu durum, tedavi sırasında ışık, ses, sıcaklık gibi konforu etkileyen çevresel faktörlerin araştırmacı tarafından kontrol edilmesi, hastaların tedavi sonrasını evlerinde geçirmelerinin bir sonucu olarak ele alındı. Bu bulgu, müzik terapi ile deney grubu hastaların çevresel konfor boyutunda etkilenmediğini düşündürdü. Sağlık ve iyilik halinin sağlanması için çevresel ortam çok önemlidir (Kolcaba 2003). Aydınlık, sıcaklık, gürültü, kokular, yatak ya da sedyenin rahatlığı gibi dış etkenler ile bunların, insan üzerindeki etkileri, çevresel konforu oluşturmaktadır (Yücel 2011). Tanatwanit'in (2011), hastanede yatan kanserli yaşlı hastalarda yapmış olduğu araştırmada, hastane odalarındaki gürültünün, hasta sayısının fazla olmasının, uygun sıcaklığın olmaması ve ışığın rahatsız edici olmasının hastaların çevresel konforunu bozduğu saptanmıştır. Sönmez'in (2013), koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerini incelediği araştırmasında, hastaların konfor algısını odaların 2 kişilik ve yatakların kötü olmasının olumsuz etkilediği; buna karşın ameliyat sonrası erken taburcu olmanın ise konforlarının sağlanması için hastaların istediği bir durum olduğu saptanmıştır. Hastanede bulunmak rahatsızlık veren bir durumdur. Oysa ki hastalar için daha konforlu bir ortam yaratmak, onların anksiyetesini ve dikkatini dağıtmak için müzik terapi girişimini kullanmak, daha olumlu bir hastane deneyimine katkı sağlayabilir (Chaput-McGovern ve Silverman 2012). Literatürde müzik terapinin insanların baş etme yeteneğini arttırdığı, rahatsız bir ortamda rahatlamasını ve çevresinde bulunan stresörlerden uzaklaşmasını sağladığı bildirilmektedir (Lafçı 2009). Çiftçi (2011) yoğun bakımda serebro vasküler hastalık tanısıyla yatan hastalarda müziğin hastaların çevresel konforunda artışa neden olduğunu saptamıştır. Yapılan araştırmalarda, olumsuz çevresel etmenlerin, hastanın uykusuzluk ve yorgunluk gibi semptomları deneyimleme şiddetinde artışa neden olacağı, müzik terapinin ise bu semptomların şiddetini hafifleterek çevresel konfor algısını arttıracığı belirtilmektedir (Lafçı 2009; Tsai ve ark. 2014).

Araştırma kapsamına alınan hem deney hem de kontrol grubu hastalarda **sosyokültürel konfor** puan ortalamasında anlamlı bir değişimin olmadığı ( $p>0,05$ ; Tablo 4.11, Tablo 4,12), hastaların ilk ve üçüncü ölçümlerdeki puan ortalamaları farkı açısından üçüncü sırada sosyokültürel boyutun yer aldığı (0,194; Tablo 4-13), deney grubu hastalarda müzik terapi sonrası sosyokültürel konforun arttığı görüldü. Whyte'ın (2010) intraperitoneal kemoterapi uygulanan jinekolojik kanser vakalarında yaptığı araştırmada, hastaların aile ve arkadaşları tarafından ziyaret edilmesinin, sosyokültürel konforlarına olumlu etkisi olduğu gözlenmiştir. Kim ve Kwo'nun (2007) kanser hastalarında konfor ve yaşam kalitesini inceleyen araştırmalarında, hastaların en yüksek konfor durumunun sosyokültürel konfor olduğu saptanmış ve sevdikleriyle iletişim kurabilme durumu en yüksek puanı almıştır. Öte yandan müziğin yoğun bakım ünitesinde, serebro vasküler olay tanısıyla yatan hastaların sosyokültürel konforuna etkisini inceleyen araştırmada, hastaların müzik dinlediği dönemde ferahlama ve rahatlama düzeylerinde artış, bireyin sıra dışı performans potansiyelini ortaya çıkardığı üstünlük düzeyinde ise azalma saptanmıştır (Çiftçi 2011). Sosyokültürel konfor hastanın kişilerarası ilişki, aile ilişkisi ve sosyal ilişkileriyle ilgilidir. Kültürel geleneklerin önemsenmemesi, sosyal güvencenin olmaması, güvensizlik, bakımın kalitesinin kötü olması, aileden ayrı kalma sosyokültürel konforu olumsuz etkileyen faktörlerdendir (Terzi 2014). Müzik terapinin, literatürde, sosyal ilişkileri geliştirdiği, sosyalizasyonu arttırdığı, güven duygusu verdiği ve bireyi yalnızlık duygusundan kurtardığı ve rahatlamasını sağladığı belirtilmektedir (Suhartini 2008; Bruscia ve ark. 2009; Lafçı 2009). Çalışmanın bu bulgusu, kemoterapi uygulanan hastalarda, müzik terapinin, sosyokültürel konforun artırılmasında etkili olduğunu düşündürdü.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde, kemoterapi öncesi ve sonrası hem deney hemde kontrol grubunda rahatlama düzeyi en yüksek puanı alır iken, kemoterapiden bir hafta sonra yapılan ölçümde üstünlük düzeyi en yüksek puanı aldı (Tablo 4.11; Tablo 4.12). Grupların ilk ve üçüncü ölçümleri arasındaki puan ortalamaları farkı değerlendirildiğinde, bütün düzeylerde istatistiksel olarak anlamlı artış görülmesine rağmen; gruplar arası puan ortalamalarının farklarında en fazla artışın **ferahlama** düzeyinde olduğu belirlendi (Tablo 4.13). Hasta gereksinimlerinin karşılanmasına temellenen hemşirelik kuramlarından kaynağını alan ferahlama, belirli bir konfor ihtiyacına sahip bireylerin, acil ya da özel fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ya da çevresel gereksinimlerinin karşılanması ve sıkıntıdan kurtulması ile

hissettiği durum olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba ve DiMarco 2005; Zengin 2010; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kerrigan 2011). Ferahlama, hastanın normal konfor gereksinimleri karşılanması, eski fonksiyonlarına dönmesi ya da tedavisinin devamlılığının sağlanması ile yakından ilişkilidir (Kolcaba 1991; Zengin 2010). Kemoterapi uygulanan hastalarda görülen semptomlar, hastaları olumsuz yönde etkilemekte ve konforunu bozmaktadır. Whyte'in (2010) yaptığı çalışmada, hastaların en fazla fiziksel ve psikospiritüel konfor gereksinimleri karşılanarak ferahlık düzeyine ulaşmaları sağlanmıştır. Müzik terapinin, insanlar üzerinde fiziksel ve psikolojik olarak olumlu etkileri bulunmaktadır. Çiftçi (2011) yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda müziğin konfor durumuna etkisini incelediği çalışmada, müziğin ferahlama düzeyinde artışa neden olduğunu belirtmiştir. Çalışmada, gruplar arası karşılaştırmada, ferahlama düzeyindeki artışın rahatlama ve üstünlük düzeyinden istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha fazla olması, müzik terapinin, hastalarda ferahlamaya yol açtığını gösterirken, bu bulgular literatür ile benzerlik gösterdi.

Araştırmadan elde edilen yukarıdaki bulgular değerlendirildiğinde, müzik terapi uygulanan deney grubu hastaların, GKÖ, fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor boyutları ile ferahlama düzeyinde konforun kontrol grubu hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü. Bu durum müzik terapi ile hastaların fiziksel ve psikospiritüel konfor gereksinimlerinin karşılanmasının bir sonucu olarak değerlendirildi. Bu bulgular ile araştırmanın ikinci hipotezi kabul edildi ve aynı zamanda dördüncü sorusu yanıtlandı.

## 6. SONUÇLAR

Kemoterapi uygulanan hastalarda holistik hemşirelik uygulamalarından olan müzik terapinin hastaların kemoterapi semptomları ve konfor düzeyine etkisini araştırmak amacıyla yapılan bu araştırmada;

- Hastaların yaş ortalamalarının  $54,51 \pm 10,35$  yıl olduğu, %52,9'unun kadın, %80,0'inin evli, %60,0'inin ilkokul mezunu, %42,9'unun emekli olduğu,
- %32,9'unun tanısının meme kanseri, %41,4'ünün başka bir kronik hastalığının olduğu ve %41,4'ünün da ailesinde kanser hastalığı olan bireyler bulunduğu,
- Deney ve kontrol grubu hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile müzik terapi öncesi kemoterapi semptomları ve konfor durumuna ilişkin bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ( $p > 0,05$ ),
- Hastaların, kemoterapi seans ortalamalarının  $7,42 \pm 4,77$  (4-25 seans) olduğu, deney ve kontrol grubu hastalar arasında kemoterapi seans ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $p < 0,05$ ), deney grubundaki hastaların kemoterapi seans ortalamasının daha yüksek olduğu,
- Deney grubu hastaların müzik dinleme gün sayısı ortalama  $4,26 \pm 1,31$  gün ve günlük müzik dinleme süresinin  $37,00 \pm 15,68$  dakika olduğu,
- Kemoterapi semptomlarının deney grubunda ortalama  $2,14 \pm 0,944$ , kontrol grubunda ortalama  $2,20 \pm 1,051$  günde başladığı ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı ( $p > 0,05$ ),
- Deney grubu hastalarda, kemoterapi öncesi, sonrası ve kemoterapiden bir hafta sonrasına ilişkin yorgunluk, bulantı, uykusuzluk ve kendini kötü hissetme semptomlarının puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu ( $p < 0,05$ ), ağrı, üzüntü, endişe, iştahsızlık ve nefes darlığı semptomlarının puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ( $p > 0,05$ ),
- Kontrol grubu hastalarda, kemoterapi öncesi, sonrası ve kemoterapiden bir hafta sonrasına ilişkin üzüntü semptomu dışındaki, ağrı, yorgunluk, bulantı, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme ve nefes darlığı semptomlarının

hepsinin puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu ( $p<0,05$ ), bu semptomları giderek daha şiddetli deneyimledikleri,

- Kemoterapi sonrası deney ve kontrol grubu hastalar arasında ağrı, bulantı, üzüntü, endişe ve nefes darlığı semptom puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunduğu ( $p<0,05$ ), müzik terapi uygulanan deney grubu hastaların, bu semptomları kontrol grubu hastalara göre daha az deneyimlediği, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık ve kendini kötü hissetme durumu semptom puan ortalamaları açısından ise anlamlı farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),
- Kemoterapiden bir hafta sonraki deney ve kontrol grubu hastalar arasında kemoterapi semptomları puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunduğu ( $p<0,05$ ), müzik terapi uygulanan deney grubu hastaların, bu semptomları kontrol grubu hastalara göre daha az deneyimlediği,
- Hastaların kemoterapiden bir hafta sonrası ile kemoterapi öncesi kemoterapi semptomları karşılaştırıldığında, müzik terapi uygulanan deney grubu ile kontrol grubu hastalar arasında, üzüntü ve nefes darlığı dışında tüm semptomlarda anlamlı farklılık olduğu ( $p<0,05$ ), deney grubu hastaların kemoterapi semptomlarını daha düşük şiddette deneyimlediği,
- Deney grubu hastalarda, kemoterapi öncesi, sonrası ve kemoterapiden bir hafta sonrasına ilişkin GKÖ, psikospiritüel, çevresel konfor boyutları ile konfor düzeylerinin puan ortalamaları arasındaki artışın anlamlı farklılık oluşturduğu ( $p<0,05$ ), fiziksel ve sosyokültürel konfor boyutunda ise anlamlı farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),
- Kontrol grubu hastalarda kemoterapi öncesi, sonrası ve kemoterapiden bir hafta sonrasında konfor düzeyine ilişkin GKÖ, fiziksel, çevresel konfor boyutları ile ferahlama, üstünlük düzeyleri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu ( $p<0,05$ ), psikospiritüel, sosyokültürel konfor boyutu ile rahatlama düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ( $p>0,05$ ),
- Hastaların kemoterapiden bir hafta sonrası ile kemoterapi öncesi konfor düzeyi karşılaştırıldığında, müzik terapi uygulanan deney grubu ile kontrol grubu hastalar arasında, çevresel konfor boyutu dışındaki konfor boyutları ve



düzeylerinde anlamlı farklılık olduğu ( $p<0,05$ ), deney grubu hastaların konforunun arttığı belirlendi.

## 7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Müzik terapiye holistik bir hemşirelik girişimi olarak uygulamalarda yer verilmesi,
- Kemoterapi ünitelerinde müzik terapiden yararlanılması,
- Çalışmanın aynı tanı ve tedavinin uygulandığı hastalarda, daha uzun süreli uygulamalarla tekrarlanması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

Acaroğlu, R. (2003). Bakımda etik. 2. *Uluslararası ve 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı*. Antalya.

Acaroğlu, R. ve Şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, **20**, 10-16.

Acaroğlu, R., Şendir, M. ve Kaya, H. (2012). Hemşirelik Süreci. İçinde K. Babadağ, T. Aştı Atabek (Ed.), *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 8-20.

Akın, E. (2007). *Mekanik ventilatör desteğinde olan hastalarda müzik terapinin anksiyetenin fizyolojik belirtilerine etkisi*. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Aktaş, A. (2010). *İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisi*. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Akyolcu, N. (2002). Kanserli hastalarda dispne ve hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **6(1)**, 1-8.

Almerud, S. ve Petersson, K. (2003). Music therapy—a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, **19**, 21–30.

Altan, N. (2011). *Huzurevinde kalan yaşlılarda pasif müzikoterapinin uyku kalitesine etkisi*. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Apóstolo, J. L.A. ve Kolcaba K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, **23(6)**, 403–411.

Araç, B. (2012). *Müzik terapinin cerrahi yoğun bakım hastalarının yaşam bulgularına etkisi*. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.

Arslan, M. (2014). *Meme kanserli kadın hastalarda kemoterapiye bağlı gelişen bulantı, kusma ve öğürme üzerine zencefil kullanımının etkisi*. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.

Arslan, S. (2007). *Dokunma, müzik terapi ve aromaterapinin yoğun bakım hastalarının fizyolojik durumlarına etkisi*. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.

Arslan, S., Çelebioğlu, A. ve Tezel, A. (2009). Depression and hopelessness in turkish patients with cancer undergoing chemotherapy. *Japan Journal of Nursing Science* **6**, 105–110.

Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, S. ve ark. (2006). Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **10(1)**, 15-28.

Ateş, S. A. (2011). *Kemoterapiye bağlı alopesi algısı ve yaşam kalitesi*. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Avcı, H. S.(2012). *Kemoterapi alan akut myeloblastik lösemili hastalarda akupresürün bulantı-kusma üzerine etkisinin değerlendirilmesi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

Ay, F. A. (2013). Kuram nedir? Mesleki Kuramlar ve Teorisyenler. İçinde F. A. Ay (Ed.), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi. 30-44.

Aydın, G. (2005). Akciğer kanserinde sık görülen semptomlar ve tedavi yaklaşımları. *Solunum*, **7 (2)**, 85-94.

Aydın, S. (2014). *Gebelerde gevşeme egzersizlerinin gebelerin uyku kalitesine etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Bal, V. (2001). *Şok dalgaları ile tas kırma işleminde ağrı ve anksiyete düzeyi üzerine müziğin etkisi*. T.C Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Barrera, M. E., Rykov, M. H. ve Doyle, S. L. (2002). The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer: a pilot study. *Psycho-Oncology*, **11**, 379–388.

Bekiroğlu T (2011). *Klasik Türk Müziğinin hipertansiyon hastalarının kan basınçlarına ve anksiyete düzeylerine etkisi*. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

Berendt, M. ve Dagostino, S. (2005). Gastrointestinal and Urinary Function. Alterations in Nutrition. İçinde J.K. Itano, K.N. Taoka (Ed.), *Core Curriculum for Oncology Nursing*. USA. Elsevier; 277-317.

Besel, J. M. (2006). *The effects of music therapy on comfort in the mechanically ventilated patient in the intensive care unit*. Montana State University. Thesis For The Degree of Master of Nursing. Bozeman, Montana.

Biröl, L. (2009). Hemşirelik Süreci. İzmir. Etki Yayınları.

Bozcuk, H., Artaç, M., Kara, A., Özdoğan, M., Sualp, Y., Topçu, Z. ve Ark. (2006). Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study. *Med Sci Monit*, **12(5)**, 200-205.

Brant, J. R. (2005). Comfort. İçinde J. K. Itano, K. N. Taoka (Ed.), *Core Curriculum For Oncology Nursing*. USA. Elsevier; 3-28.

Brown, L. F. ve Kroenke, K. (2009). Cancer-related fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review. *Psychosomatics*, **50**, 440–447.

Bruscia, K., Dileo, C., Shultis, C., Dennery, K. (2009). Expectations of hospitalized cancer and cardiac patients regarding the medical and psychotherapeutic benefits of music therapy. *The Arts in Psychotherapy*, **36**, 239–244.

Bulfone, T., Quattrin, R., Zanotti, R., Regattin, L. ve Brusaferrö, S. (2009). Effectiveness of music therapy for anxiety reduction in women with breast cancer in chemotherapy treatment. *Holistic Nursing Pract*, **23(4)**, 238–242.

Burns, S. J., Harbuz, M. S., Hucklebridg, F. ve Bunt, L. (2001). A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, **7(1)**, 48-56.

Buzlu, S., Daştan, N. B. ve Aydoğdu, A. (2015). Anksiyete. İçinde G. Can (Ed.), *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus 2014*. İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri; 281-298.

Büyükyılmaz, F. E. (2009). *Total kalça veya diz protezi ameliyatı olan hastalara uygulanan gevşeme egzersizleri, sırt masajının ağrı ve anksiyete üzerine etkisi*. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Can, G. (2006). Kanser hastalarında yorgunluk. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **3(2)**, 10-17.

Can, Ş. (2013). *Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım alguları ile ilişkisi*. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Capozzoli, M. (2003). The therapeutic use of music in pediatric occupational therapy. Touro College School of Health Sciences Department of Occupational Therapy.

Carpenito- Moyet, L. J. (2012). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. F. Erdemir (Ed.), İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri.

Castillo-Perez, S., Gomez-Perez, V., Velasco, M. C., Perez-Campos, E. ve Mayoral, M. A. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, **37**, 387–390.

Cevheroğlu, S. (2014). *Total parenteral beslenen hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Chan, M. F., Chan, E. A. ve Mok, E. (2010). Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: a randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*. **18**, 150-159.

Chang, E.T, Lai, H. L., Chen, P. W., Hsieh, Y.M. ve Lee, L. H. (2012). The effects of music on the sleep quality of adults with chronic insomnia using evidence from polysomnographic and self-reported analysis: a randomized control trial. *International Journal Of Nursing Studies*, **49 (8)**, 921-930.

Chaput-McGovern, J. ve Silverman, M. J. (2012). Effects of music therapy with patients on a post-surgical oncology unit: a pilot study determining maintenance of immediate gains. *The Arts In Psychotherapy*, **39**, 417– 422.

Chaumard, N., Limat, S., Villanueva, C., Nerich, V., Fagnoni, P., Bazan, F. ve ark. (2012) Incidence and risk factors of anemia in patients with early breast cancer treated by adjuvant chemotherapy. *The Breast*, **21**, 464-467.

Chen, L.C., Wang,T.F., Shih, Y. N. ve Wu, L. J. (2013). *Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients*. *European Journal of Oncology Nursing*, **17(4)**, 436-441

Cherny, N. I., (2008). Evaluation and management of treatment-related diarrhea in patients with advanced cancer: a review. *Journal of Pain and Symptom Management*. **36 (4)**, 413–423.

Cherwin, C. H. (2012). Gastrointestinal symptom representation in cancer symptom clusters: a synthesis of the literature. *Oncology Nursing Forum*, **39(2)**, 157-165.

Chuang, CY., Han, W. R., Li, P.C. Ve Young, S.T.(2010). *Effects of music therapy on subjective sensations and heart rate variability in treated cancer survivors: a pilot study*. *Complement Ther. Med.* **18(5)**, 224-226.

Conrad, C. (2010). The art of medicine music for healing: from magic to medicine. [www.the.lancet.com](http://www.the.lancet.com). 376,1980-1981.

Cooper, L. ve Foster, I. (2008). The use of music to aid patients' relaxation in a radiotherapy waiting room. *Radiography*, **14**, 184-188.

Cörüt, R. (2014). *Kemoterapötik ilaçlara bağlı gelişen pulmoner komplikasyonlar*. Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Tpta Uzmanlık Tezi. Ankara.

Çam, S. (2003). *Kanser hastalarına dinletilen müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve durumluluk-sürekli kaygı düzeylerine etkisinin incelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Çapar, S. Ç. (2010). *Kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Edirne.

Çavdar, İ. (2006). Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*. **2 (2)**, 64-66.

Çiftçi, H. (2011). *Müziğin yoğun bakım ünitesinde serebro vasküler olay tanısıyla yatan hastalarda konfor, anksiyete ve ağrıya etkisinin incelenmesi*. T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Adana.

Dedeli, Ö. ve Fadiloğlu, Ç. ve Uslu, R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, **23(3)**, 132-139.

Dedeli, Ö. ve Karadeniz, G. (2009). Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*, **21(2)**, 45-53.

Demiralp, M. ve Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **8**, 132-139.

Demirkaya, M., Sevinir, B., Demiral, M. ve Özdemir, R. (2011). Kanserli çocuklarda kemoterapi ile ilişkili gecikmiş bulantı ve kusma. *Güncel Pediatri*, **9**, 1-6.

Dobrzynska, E., Cesarz, H., Rymaszewska, J. ve Kiejna, A. (2006). Music therapy-history, definitions and application. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. **8(1)**, 47-52.

Doğan, S. (2014). *İnmeli hastalarda depresif belirtilerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine etkisi*. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Doğan, S.(2012). *Gevşeme egzersizinin adjuvan kemoterapi alan meme ve kolorektal kanser tanılı hastaların yorgunluk, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyine*



*etkisi*. Erciyes üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri.

Doğu, Ö. (2014). *Oral antikoagülan tedavi uygulanan bireylerde güvenli ilaç kullanımının incelenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Dolu, Ş. (2010). *Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Progressif Gevşeme Egzersizleri Ve Yönlendirilmiş İmgelem Uygulamasının Kemoterapi Semptomları Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.

Erdemir, F., Çırlak, A. (2013). Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *DEUHYO ED*, **6(4)**, 224-230.

Erdoğan, G. Y. (2011). *Kemoterapi alan kanser hastalarında semptomların değerlendirilmesi ve semptom yönetiminde eğitimin rolü*. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Erkurt, M., Kuku, İ., Kaya, E. ve Aydoğdu, İ. (2009). Kanser kemoterapisi ve böbrek. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **16**, 63-68

Ferrer, A. J. (2005) The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. *Journal of Music Therapy*. **44**, 242–55.

Freter, C. E. ve Perry, M. C. (2008). Principles of Chemotherapy. İçinde: *The Chemotherapy Source Book*. (Ed), M.C. Perry, Philedelpia; Lipincot Wilkings& Wilkings; 30-37

Genç, A. (2011). *Kemoterapi alan hastalarda bulantı-kusmanın önlenmesinde akupressure'in etkinliği*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Genç, R. (2005). *Kemoterapi alan çocuklarda etkili hemşirelik girişimlerinin yorgunluk semptomuna etkisi*. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Doktora Tezi, İzmir.

Gençel, Ö. (2006). Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. **(19)2**, 697-706

Giray, H. S. (2008). *Çağlar boyu müzikle tedavi ve uygulandığı hastalıklar*. T.C. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müzikoloji Bölümü, Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli.

Gonzales, S.G.M. (2013). Effect of music in inducing sleep among children in need of special care in a child shelter institution: basis for independent nursing intervention. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, (3)7, 123-131.

Gönderen, H. S. ve Kapucu, S. (2009). Nötropenik hastada nötropeni değerlendirme kriterleri ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 69-75.

Grimm, P. M. (2005). Coping: Psychosocial Issues. J.K. Itano, K. N. Taoka (Ed.), *Core Curriculum for Oncology Nursing*. USA. Elsevier; 29-52.

Gutgsell, K. J., Schluchter, M., Margevicius, S., Degolia, P.A., Mclaughlin, B., Harris M. ve ark. (2013). Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. 45(5), 822-831.

Gürel, D. K. (2007). *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi erişkin onkoloji, hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi*. T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Hintistan, S., Çilingir, D., Nural, N. ve Gürsoy, A. A. (2012). Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(3). 153-164.

Holland, K. (2008). An Introduction to the Roper- Logan- Thirney Model for Nursing, Based On Activities of Living. İçinde K. Holland, J. Jenkins, J. Solomon, S Whittam (Ed.), *Applying The Roper- Logan- Thirney In Practice*. China: Churchill Livingstone; 2-11.

Horuz, D. (2014). *Göğüs hastalıkları servisinde yatan KOAH hastalarında müzik terapisinin anksiyete ve bazı klinik bulgulara etkisi*. T.C. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.

Huang, S. T., Good, M., Zauszniewski J. A. (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. (47). 1354–1362.

İmseytoğlu, D. ve Yıldız S. (2012). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde müzik terapi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, (20)2, 160-165.

İngersoll, S. S. S. ve Schaper, A. (2013). Music: A Caring, Healing Modality. B.M. Dossey, L. Keegan (Ed.), *Holistic Nursing A Handbook For Practice*. Burlington. Jones & Bartlett Learning; 397-415.

İşkey, M. (2008). *Anjiografi işlemi öncesi ve işlem sırasında müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeyi ve yaşam bulgularına etkisi*. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Sivas.

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M. ve Swanson, E. (2012). *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions Supporting Critical Reasoning and Quality Care*. USA. Elsevier Mosby.

Jourt-Pineaua, C., Guétinb, S., Védrianea, L. Le Mouleca, S, Poiriera, J.M. ve Ceccaldia, B. (2013). Effets de la musicothérapie sur la douleur et l’anxiété des patients atteints de cancer hospitalisés et/ou suivis en service d’oncologie. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement*. 14(4), 200–207.

Kabul, S (2012) *Acil servislerde yapılan girişimsel işlemler sırasında dinletilen müziğin stres hormonları, ağrı ve anksiyete üzerine etkisi*. T.C. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep.

Kahve, E. (2008). *Kemoterapi uygulanan hastalarda masaj uygulamasının yorgunluk ve anksiyete düzeyine etkisi*. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

[kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html](http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html). Erişim 12.02.2015.

Karaaslan, Ş. (2014). *Müziğin ameliyat sonrası ağrı üzerine etkisi*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Malatya.

Karabacak, Ü (2004). *Meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitiminin radyoterapi ile etkileşimi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul

Karabacak, Ü. ve Acaroğlu R. (2011) Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **4(1)**, 197-202.

Karadağ, E. (2011). *Hemodiyaliz tedavisi uygulanan kronik böbrek yetmezlikli hastalarda müziğin uyku kalitesi ve yaşam bulgularına etkisi*. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İzmir.

Karagözoğlu, Ş. A. (2002). *Kemoterapi tedavisi alan hastalarda oral cryotherapy uygulamasının kemoterapiye bağlı stomatitis gelişimine etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.

Karakaplan, S. ve Yıldız, H. (2010). Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **3(1)**, 55-65.

Karakaş, Z. (2014). *Kanserli hastaların kemoterapiye bağlı bulantı kusmalarının fonksiyonel durumlarına olan etkisi*. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onkoloji Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Karakoç, T. (2008). Kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **3(8)**, 99-118.

Karamızrak, N. (2014). Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Heart Journal*, **17(1)**, 54-57.

Kaya, H. (2012). Uygulama ve Değerlendirme. İçinde T. Aştı, Atabek, A. Karadağ (Ed.) *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 201-208.9, 16 (1): 33-44

Kepiçoğlu, N. (2012). *Kemoterapi uygulanan hematolojik maligniteli hastalarda oral mukozit riskinin ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kerrigan, A. C. (2011). *A comparison study on the effect of coaching as a nursing intervention on comfort levels and blood sugar levels in two groups of*

*individuals with diabetes*. A Dissertation Submitted To The Graduate School In Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Doctorate of Education In Adult and Community Education. Ball State University Muncie, Indiana.

Kim, K. S. ve Kwo, S. H. (2007). Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian Nursing Research* . **1(2)**. 125-135.

Kleinman, L., Benjamin, K., Viswanathan, H., Mattera, M. S., Bosserman, L., Blayney, D. W. Ve ark. (2012). The anemia impact measure (aim): development and content validation of a patient-reported outcome measure of anemia symptoms and symptom impacts in cancer patients receiving chemotherapy. *Qual Life Res*, **21**, 1255–1266.

Kocabaş, P. (2009). *Jinekolojik muayeneye bağlı anksiyetenin azaltılmasında özel muayene giysisi ile müziğin etkisinin karşılaştırılması*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Koçalış, S. (2006). *Cerrahi girişim sonrası radyoterapi alan erken evre meme kanserli kadınlarda konfor düzeyi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, **23(4)**, 237-240.

Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome, *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1-10.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal Of Advanced Nursing*, **19(6)**, 1178–1184.

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, **49(1)**, 86-92.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice.:a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company. Canada.

Kolcaba, K. ve Dimarco, M. (2005). Comfort theory and its application to pediatrik nursing. *Pediatrik Nursing*. **31(3)**. 187-194.

Kolcaba, K. ve Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. **(16)**, 1301-1310.

Kostak, M. A. ve Zafer, R. (2012). Kanserli çocuklarda beslenme sorunları ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **7**, 19-34.

Kotronoulas, G., Wengström, Y. ve Kearney, N. (2012). A critical review of women's sleep/wake patterns in the context of neo-/adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. *The Breast*, **(21)**, 128-141.

Kuğuoğlu, S. ve Karabacak, Ü. (2008). Genel konfor ölçeğinin türkçeye uyarlanması. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, **16(61)**, 16-23.

Kulaksızoğlu, I. B. (1998). Kemoterapi sürecinde karşılaşılan ruhsal sorunlar. *Türk Onkoloji Dergisi*, **13(4)**, 136-138.

Kuo, H. H., Chiun, M. J., Liao, W. C. ve Hwang, S. L. (2006). Quality of sleep and related factors during chemotherapy in patients with stage 1/II breast cancer. *J. Formos Med. Assoc.* **105(1)**, 64-69.

Kutlutürkan, S. (2015). Bulantı ve Kusma. İçinde G. Can (Ed.), *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus 2014*. İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri; 145-158.

Küçük, L., Yıldırım, N. K. ve Özkan, M. (2015). Depresyon. İçinde G. Can (Ed.), *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus 2014*. İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri; 299-310.

Küçükbakar, A. (2011). *Kanser tanısını yeni alan ve hastalığı tekrarlayan bireylerin hastalığı algılamalarının belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Lafçı, D. (2009). *Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi*. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Adana.

Lee, S.H., Song, E. ve Kim, S.K. (2015). Effects of oriental medicine music therapy in an ovarian cancer patient with so-eum-type constitution: a case report. *Integr Med Res.*, **(4)**, 48-52.

Li, C. H., Lai, C. L. ve Chen, C. H. (2013). Preliminary report of the sleep effect of music therapy in alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, **9(4)**, 297-298.

Li, X.M., Zhou, K.N., Yan, H., Wang, D. L. ve Zhang Y. P. (2011). Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: a randomized clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*. **68(5)**, 1145-1155.

Liu, L., Fiorentino, L., Natarajan, L., Parker, B. A., Mills, P. J., Sadler, G. R. ve ark. (2009). Pre-treatment symptom cluster in breast cancer patients associated with worse sleep, fatigue and depression during chemotherapy. *Psycho-Oncology*, **(18)**, 187–194.

Matthews, L. V. (2005). Alterations in Ventilation. İçinde. J.K. Itano, K. N. Taoka (Ed.), *Core Curriculum for Oncology Nursing*. USA: Elsevier.

Mc Clean, S., Bunt, L. ve Daykin, N., (2012). the healing and spiritual properties of music therapy at a cancer care center. *The Journal of Alternative And Complementary Medicine*. **18(4)**, 402–407.

Mcculloch, R., Hemsley, J. ve Kelly, P. (2013). symptom management during chemotherapy. *Paediatrics and Child Health*, **24(4)**, 166-171.

Moreno, D. M. ve Dona, L, A. (2013). *Effect of a combined dance/movement and music therapy on young adults diagnosed with severe autism*. The Arts in Psychotherapy. **40(5)**, 465–472.

NANDA İnternational (2012).Nursing diagnoses definitions and classification 2012-2014. *books.google.com* › ... › *Nursing* › *General*. Erişim 13.05.2015

*nandabooks.blogspot.com/.../nursing-manage*. Erişim 13.05.2015

*nandanursingdiagnosis.org/nursing-diagnosis*. Erişim 13.05.2015

Olofsson, A. ve Fossum, B. (2009). Perspectives on music therapy in adult cancer care: a hermeneutic study. *Oncology Nursing Forum*, **36(4)**, 223-231.

Orak, N. Ş. (2013). Konfor Kuramı. İçinde A. F. Ocakçı, Ş. E. Alpar (Ed.). *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri*. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi; 39-55.

Özçelik, H. (2011). *Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimi modelinin hasta sonuçlarına etkisinin incelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İç Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi. İzmir.

Özdemir, L. (2007) *Hafif Alzheimer hastalarına uygulanan çoklu duyuşal uyarıcı yönteminin kognitif durum, depresyon ve anksiyete üzerine etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Pekmezci, H. (2013). *Kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi*. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon.

Pertl, M. M., Hevey, D., Boyle, N. T., Hughes, M. M., Collier, S., O'Dwyer, A.M. ve ark. (2013). C-reactive protein predicts fatigue independently of depression in breast cancer patients prior to chemotherapy. *Brain, Behavior, and Immunity*, (34), 108–119.

Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N. ve Çakmak F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*. 36(3), 184-190.

Pittman, S. ve Kridli, S. (2011). Music intervention and preoperative anxiety: an integrative review. *International Nursing Review*, 58(2), 157–163.

Polikandrioti, M., Evaggelou, E., Zerv,a S., Zerdila, M., Koukoularis, D. ve Kyritsi, E. (2008). Evaluation of depression in patients undergoing chemotherapy. *HSJ – Health Science Journal*, 2(3), 162-172.

Reis, N. (2006). Jinekolojik kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonunda hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 88-97.

Rhondali, W., Nguyen, L., Palmer, L., Kang, D. H., Hui, D. ve Bruera, E. (2013). Self-reported constipation in patients with advanced cancer: a preliminary report. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 45(1), 23-32.

Romitoa, F., Lagattollaa, F., Costanza, C., Giottab, F. ve Mattiolicca, V. (2013). Music therapy and emotional expression during chemotherapy. how do breast cancer patients feel?. *European Journal of Integrative Medicine*. 5(5). 438–442.

Roper, N., Logan, W. ve Tierney, A. J. (1996). *The Roper-Logan-Tierney Model Of Nursing: Based On Activities Of Living*. USA: Churchill Livingstone.

Roscoe, J. A., Perlis, M. L., Pigeon, W. R., O'Neill, K. H., Heckler, C E., Matteson-Rusby, S. E. ve ark. (2011). few changes observed in polysomnographic-



assessed sleep before and after completion of chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*. **71**. 423–428.

Sadırlı, S. (2008). *Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi*. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi. Edirne.

Sadırlı, S. ve Ünsar, S. (2009). Kanserli hastalarda edmonton semptom tanılama ölçeği (estö): türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **4(11)**, 79-95.

Sharma, R., Tobin, P. ve Clarke, S. J. (2005). Management of chemotherapy-induced nausea, vomiting, oral mucositis, and diarrhoea. *Lancet Oncol* **6**, 93–102.

Shaw, C. ve Taylor L. (2012). Treatment-related diarrhea in patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **16(4)**. 413-417.

Shum, A., Taylor, B.J., Thayala, J.ve Chan, M.F. (2014). The effects of sedative music on sleep quality of older community-dwelling adults in Singapore. *Complementary Therapies in Medicine*, **22(1)**, 49-56.

Silva, G. J., Fonseca Mdos, S., Rodrigues, AB., de Oliveira, P.P., Brasil, D.R. ve Moreira, M. M. (2014). Use of musical experiences as therapy for symptoms of nausea and vomiting in chemotherapy. *Revista Brasileira De Enfermagem*. **67(4)**, 630-636.

Sönmez, A. (2013). *Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi*. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Sözeri, E., Özaslan, B., Durn, Z. Ve Kizir, A. (2015). İştahsızlık. İçinde G. Can (Ed.), *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus 2014*. İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri; 171-176.

Stanczyk, M.M. (2011). Music therapy in supportive cancer care. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, **1(6)**, 170–172.

Suhartini, S. (2008). Effectiveness of music therapy toward reducing patient's anxiety in intensive care unit. *Media Ners*, **2(1)**, 1-44.

Sung, H.C., Chang, A. M. ve Lee, W. L. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, **19**, 1056–1064.

Şahin, Z. (2009). *Kronik böbrek yetmezliğinde yorgunluğun değerlendirilmesi*. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Edirne.

Şıra, F. S. (2007). *Kemoterapi alan onkoloji hastalarında semptomların değerlendirilmesi*. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Tanatwanit, Y. (2011). *Comfort as experienced by thai older patients with advanced cancer*. The Catholic University Of America A Dissertation Submitted To The Faculty Of The School Of Nursing, Doctor Of Philosophy In Nursing. Washington.

Taş, F. ve Başbakkal, Z. (2009). Kemoterapi alan çocukların yaşadıkları semptomlar ve ebeveynlerinin semptom kontrolüne yönelik uygulamaları. *Ege Pediatri Bülteni*, **16(1)**, 33-44.

Terzi, B. (2014). Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hastanın konfor düzeyi ve fizyolojik parametrelerine etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Topçu, S. Y. (2008). *Üst abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda hemşireler tarafından öğretilen gevşeme tekniklerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Tsai, H. F., Chen, Y. R., Chung, M H., Liao, Y. M., Chi, M. J., Chang, C. C. ve ark. (2014). Effectiveness of music intervention in ameliorating cancer patients' anxiety, depression, pain, and fatigue: a meta-analysis. *Cancer Nursing*. **37(6)**, 35–50.

Uçan, Ö. ve Ovayolu, N. (2007). Kanser ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2(4)**, 123-133.

Uçaner, B. ve Öztürk, B. (2009). *Türkiye’de ve Dünya da müzikle tedavi uygulamaları I*. Uluslararası Eğitim Araştırma Kongresi. Çanakkale.

Uyar, M. ve Korhan E. A. (2011).Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı*, **23(4)**, 139-146.

Ünsal, A., Demir, G., Çoban Özkan, A. ve Gürol Arslan, G. (2011). Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*,**12(3)**, 5-10.

Ünülü, M. (2014). Perikardiyum 6 noktasına bilek bandı ile akupresürün ameliyat sonrası bulantı kusma ve konfor düzeyine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Üstündağ, H. (2009). *Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi*. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram Kuramlar. İstanbul. Alaş Ofset.

Vizeli, M. (2010). *Koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda müzik terapisinin anksiyete düzeyine etkisi*. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Wang, C. F, Sun, Y. L. ve Zang, H. X. (2014). Music therapy improves sleep quality in acute and chronic sleep disorders: a meta-analysis of 10 randomized studies. *International Journal Of Nursing Studies*, **51(1)**, 51–62.

Whyte, D. (2010). *Comfort levels of gynecology cancer patients receiving intraperitoneal chemotherapy: a pilot study*. Universty of Calgary, Degree Of Masters of Nursing, Calgary Alberta.

Wilson, L. ve Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, **19(3)**, 164-173.

Yaşar, E. (2010). *Genel anestezi altındaki hastalarda müziğin intraoperatif ve postoperatif etkileri*, T.C. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Aydın.

Yener, N.T. (2006). *Kemoterapi uygulayan hemşirelerin bilgi düzeylerinin kemoterapi alan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerine etkisi*.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği BD, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.

Yeşilbalkan, Ö.U., Akyol, A.D., Çetinkaya, Y., Altın, T. ve Ünlü D. (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **21 (1)**, 13-31.

Yeter, G. (2012). Çocuk kanser hastalarında semptomlara yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Mersin.

Yıldırım, S. (2009). *Kemoterapi alan hastalarda kemoterapiye bağlı yan etkilerin beslenme eğitimi öncesi ve sonrası değerlendirilmesi*. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak.

Yıldırım, S. Ç. (2003). *Kanser hastalarına dinletilen müziğin kemoterapi yan etkilerine ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerine etkisinin incelenmesi*. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Yıldırım, S. ve Gürkan, A. (2007). Müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve kaygı düzeyine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **8**, 37-45.

Yılmaz, B., Erdem, D. ve Kemal, Y. (2011). Kanser hastalarında beslenme. *İç Hastalıkları Dergisi*. **18**, 133-143.

Yu, H., Liu, Y., Li ,S. ve Ma, X. (2009). Effects of music on anxiety and pain in children with cerebral palsy receiving acupuncture: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, **46(11)**, 1423-1430.

Yücel, Ş. (2011). Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. **27 (2)**, 79-88.

Zengin, N. (2010). Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **14(2)**, 61-66.

## FORMLAR

### HASTA BİLGİ FORMU (Ek-1)

Bu soru formu ‘Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi’ isimli çalışma için oluşturulmuştur. Vereceğiniz yanıtlar gizli kalacak ve herhangi bir yerde açıklanmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Ad- Soyad:

Tarih:

Adres:

Telefon:

Yaş:

Boy:

Kilo:

Cinsiyeti: A) Kadın

B) Erkek

Medeni Durumu: A) Evli

B) Bekar

C) Dul

D) Boşanmış

Çocuk Sayısı: A) Yok

B) 1-2

C) 3-4

D) 5 ve Üstü

Eğitim Durumu A) Okur Yazar  
D) LiseB) İlkokul  
E) Yükseköğretim

C) Ortaokul

Mesleği A) Ev Hanımı

B) Memur

C) İşçi

D) Emekli

E) Diğer.....

Sosyal Güvencesi A) SSK

B) Emekli Sandığı

C) Bağ- Kur

D) Diğer.....

Başka Bir Hastalığı Varsa Adı:

Kullandığı Diğer İlaçları:

Tanısı:

Ailede Kanser Varlığı:

Kullanılan KT Türü:

Kaçınıcı kür ve seans olduğu:

Hastanede müzik dinleme süresi	
Kemoterapi semptomlarının başlama zamanı	
Müzik dinleme toplam gün sayısı	
Müzik dinleme toplam süresi (dakika)	

**HASTA İZLEM FORMU (EK-2A)**

<b>KEMOTERAPİ SEMPTOMLARININ BAŞLAMA ZAMANI</b>	
Başlama Tarihi	

**(Kontrol grubu hastalar tarafından doldurulacaktır.)**

Araştırmacı  
Şebnem BİLGİÇ 5055275922

### HASTA İZLEM FORMU (EK-2B)

<b>KEMOTERAPİ SEMPTOMLARININ BAŞLAMA ZAMANI</b>		
Başlama Tarihi		
<b>EVDE MÜZİK TERAPİ UYGULAMASI</b>		
1. Gün	Müziğin başlangıç saati-bitiş saati	
2. Gün	Müziğin başlangıç saati-bitiş saati	
3. Gün	Müziğin başlangıç saati-bitiş saati	
4. Gün	Müziğin başlangıç saati-bitiş saati	
5. Gün	Müziğin başlangıç saati-bitiş saati	
6. Gün	Müziğin başlangıç saati-bitiş saati	
7. Gün	Müziğin başlangıç saati-bitiş saati	

**(Deney grubu hastalar tarafından doldurulacaktır.)**

Araştırmacı  
Şebnem BİLGİÇ 05055275922

### EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ (EK-3)

Doldurulma Tarihi: \_\_\_\_\_ Saat: \_\_\_\_\_

Durumunuzu en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

Ağrım yok

Ağrım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

Yorgun değilim

Aşırı yorgunum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

Bulantım yok

Bulantım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

Üzüntülü değilim

Üzüntüm çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

Endişeli değilim

Endişem çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

Uykusuz değilim

Uykusuzluğum çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

İştahsız değilim

İştahsızlığım çok fazla



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kendimi çok  
İyi hissediyorum

Kendimi çok kötü  
hissediyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nefes darlığım yok

Nefes darlığım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cildimde ve tırnaklarımda  
değişiklik yok

Cildimde ve tırnaklarımda  
çok fazla değişiklik var

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağızımda hiç yara yok

Ağızımda çok fazla yara var

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ellerimde uyuşma yok

Ellerimde uyuşma çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Diğer problemler

### GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ (EK-4)

Aşağıda şu anda konfor durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için dört seçenek sunuldu. Sizden istenen; **şu andaki** konfor durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak işaretlemenizdir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

	Kesinlikle Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3. Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğum güvенеbileceğim kişiler var	4	3	2	1
5.Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6.Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7.Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8.Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9.Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10.Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11.Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12.Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13.Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15.Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17.İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18.Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19.Şu anda kabızım	4	3	2	1
20.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21.Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1

22.Bundan sonra olacaklardan korkuyorum	4	3	2	1
23.Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var	4	3	2	1
24.Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığımı hissediyorum	4	3	2	1
25.Açım	4	3	2	1
26.Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27.Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28.Çok yorgunum	4	3	2	1
29.Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30.Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31.Memnunum	4	3	2	1
32.Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33.Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34.Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35.Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36.Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38.İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39.Sağlığı hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40.Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41.Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42.Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43.Tek başıyım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45.Kederliyim	4	3	2	1
46.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47.Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48.Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

## AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Ek-7)

Kemoterapi ile ilgili bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi ‘**Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Durumune Etkisi**’dir..

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalıdır. Aşağıdaki bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, müziğin kanser hastalarında kemoterapi semptomları ve konfor durumune etkisini belirlemektir. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı’nın katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizden anket formunun doldurulması istenecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

### ***Hastanın Beyanı***

Araştırmacı Şebnem Bilgiç tarafından yapılacak araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı.

Araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim-hemşire ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

**Katılımcı :**

Adı Soyadı:

Tel:

**Araştırmacı:**

Şebnem BİLGİÇ

0505 527 59 22

## ETİK KURUL KARARI (EK-5)



T.C  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı:2013/62

21/02/2013

Sayın: Doç. Dr. Rengin ACAROĞLU

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz “Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları Ve Konfor Düzeyine Etkisi?” başlıklı ve 2013/11/01/11 nolu araştırmanız, incelenmiş olup, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına karar verilmiştir

NKU GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI / İMZA:	Prof. Dr. Ahmet GÜREL

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet GÜREL	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>A. Gürel</i>
Prof. Dr. M. Metin DONMA	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Donma</i>
Doç. Dr. Burhan TURGUT	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>B. Turgut</i>
Doç. Dr. Cevat AKTAŞ	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>C. Aktaş</i>
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Güzel</i>
Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>B. Topçu</i>
Yrd. Doç. Dr. Mehmet ÇEBER	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>M. Çeber</i>
Yrd. Doç. Dr. Hayati GÜNEŞ	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>H. Güneş</i>
Yrd. Doç. Dr. B. Cüneyt TURAN	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>B. C. Turan</i>
Yrd. Doç. Dr. Fatih HOROZOĞLU	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>F. Horozoglu</i>

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030  
Telefon: (0 282) 250 55 00 - Faks: (0 282) 250 99 28  
Elektronik Ağ: <http://tip.nku.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi İçin: Engin Deniz RENÇBER  
Dahili: 5904 e- posta :tip@nku.edu.tr

## KURUM İZİNİ (EK-6)



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 42232655-044- 747 10.05.2013

Konu: Anket Çalışması

## GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

İlgi: Doç.Dr.Rengin ACAROĞLU' nun 09/05/2013 tarihli ve 7314 sayıda kayıtlı dilekçesi

İlgide kayıtlı dilekçe ile İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Rengin ACAROĞLU'nun sorumlu yürütücüsü olduğu "Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi" isimli çalışmasını Tekirdağ Devlet Hastanesinde yapmak istediğini bildirilmiştir.

Bu kapsamda şahsa ait anket soruları incelenmiş olup, araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, araştırma sonucunun bir nüshasının Genel Sekreterliğimize bildirilmesi ve araştırma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla anket çalışmasının yapılması uygun mütalaa edilmektedir.

Olurlarınıza arz ederim.

  
Yunus YİĞİT  
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR  
...05/2013  
  
Uzm.Dr. Yakup ÇAĞ  
Genel Sekreter

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Şebnem	<b>Soyadı</b>	BİLGİÇ
<b>Doğ.Yeri</b>	Enez/ EDİRNE	<b>Doğ.Tar.</b>	05.05.1980
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>TC Kim No</b>	27148584278
<b>Email</b>	sebnem_gucuyeter@yahoo.com	<b>Tel</b>	05055275922

### Eğitim Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>	İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü –Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	2015
<b>Yük.Lis.</b>	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	2008
<b>Lisans</b>	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2003
<b>Lise</b>	Kızılay Özel Hemşirelik Lisesi	1998

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Araştırma Görevlisi	Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2009 - devam
2. Hemşire	Türk Kızılayı	1998-2009

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	72,50	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>LES Puanı</b>	81,045	83,452	82,604

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word,excel, powerpoint)	İyi
SPSS	İyi

## **Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/**

### ***SCI/SSCI Kapsamındaki Yayınlar:***

Akdoğan R.A., Özgür, O., **Güçüyeter (Bilgiç), Ş.**, Kaklıkkaya, N., Çobanoğlu, U., ve Aydın, F. (2014). A pilot study of Helicobacter pylori genotypes and cytokine gene polymorphisms in reflux oesophagitis and peptic ulcer disease. Bratisl. Lek. Listy.115(4),221-228.

### ***Ulusal Hakemli Dergilerdeki Yayınlar:***

**Bilgiç Ş**, Şendir M. (2014). Hemşirelik Bilişimi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 3(1), 24-28.

### ***Ulusal Bildiriler:***

Çelikkalp Ü., Saraçoğlu V. G., Keloğlu G., **Bilgiç Ş.** (2014). Hastanede Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Güvenliği Ölçeği İle Çalışma Ortamlarında İş Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı. 20-24 Ekim Edirne. 109-110.

Erdem, İ., Saraçoğlu G.V., Yıldız, T., **Bilgiç, Ş.**, Oran, M., Avcı, O., Avcı, B.A., Mutlu, L.C.(2012). Onsekiz Yaş ve Üzeri Erişkinlerin Antibiyotik Kullanımı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. EKMUD Kongresi Özet Kitabı. 9-12 Mayıs 2012. İstanbul.157.

**Bilgiç, Ş.** (2012). Acemilikten Uzmanlığa Hemşirelik Bilişimi. 2. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Özet Kitabı. 27-29 Mayıs 2012. İstanbul.183.

**Bilgiç, Ş.**, Aydın, G. Ö. (2012). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Bilişim Teknolojilerinin Kullanılmasına İlişkin Görüşleri. 2. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Özet Kitabı. 27-29 Mayıs 2012. İstanbul. 206.

**Bilgiç, Ş.**, Yıldız, T., Avcıbaşı İ. M. (2011).Sağlık Yüksekokulu 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi Durumlarına Yönelik Bir Çalışma. Sağlıkta Yeni Yönelimler Sempozyumu Özet Kitabı. 10-12 Mart 2012.Tekirdağ. 2011.

### ***Aldığı Proje Destekler;***

İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi Doktora Tez Projesi Desteği