

**MÜZİK TERAPİSİNİN YAŞLI KANSER
HASTALARININ ANKSİYETE VE UYKU
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Kübra GÖKALP

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ

Doktora Tezi - 2015

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

**MÜZİK TERAPİSİNİN YAŞLI KANSER HASTALARININ
ANKSİYETE VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Kübra GÖKALP

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ**


**ERZURUM
2015**


T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

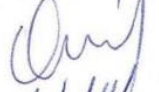
**MÜZİK TERAPİSİNİN YAŞLI KANSER HASTALARININ
ANKSİYETE VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

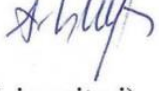
Kübra GÖKALP

Tez Savunma Tarihi 23.11.2015

Tez Danışmanı Yrd.Doç.Dr. Mine EKİNCİ (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi Doç.Dr. Neziha UĞURLU (Muğla Üniversitesi) 

Jüri Üyesi Doç.Dr.Ayşe ÇEVİRME (Sakarya Üniversitesi) 

Jüri Üyesi Yrd.Doç.Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN (Atatürk Üniversitesi) 

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.



Prof.Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM-2015

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser Tanımı ve Önemi	4
2.2. Hematolojik Kanserler	4
2.2.1. Lösemi	5
2.2.1.1. Akut Lösemiler	5
2.2.1.2. Kronik Lösemiler	6
2.2.2. Lenfomalar	7
2.2.3. Multiple Mylelom	7
2.3. Hematolojik Kanserlerde Tedavi	7
2.4. Hematolojik Kanserlerde Tedaviye Bağlı Semptomlar ve Hemşirelik Bakım.....	9
2.5. Kanser Hastalarının Yaşadığı Psikolojik Sorunlar	12
2.5.1. Depresyon	13
2.5.2. Uyum Bozuklukları.....	14
2.5.3. Organik Ruhsal Bozukluklar	15
2.5.4. Anksiyete Bozukluğu.....	15
2.5.5.Uyku Bozuklukları.....	16
2.6. Müzik Terapi.....	17

2.7. Kanser ve Hemşirelik.....	19
3. MATERYAL VE METOT.....	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Veriler Toplama Araçları.....	24
3.5. Verilerin Toplanması	27
3.5.1. Kontrol Grubu Verilerinin Toplanması	27
3.5.2. Deney Grubu Verilerinin Toplanması	28
3.5.3. Hemşirelik Girişimi	28
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.8. Araştırma Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	29
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	30
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
7. KAYNAKLAR	44
8. EKLER	55
EK 1. ÖZ GEÇMİŞ.....	55
EK 2. HASTA TANITIM FORMU.....	56
EK 3. PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ).....	57
EK 4. DURUMLUK-SÜREKLİK KAYGI ENVANTERİ.....	60
EK 5. İZİN YAZILARI	62
EK 6. MÜZİK TERAPİ CD'LERİ	

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca bana rehberlik ederek gösterdiği büyük emek ve destekten dolayı tez danışmanım saygıdeğer hocam Yrd.Doç.Dr. Mine EKİNCİ'ye, bilgi ve tecrübesinden yararlanmama imkan sağlayan yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca yanımda olarak destek ve katkılarını esirgemeyen Sayın Doç.Dr. Ayşe OKANLI'ya, doktora tezim boyunca bilgi ve desteğini benden esirgemeyen Sayın Prof.Dr. Mehtap TAN ve Yrd.Doç.Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a , arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde varlıklarıyla daima yüzümü güldürdükleri gibi tez çalışmam boyunca da her zaman yanımda olan benle üzülp benle gülen, yokluğumu hiçbir zaman hissettirmeyen Annem Saniye GÜNGÖRMÜŞ'e, Babam Muammer GÜNGÖRMÜŞ'e, Kardeşlerim M.Onur GÜNGÖRMÜŞ'e, Ozan GÜNGÖRMÜŞ'e ve Eşim Süha GÖKALP'e,

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM.

Arş.Gör.Uzm. Kübra GÖKALP

ÖZET

Müzik Terapisinin Yaşlı Kanser Hastalarının Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

Amaç: Araştırma; müzik terapinin yaşlı kanser hastalarının anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal Metot: Araştırma, Mayıs 2014- Kasım 2015 tarihleri arasında ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; hastalığının II. ve III. evresinde olan, 65 yaş ve üstü hematolojik kanser tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, 30 kontrol ve 30 deney grubu olmak üzere 60 hematolojik kanser hastası oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında ‘Hasta Tanıtım Formu’, ‘Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)’, ‘Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’ ve ‘Müzik CD’leri kullanılmıştır. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ki-kare analizi ve paired sample *t* testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada, deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların uyku kalitesi son test toplam puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasında; kontrol grubu uyku kalitesi son test puan toplam ortalaması 13.87 ± 2.90 iken, deney grubu son test toplam puan ortalamasının 10.67 ± 2.73 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubuna ait durumluk anksiyetesi son test gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; kontrol grubunun durumluk anksiyetesi son test puan ortalamasının 40.23 ± 11.30 iken, deney grubu puan ortalamasının 35.43 ± 10.12 olduğu ve durumluk anksiyetesi gruplar arası puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubuna ait sürekli anksiyete ön test-son test gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; kontrol grubunun sürekli anksiyete son test puan ortalamasının 35.90 ± 9.82 iken, deney grubu son test puan ortalamasının 33.60 ± 9.43 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir.

Sonuç: Araştırmada; müzik terapinin hastaların uyku kalitelerini arttırıp, anksiyete düzeyini azalttığı bulunmuştur. Müzik terapinin hemşirelik uygulamalarında kullanılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, kanser, müzik terapi, uyku kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

Effect of Music Therapy on Anxiety and Sleep Quality of Elderly Cancer Patients

Aim: The study was conducted to determine the effect of music therapy on anxiety and sleep quality of elderly cancer patients

Material and Method: The study was designed to be a quasi-experimental research with pre and post-test control groups. The study was conducted between May and November 2015. Population of the study of the disease II. and III. in the universe, 65 years and over consisted of patients with a diagnosis of hematologic cancer. The sample of the study consisted of 30 control and 30 experimental group including 60 patients with hematologic cancer. Patient identification form, the Pittsburgh Sleep Quality Index, State-Trait Anxiety Inventory and Music CDs were used for the collection of data. Data were analysed using frequency, percentage, Chi-square and paired sample t tests.

Results: In the study, patients in the experimental and control group comparison of sleep quality between groups of an average of total points; while an average of the control group sleep quality latest test 13.87 ± 2.90 , an average of in the experimental group sleep quality latest test 10.67 ± 2.73 and the difference between the mean score statistically significant ($p < 0.05$) was detected.

Patients in the experimental and control group comparison of state anxiety between groups of an average of total points; while an average of the control group state anxiety latest test 40.23 ± 11.30 , an average of in the experimental group state anxiety latest test 35.43 ± 10.12 and the difference between the mean score statistically significant ($p < 0.05$) was detected.

Patients in the experimental and control group comparison of continuous anxiety between groups of an average of total points; while an average of the control group continuous anxiety latest test 35.90 ± 9.82 , an average of in the experimental group continuous anxiety latest test 33.60 ± 9.43 and the difference between the mean score statistically significant ($p < 0.05$) was detected.

Conclusion: Results concluded that music therapy increase the sleep quality and reduce anxiety of patients. In line with this conclusion, it is suggested that of music therapy use in nursing practice.

Keywords: Anxiety, cancer, music therapy, sleep quality, nurse

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V
AML	: Akut Myeloid Lösemi
ALL	: Akut Lenfoblastik Lösemi
HL	: Hodgkin Lenfoma
KML	: Kronik Myeloid Lösemi
KLL	: Kronik Lenfoblastik Lösemi
KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
NHL	: Non Hodgkin Lenfoma
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
TÜMATA	: Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Kontrol ve deney grubuna ait tanıtıcı özelliklerin dağılımı	32
Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubuna ait PUKİ ön test-son test alt grup puan ortalamalarının gruplarası karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.3. Kontrol ve deney grubuna ait PUKİ ön test-son test toplam puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	36
Tablo 4.4. Kontrol ve deney grubuna ait durumluk-sürekli anksiyete ölçeği ön test-son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplararası karşılaştırılması	37

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması..... 31

1.GİRİŞ

Kanser ölüm nedeni olarak %23.4 oranıyla kalp ve damar hastalıklarının hemen ardından gelen, bireyleri, aileleri ve toplumu fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak olumsuz yönde etkileyen, dünyada ve ülkemizde sık görülen önemli sağlık sorunlarından birisidir^{1,2}. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın verilerine göre 2008 yılında dünya genelinde 12 milyon kişiye kanser teşhisi konulurken, bu rakamın 2030 yılında 26 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde kadın ve erkeklerde görülen kanser türlerinde lösemi ve lenfoma ilk on arasında yer alırken; insidans yönünden dünyadaki en yaygın kanserler akciğer (1,52 milyon), meme (1,29 milyon) ve kolorektal (1,15 milyon) kanserlerdir³. Hastalık Yükü Çalışmasında (2000 yılı için) toplam ölüm nedenleri arasında akciğer kanseri birinci sırada, mide kanseri ikinci, lösemiler üçüncü, meme kanseri dördüncü ve lenfoma ve multiple myeloma beşinci sırada yer almaktadır⁴. Hematolojik kanserlerle ilgili yapılan çalışmalar⁵⁻¹⁰ incelendiğinde yaşla artan lösemi, myeloma ve lenfoma gibi hastalıklar yaşlılarda gençlere göre daha fazla görülmesine rağmen, lösemilerin çocukluk çağında görülen kanserler arasında ilk sırada yer alması çalışmaların çocuklar üzerinde yoğunlaşmasına neden olmuştur.

Koruyucu ve tedavi edici tıptaki gelişmeler ile beslenme ve hayat şartlarındaki iyileştirmeler sonucu genel nüfus içindeki yaşlı insan sayısı hızla artmaktadır¹¹. Yaşın kanser için önemli belirleyicilerden biri olması nedeniyle yaşlı populasyon nüfusu arttıkça kanser insidansı da artmaktadır¹²⁻¹⁴. Yeni kanser olgularının %50'den fazlası ve bütün kanserlerin ise %67'si 65 yaşın üzerinde görülmektedir. Ayrıca dünya nüfusunun yaşlandığı ve 2013 verilerine göre Türkiye nüfusundaki yaşlı oranının da %7.7'ye yükseldiği; ülkemiz toplam doğurganlık hızının doğal akışına bırakılması, ölüm hızının aynı şekilde devam etmesi durumunda 2023 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun %10,2'ye,

2050 yılında ise %20,8'e yükseleceği öngörülmektedir. Yaşlı hastaların yaş dönemleri itibariyle genç hastalara oranla çevresel değişimlere ve yeniliklere daha zor uyum gösterdikleri de göz önüne alındığında yaşlı kanser hastalarındaki psikolojik sorunların ne kadar önemli olduğu ve gün geçtikçe öneminin arttığı görülmektedir^{11,15,16}.

Kanser tanısı sonrası gelişen ruhsal belirtiler hastanın fiziksel hastalığının şiddetini, seyrini ve tedaviye cevabını, hastanın yaşam kalitesini, bakımını tedaviye uyumunu etkilemesi açısından önemlidir¹⁸. Kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklara ilişkin araştırmalar^{2,18-20}, bu hastaların yarısına yakınında tanı, tedavi ve seyrin bir aşamasında, tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik sendrom görüldüğünü; uyum bozukluğu, anksiyete, depresyon, organik ruhsal bozukluklar ve kişilik bozukluğu yaşadıklarını ortaya koymuştur. Aynı zamanda uyku bozuklukları da kanserli hastalarda sık rastlanan ancak ihmal edilen bir problemdir¹⁵. Kanser tanısı almış olan hastaların %30'unun kronik anksiyete, % 50'sinin de uyku bozukluğu sorunu yaşadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır^{17,22-24}. Kanserle mücadele etmeye çalışan bir hastaya uygulanan tıbbi tedaviler (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi operasyonlar gibi) hastada ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların tedavisi, psikososyal esenliğini sürdürebilmesi ve kazanması için yeterli değildir. Kanser multidisipliner olarak ele alınması gereken, bedensel bir hastalık olmasının yanı sıra ruhsal ve psikososyal açıdan da birçok sorunu ihtiva eden, bütüncül bakım gerektiren kronik bir hastalıktır¹⁵. Hastanede yatarak tedavi ve bakım alan hastaya ve ailesine bütüncül bakım verilmesinde KLP(Konsültasyon Liyezon Psikiyatri) hemşiresi, tedavi ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği içinde çalışmalıdır^{26,27}. Psikososyal girişim olan müzik terapisi de, kanser gibi sağlıkla ilgili sorunların tedavisinde tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır²⁸.

Müzik, geçmişten günümüze kadar çeşitli nedenlerden dolayı hastanelerde kullanılmıştır. Günümüzde uzmanlar ve onların hizmet verdiği kişiler kanser gibi sağlıkla ilgili sorunların tedavisinde etkin, girişimsel olmayan tamamlayıcı tedavileri aramayı sürdürmektedir^{22,23,28}. Müziğin, insan beyninde mutluluk, neşe, elem, öfke ve nefret gibi algılamalarla ilgili duygusal alanları yakından etkilediği ve bu doğrultuda insan üzerinde önemli bir etki yarattığı bilinen bir gerçektir. Müziğin bu özellikleri birer terapi faktörü sayılmaktadır²⁹. Müzik yaşlılarda bağımsızlık hissini arttırmakta, bağımsızlık hissi ise, kişinin kendine güveninin artmasında önemli bir etken olmaktadır. Bu durumda yaşlıların, çaresizlik, anksiyete ve depresyon gibi duygularla daha iyi baş etmelerini sağlamaktadır. Müziğin tedavi edici gücü, duygusal ve strese dayalı problemleri olan yaşlılarda da, gerginlik ve sinirlilik halini azaltmaktadır^{28,30,31}.

Literatüre bakıldığında Türkiye’de yaşlı hematolojik kanser hastalarıyla yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür³²⁻³⁴. Daha önce hematolojik kanserlerle ilgili yapılan çalışmaların⁵⁻¹⁰ da çocuklar üzerine yoğunlaştığı göz önünde bulundurulduğunda; yapılan çalışmanın müzik terapinin, yaşlı hematolojik kanser hastalarının yaşadığı anksiyete ve uyku kaliteleri üzerine etkinliğini belirlemek ve hemşirelik bakımına ışık tutması açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmanın amacı, müzik terapinin yaşlı kanser hastalarının anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesidir.

Araştırmanın hipotezleri:

H1:Yaşlı kanser hastalarına uygulanan müzik terapi hastaların uyku kalitelerini artırır.

H2:Yaşlı kanser hastalarına uygulanan müzik terapi hastaların anksiyete düzeylerini azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanımı ve Önemi

Kanser, hücrelerin Deoksiribo nükleik asit (DNA) hasarına bağlı olarak anormal veya kontrolsüz bir şekilde çoğalması olarak tanımlanmaktadır³⁵. Kansere değişik organlarda hücrelerin kontrolsüz çoğalmasından oluşan, klinik görünümü, tedavisi ve yaklaşımı birbirinden farklı olan; beraberinde taşıdığı fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra sosyal, maddi ve manevi yönleri ile mücadelesi zor hastalıklar grubudur^{1,36}.

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde sebebi bilinen ölümler arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada olması nedeniyle toplumsal bir sağlık sorunudur³⁶. Kanserdeki mevcut ilerleyiş devam ettiği takdirde, 2008 verilerine göre yeni vakalarda %75 artış olması, 2030 yılına kadar yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması beklenmektedir². Yani 2030 yılına kadar kanser görülme sıklığında iki misline yakın bir artış öngörülmektedir³⁷.

2.2. Hematolojik Kanserler

Hematolojik kanserler, kemik iliğinden türeyen hücrelerde meydana gelen bir grup neoplazmadır. Hematolojik kanserler, kemik iliği veya lenfoid dokudaki tek bir hücrenin klonal çoğalması ile meydana gelir. Sıklıkla genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkisi ile tek bir hücrede gelişen genetik değişiklik, hücrenin malign dönüşüme uğramasına neden olur ve dönüşüme uğrayan hücre, klonal bir biçimde hızlıca çoğalır. Hematolojik hastalıklar; morfolojik, histopatolojik ve klinik özelliklerine göre sınıflandırılmaktadır. Ancak hastalıkların morfolojik özellikleri birbirine benzerdir³⁸.

2011 yılı verileri Türkiye istatistiklerine göre erkeklerde en fazla trakea, bronş, akciğer kanseri (62.3/100000) görülürken, lenfomalar (%7.2/100000) sekizinci sırada bulunmaktadır. Kadınlarda ise meme kanseri(44.2/100000)ilk sıra da

lenfomalar(%5/100000) ise sekizinci sırada yer almaktadır. Yaşlara göre Türkiye İstatistikleri Kurumu verileri incelendiğinde 70 yaş ve üzeri nüfusta kadınlardaki meme kanseri zirvedeki yerini korurken; erkeklerde prostat kanseri ilk sırada görülen kanserdir³⁹.

Hematolojik kanserler sistemik belirtilere, organ infiltrasyonları ve fonksiyon bozukluklara, kan hücrelerinde nitelik ve nicelik değişikliklerine sebep olarak, immün sistemde bozulma, kanama eğilimi, tromboz ve metabolik bozukluklar oluşturarak çeşitli klinik bulgularla kendilerini gösterirler⁴⁰. Anemi nedeniyle çabuk yorulma, solukluk, halsizlik dispne, trombositopeni sonucu kanamalar, kilo kaybı, kemik ağrısı, eklem şişliği yakınmaları vardır. Yapılan fizik muayene sırasında lenf bezleri, karaciğer ve dalak büyümüştür. Nötropeniye bağlı enfeksiyonlar ve eğer enfeksiyon varsa titreme, ateş, terleme görülür. Bu belirtiler bütün lösemi türlerinde görülmektedir. Sinir sisteminde tutulum varsa kafa içi basıncı da artmaktadır^{40,41}.

Hematalojik kanserler şu şekilde sınıflandırılmaktadır⁴¹:

2.2.1. Lösemi

Lösemi farklılaşmayan fakat çok fazla çoğalan lökositlerin yani beyaz kan hücrelerinin başta kemik iliği olmak üzere, lenf bezleri, karaciğer, dalak gibi organ ve sistemleri işgal etmesiyle birlikte anemi, trombositopeni ve nötropeni oluşmasına neden olan bir çeşit kanserdir. Lösemiler, köken aldıkları hücre grubuna, ilerleme hızlarına, klinik seyirlerine ve ortaya çıkış şekillerine göre gruplara ayrılırlar. Lösemiler ortaya çıkış hızlarına göre akut ve kronik olmak üzere 2 ana gruba ayrılırlar^{40,42}.

2.2.1.1. Akut Lösemiler

Akut Myeloid Lösemi (AML)

Farklılaşma özellikleri bozulmuş myeloid öncü hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile karakterize klonal heterojen bir hastalıktır. AML çocukluk çağında daha az

görülürken; ileri yaşta daha sık görülmektedir. AML'nin görülme yaşı medyanı 65'tir. Erişkinlerde görülen akut lösemilerin yaklaşık %80'ini AML oluşturmaktadır. AML'nin yıllık görülme insidansı 3.7/100.000'dir ve insidansı yaşla birlikte artmaktadır. AML vakaları erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir⁴³. AML hastaları çoğunlukla yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı ve sitopeniyle (anemi, nötropeni ve trombositopeni) ilişkili semptomlarla hastaneye başvurumaktadırlar. AML neden olan risk faktörleri; iyonize radyasyon, benzen ve sitotoksik ilaçlardır⁴⁴.

Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)

Farklılaşma özellikleri bozulmuş lenfoid öncü hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile karakterize klonal bir hastalıktır. AML çocukluk çağında en sık görülen kanser olup; yetişkinlerde 70 yaş ve üzerinde görülme sıklığı artmıştır. ALL erkeklerde kadınlara oranla daha sık (erkek/kız oranı:1,2-1,3) görülmektedir⁴³. Hastalar genellikle anemi, lökopeni, trombositopeni ve buna bağlı olarak da solukluk, enfeksiyonlar, kanama ve kemik ağrıları şikayetleriyle hastaneye başvurumaktadırlar⁴².

2.2.1.2.Kronik Lösemiler

Kronik Myeloid Lösemi (KML)

Myeloid hücrelerin çoğalması ve özelliklerinin kaybı ile karakterize klonal kök hücre hastalığıdır. Genellikle myeloid, monositik, eritroid, megakaryositik, B lenfoid, ve nadiren de T lenfoid serilerinin tümünü içerir⁴⁰. KML gelişmiş ülkelerde lösemilerin dörtte birini kapsamaktadır. KML tüm yaş gruplarında görülebilen ancak yaygın olarak 45-55 yaş grubunda görülen, insidansı yaşla artış gösteren, hastaların % 30' unu 60 yaş üstünün oluşturduğu bir hastalıktır. Vakalar genellikle asemptomatiktir⁴⁵.

Kronik Lenfoblastik Lösemi (KLL)

Uzun yaşam süresine sahip, küçük, olgun lenfositlerin kemik iliği, periferik kan ve lenfoid organlarda klonal çoğalmasından kaynaklanan bir hastalıktır. Orta yaşta ve

sıklıkla 60 yaşın üstünde görülür. Lösemiler arasında yavaş gidişli ve en geç kendini fark ettiren lösemi tipidir. KLL genellikle belirti göstermez; belirti görüldüğünde ise sıklıkla yorulma, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi spesifik olmayan belirtiler gösterir⁴⁶.

2.2.2. Lenfomalar

Lenfositlerin oluşturduğu tümörün neden olduğu bir kanser tipidir⁵⁰. Risk faktörleri, coğrafya, ırk, çevresel faktörler ve sosyo-ekonomik duruma bağlı olarak değişiklik göstermektedir⁴⁰.

Hodgkin Lenfoma (HL)

Çoğunlukla genç erişkinlikte görülen, kısa sürede belirti gösteren, ektranodal tutulum az gösteren lenfoma türüdür. HL, her yaşta görülebilmekle birlikte, hastalığın insidansı 10 yaşından itibaren yükselmeye başlayarak, önce 15-30 yaşlar arasında bir pik yapar, sonra 45 yaşına kadar azalma gösterir, 45 yaşından sonra tekrar yükselmeye başlayarak 60-70 yaşlar arasında ikinci bir pik görülür En sık rastlanan belirtisi yüzeysel lenf bezlerinin büyümesidir⁴⁷.

Non Hodgkin Lenfoma (NHL)

Uzun süre belirti göstermeyen, ektranodal tutulum gösteren ve sık görülen lenfoma çeşididir⁴⁰.

2.2.3. Multiple Myelom (MM)

Plazma hücrelerinin kontrolsüz çoğalması sonucu oluşan kemik iliği tümörlerinin kemiklerde yaygın bir şekilde bulunduğu hastalıktır. Yaş ilerledikçe sıklığı artmakta ve genellikle 50 yaş üstünde görülmektedir⁴⁰.

2.3.Hematolojik Kanserlerde Tedavi

Hematolojik kanserlerin tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, kök hücre nakli, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulanmaktadır. Kanser tanısı konan hastaların

bireysel özelliklerine ve hastalık durumlarına göre bu yöntemlerden biri veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır^{40,48}.

Kemoterapi:

Kanser tedavisinde kullanılan, kanser hücresinin çoğalmasını önleyen ve sitotoksik etkisiyle bu hücreleri yok eden ilaçlarla yapılan, normal hücrelere en az zarar veren, en etkin ve en yaygın kullanılan sistemik tedavi çeşididir⁴⁹.

Radyoterapi:

Cihazları kullanarak uygulanması istenen yayılım alanına tümörü kontrol edecek miktarda radyasyon ışınını homojen bir şekilde tatbik etmek, tümör çevresindeki normal dokuların ise en az miktarda ışın almasını sağlayan, belirli bir organda yerleşmiş kanser hücrelerini yok etmektir⁵⁰. Radyoterapi alan hastalarda en sık görülen yan etkilerden biri kronik halsizlik halidir⁵¹.

Kök Hücre Nakli:

Son yıllarda hematolojik kanser tedavisinde oldukça sık uygulanmaktadır. Kök hücre bazı dokularda bulunan, gereksinim durumunda birçok hücreyi oluşturabilecek potansiyele sahip, çoğalabilen, farklı dokulara dönüşebilen ve kendini yenileyebilen ana hücrelerdir. Son yıllarda değişik dokulara ait kök hücreler tanımlanmış olup en çok bilineni kan hücrelerini oluşturan hematopoetik kök hücrelerdir. Hematopoetik kök hücre kaynaklarını kemik iliği, periferik kan ve kordon kanı oluşturmaktadır⁴⁰.

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi:

Amerikan Kanser Birliği ve Ulusal Kanser Enstitüsü tamamlayıcı tedavileri , modern tıp ile birlikte kullanılan tamamlayıcı yaklaşımlar, alternatif tedavileri ise hastalığın geleneksel tedavisinin yerine kullanılan uygulamalar şeklinde tanımlamaktadır. Ancak bugün tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin sınırlılıkları tam olarak belirlenmemiştir⁵².

Ulusal Kanser Enstitüsü tamamlayıcı ve alternatif tedavileri beş başlık altında toplayarak gruplandırmıştır⁵³.

1. Alternatif ve medikal sistemler (homeopati, naturopati, geleneksel Çin tıbbı ve ayurveda gibi kültürel kökenli sistemler),
2. Beden-Zihin müdahaleleri (müzik terapi, spiritual iyileşme, psikolojik görüşmeler, dua),
3. Biyolojik temelli tedaviler (bitkiler, diyet destek ürünleri, tıbbi bitki çayları ya da hayvan parçaları köpek balığı kıkırdağı gibi),
4. Manipülatif ve beden temelli tedaviler (masaj, kiropatik manipülasyon, osteopati),
5. Enerji tedavileri (reiki, qigong, elektromagnetik terapiler).

2.4. Hematolojik Kanserlerde Tedaviye Bağlı Semptomlar ve Hemşirelik Bakımı

Kanser ve tedavisi hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal halini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır. Hematolojik ve onkolojik hastalıkların tedavisi sırasında veya sonrasında izlenen patolojilerin doğru ve zamanında teşhisi, uygun tedavisi; tedavi cevabını ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmektedir⁵⁴.

Kemoterapi ilaçları ve radyoterapi hızla bölünen kanserli hücrenin bölünmesini engellemek amacıyla verilmektedir. Ancak ilaç, hızlı olarak bölünen hücrelerin bölünmesini engellerken ağız boşluğu, gastrointestinal sistem, kemik iliği ve kıl folüküllerinde bulunan normal hücreleri de engellemektedir^{48,49}.

Tedaviler erken dönemde, ilaca karşı alerjik reaksiyon, kardiyak aritmi, aşırı kusma, ateş, ilaç yerinde ağrı, kızarıklık, kırmızı idrar ve fotosensitiviteye; orta sürede, kemik iliği supresyonu, bulantı-kusma, konstipasyon, diyare, yorgunluk-halsizlik, saç dökülmesi, cilt reaksiyonları, emosyonel değişiklikler, stomatite; uzun sürede ise

kaydiyak, nörolojik, pulmoner, renal ve seksüel organlar üzerinde yan etkilere neden olabilirler⁴⁹⁻⁵¹.

Hematolojik kanserlerde tedaviye bağlı semptomlar⁵⁵,

İlaça Karşı Alerjik Reaksiyon(Anaflaksi): Alerjik reaksiyon immun sistemin bir antijenle uyarılması sonucu meydana gelir. Hemoroji, damar içi pıhtılaşma, kardiyopulmuner arrest tablosu gelişebilir⁵⁶.

Akut Kardiyak Aritmi: İlaç verildikten sonra ilk iki saat hasta ritim değişikliği yönünden gözlemlenir; nabız sayımı yapılır⁵⁴.

Aşırı Kusma(Akut Bulantı Kusma): Kemoterapi verildikten 24 saat içinde ortaya çıkar ve kusmanın en şiddetli fazını oluşturur⁵⁰.

Enjeksiyon Yerinde Ağrı, Kızarıklık: Bu durumda hasta ekstremitelerin bakımından kontrol edilir ve gerekirse soğuk uygulama yapılır⁴⁸.

Ateş: Bazen ilaca bazen hızlı tümöral hücre ölümüne bağlı olarak ortaya çıkan 24 saatten fazla sürmemesi gereken bir durumdur. Vücut ısısını düşürmek için soğuk uygulama ve gerekirse ilaç verilebilir⁵⁰.

Kırmızı İdrar: İlaçlara bağlı olabileceği gibi, hemorajik sistite bağlı olarak da gelişebilir. Mesanenin yeterli hidrasyonu için bol sıvı verilir⁵⁰.

Fotosensitivite: Bazı ilaçlar 1-2 gün hassasiyet yapabilir. Hasta bu süre zarfında direk güneş ışığı ve oda ışığından uzak tutulmalı ve gerekirse loş ışıklı bir ortam hazırlanmalıdır⁵¹.

Extravazasyon: İlaçların ven içinden subkutan dokulara sızmasıdır. Damar yolunun değiştirilmesi ve bölgeye soğuk uygulama yapılması gerekir⁴⁸.

Kemik İliği Supresyonu: Kemik iliği supresyonu en sık görülen ve aynı zamanda en ölümcül yan etkidir. Kemik iliği supresyonu sonucu kişide nötrofili,

lökositopeni, trombositopeni ve anemi gelişir. Kemoterapi uygulanan hastalarda yaygın ölüm nedenlerinden ikisi, enfeksiyon ve kanamadır⁵⁵.

Hemoglobin ve hematokrit düzeylerinin çok düşmesi halinde yorgunluk, halsizlik, nefes darlığı, baş ağrısı, baş dönmesi, senkop, taşikardi ve postural hipotansiyon gibi oksijen yetersizliğine bağlı belirtiler ortaya çıkmaktadır. Tedavi alan hastaların kan sayımları düzenli aralıklarla yapılmalı ve gerekirse tek kişilik odalarda izole edilmeliler⁵⁶.

Bulanti-Kusma: İlaçların kusma merkezini uyarmasıyla ortaya çıkan bir durumdur. Bulanti-kusma ortaya çıkış zamanına göre akut, subakut, gecikmiş bulanti-kusma ve beklenti bulanti-kusması olmak üzere 4'e ayrılır⁵⁵.

Konstipasyon: Kanserli hastalarda, tümörlerin basısı veya bağırsakları tıkaması sonrası, diyet değişikliği, yetersiz lifli gıda tüketimi, hareketsizlik, dehidratasyon, hipokalemi gibi birçok nedene bağlı oluşabilecek durumdur. Hemşire nedenini saptadıktan sonra nedene yönelik girişimler bulunmalıdır⁵⁵.

Diyare: Kemoterapi uygulanan hastaların yaklaşık %75'inde görülen; bağırsak mukozası epitel hücreleri harap olması nedeniyle gelişen ve sonuçta besinlerin sindiriminde ve emiliminde yetersizlik ile karakterize olan bir durumdur. Hastanın sıvı ve besin kaybı yerine konmalıdır⁵⁶.

Saç Dökülmesi(Alopesi): Kemoterapi ilaçları hızlı çoğalan zararlı hücreleri durdururken diğer hücrelere de zarar vermektedir. Saç dökülmesi hastayı çok sarsarak, kemoterapiden vazgeçmesine neden olabilir. Tedavi sırasında sadece saçlar değil tüm vücut tüyleri bu durumdan etkilenir; tedavi sona erdiğinde dökülen kıllar genellikle geri gelir. Vücut tüylerinin ve özellikle saçların dökülmesi kişinin beden imajını zedeleyerek psikiyatrik sorunlara neden olabilir. Bu durumda kişinin destek sistemleri devreye sokularak var olan durumla baş etmesi sağlanmalıdır⁵⁶.

Stomatit: Tedavi uygulanan hastalarda ağız ülserleri genellikle ilaçların verilmesinden sonra 5-14 günlük dönemde ortaya çıkar. Stomatit belirtileri eritem ve ödemle başlar, ağrılı ülserasyonlarla devam eder. Bir hastanın ağız bakımını sağlamak en temel hemşirelik aktivitelerinden birisidir. Hemşire kemoterapi tedavisi başlamadan önce oral tanılama yapmalı; dişlerin temizlenmesi, hastaya uygun ağız bakım solüsyonu kullanması gibi bilgilendirmeleri yapmalı ve mukozit gelişirse uygun tedaviyi ekibin diğer üyeleriyle karar vererek başlatmalıdır^{56,57}.

Kronik Kardiyak Etki: Bu etkinin ortaya çıkması spesifik olarak ilacın kendisine, dozuna, yaşa, veriliş süresine, kardiyak irritasyona ve önceden kalp hastalığı olup olmamasına bağlıdır. Hastalarda kalp yetmezliği belirtilerine dikkat edilmelidir⁵⁵.

Nörolojik Etki: Tedavi kanserli hastalarda nörolojik değişikliklere yol açabilir⁵⁵.

Pulmoner Etki: Tedavi uygulandıktan sonra, 2 saat içinde yaşanabildiği gibi aylar ya da yıllar sonrada gelişebilir. Semptomlar, şiddetli dispne, takipne şeklindedir. Göğüs röntgeninde, bilaterals infiltrasyon ve plevral efüzyonlar gözlenebilir⁵⁶.

Renal Etki: Kemoterapötik ilaçlar, plazma proteinlerini bağladıklarından beslenme düzeyi çok önemlidir. Ayrıca hipovolemi nedeniyle akut renal yetmezlik gelişebilir⁵⁵.

2.5. Kanser Hastalarının Yaşadığı Psikolojik Sorunlar

Kanser bir yıkım olarak algılanır ve kişiyi psikolojik krize sokarak tanı, tedavi, nüks ve terminal dönemde kişilerin bazı tepkiler vermesine neden olur⁵⁸. Özkan'ın¹⁵ aktardığına göre, Bolund kanser tanısının konulması ile şok, tepki, direnme ve uyum olmak üzere toplam dört aşamalı bir sürecin yaşandığını; Elisabeth Kübler Ross'da kanserde ortaya çıkan psikososyal aşamaları inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş aşamada tanımlamıştır. Kişi ilk aşamada genellikle birkaç

gün ile birkaç hafta arasında değişen sürelerde şok yaşar ve tedavi sırasında zaman zaman bu aşamaya geri döner. Sonra katlanılması güç olan bu gerçeği bilinç dışında tutarak benlik bütünlüğünü sağlamaya çalışır. Bir sonraki aşamada yavaş yavaş kabul eder ama bu aşamada tepkisini kaygı olarak gösterir. Tedavinin en aktif dönemi sona erdikten sonra kişi durumu kabullenerek uyum göstermeye çalışır^{58,15}.

Kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklara ilişkin araştırmalar^{2,17-23} ve literatür bilgisi¹³⁻¹⁵, bu hastaların yarısına yakınında tanı, tedavi ve seyrin bir aşamasında, tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik sendrom görüldüğünü; uyum bozukluğu, anksiyete, depresyon ve organik ruhsal bozukluklar yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Aynı zamanda uyku bozuklukları da kanserli hastalarda sık rastlanan ancak ihmal edilen bir problemdir¹⁵.

Kanser hastalarında en sık görülen ruhsal bozukluklar; depresyon, uyum bozuklukları ve organik ruhsal bozukluklar, anksiyete bozukluğu, uyku bozukluklarıdır¹⁵.

2.5.1. Depresyon

Eskiden yapmaktan zevk alınan etkinlinlerden zevk almamak, uyku ve iştah değişiklikleri, değersizlik ya da suçluluk duyguları, irritabilite, düşünceleri yoğunlaştırmakta güçlük, ölüm ya da intihar düşünceleri depresyonun temel belirtilerindendir⁵⁹. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk görülme oranı yüksektir (%30-40). En sık görülen psikopatoloji depresyondur. Depresyon, kanser hastalarında dikkat edilmesi gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup, hastanın tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini, hastalığın şiddetini ve tedaviye yanıtı olumsuz yönde etkilemektedir^{60,61}. Kanserde depresyon açısından başlıca risk faktörleri; psikiyatrik hastalık öyküsü, benlik saygısının düşüklüğü, tanı sırasında duygusal stres ve yetersiz sosyal destek, fonksiyonel kapasite düşüklüğü, kötü fiziksel şartlar, eş veya yakın

akraba kaybıdır¹⁵. Diğer risk faktörleri alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, eşlik eden fiziksel hastalıklar ve depresyon yan etkisine sahip kemoterapötiklerin kullanılmasıdır. Hastalığa ve tedaviye bağlı semptomları depresyondan ayırmak gerekir⁶².

Yaşlılarda yaşa bağlı bedensel hastalıklar ve/veya ilaç kullanımı ile ortaya çıkan bu depresif yakınmalar, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM-5)'te “bedensel hastalığa bağlı duygudurum bozukluğu” ve/veya “bir maddenin fizyolojik etkilerine bağlı duygudurum bozukluğu” olarak adlandırılmıştır⁶³.

2.5.2.Uyum Bozuklukları

“Psikososyal stresör” olarak tanımlanan durumlara karşı gösterilen, kısa süreli, maladaptif tepkilerdir. Uyum, iç ve dış çevreden gelen değişiklikleri kabul edip, uygun tutum ve davranışları gösterebilme gücüdür. Kişinin duruma uyum sağlayabilmesi için olayın ne olduğunu anlayabilmesi, nasıl baş edebileceğini kararlaştırması ve içinde bulunduğu bu duruma anlam vermesi gerekmektedir⁶⁴.

Uyum bozukluğu, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) / Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği tarafından da, yaşam şeklini ya da davranışlarını sağlık durumundaki bir değişimle tutarlı şekilde değiştiremeyen bir bireydeki durum olarak tanımlanmış ve bir hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir⁶⁵. Uyum bozukluğu, DSM sınıflandırma sisteminin içinde de yer almaktadır⁶³.

Kanser hastaları hastalık sürecinin her aşamasında farklı psikososyal sorunlar ve gereksinimlerle karşılaşabilir ve çeşitli tepkiler gösterebilirler. Gösterdikleri bu tepkilerin tümü ne psikopatolojik olarak ne de normal olarak kabul edilmelidir. Bu tepkiler normal ve uyuma yönelik tepkiler olabileceği gibi, anormal ve uyumsuz tepkiler de olabilir. Kişide gelişen ruhsal tepkiler uyum sağlama ve başa çıkma amaçlıdır⁶⁶.

Uyum bozukluğunun ortaya çıkmasında zorlanmanın türü ve şiddetinin yanı sıra, hastanın sosyal-çevresel desteklerinin de önemli rolü vardır. Aile bireylerinin hastalığa yönelik tepkileri hastanın uyumunu büyük ölçüde etkiler. Kanser tanısı alan hastaların hastalığa uyumunu kolaylaştırmak amacıyla sosyal gereksinimlerini anlamak ve belirlemek gerekmektedir^{58,59}.

2.5.3. Organik Ruhsal Bozukluklar

Organik beyin sendromu, bilinç ve dikkatte bozulma ile birlikte, bilişte ve algıda değişikliklerin görüldüğü bir tablodur. Hastanede yatan kanserli olgulardan istenen psikiyatri konsultasyonlarında, organik beyin sendromu prevalansı %25 saptanmışken, terminal dönem olgularda bu oran %85'e varabilmektedir⁶⁷. Tedavi edilmediğinde kalıcı unutkanlık, dikkatsizlik, konsantrasyon güçlüğü gibi kognitif belirtilere neden olan deliryum sıklıkla gözden kaçan bir durumdur⁵⁹.

2.5.4. Anksiyete Bozukluğu

Günlük yaşamda da sık sık deneyimlenen, ancak kişinin uzun süre maruz kaldığında bozukluk olarak tanımlanan, beklenmeyen, tahmin edilemeyen ve bireyi tehdit eden olay veya durumlar karşısında bireyin verdiği bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkilerdir⁵⁹. Anksiyete bozuklukları, birden fazla alt grubu içeren psikiyatrik bir bozukluk olarak DSM-V sınıflandırmasında yer almaktadır⁶³.

Anksiyeteye hem zihinsel hem de fiziksel belirtiler eşlik etmektedir. Zihinsel belirtiler üzüntü, huzursuzluk, sinirlilik, uykuya dalmada güçlük ve uyku bozuklukları gibi genellikle oldukça kolay tanınan belirtilerdir. Fiziksel belirtiler ise; nefes alamama, çarpıntı, yutmayı güçleştiren boğazda tıkanma hissi, terleme, bas ağrısı, mide bulantısı, karın ağrısı ve diare gibi bütün sistemi etkileyen belirtilerdir^{59,68}.

Hastalık sürecinde olması beklediğimiz ve normal olarak kabul ettiğimiz korkular, bireyde gerginlik, sinirlilik, üzüntü hissi ve yetersiz uyku ile kendini

göstermektedir. Anksiyetenin bu akut şekli, hastalığın çeşitli fazları sırasında kendisini göstermektedir⁵⁹. Bunlar;

- Hastalıkla ilgili işlemleri ve testleri bekleme süreci,
- Tedaviyi tamamlama,
- Test sonuçları ve tanıyı bekleme süreci,
- Majör tedavi yaklaşımlarını bekleme (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi),
- Hastalığın tekrarladığını öğrenme,
- Hastalığın ilerlemesi,
- Hastalık tanısının, tedavilerin ya da hastalıkla ilgili diğer olayların yıldönümü günleri, olarak sıralanabilir^{69,70}.

Kanser tanısının önüne geçebilen kronik anksiyete ise, birey için daha büyük risk yaratabilir. Kronik anksiyetede bireyin, kanser hastalığından algıladığı tehdit artmış, yorgunluk, huzursuzluk, konsantrasyon yetersizliği, kızgınlık ve gerginlik, alınganlık, taşikardi, kontrol kaybı bu belirtileri hasta bireye ağır gelebilir⁵⁹.

Kanserin tanı ve tedavilerine tepki olarak ortaya çıkan anksiyete sıklıklı tedavi edilmeyen, göz ardı edilen bir bozukluktur. Kanser tanısı almış olan hastaların %30'unda kronik anksiyete gözlenirken, son dönem kanser hastalarında anksiyete oranının %50'nin üzerine çıktığı bilinmektedir²²⁻²⁴.

2.5.6. Uyku Bozuklukları

En önemli fizyolojik olaylardan biri olarak kabul edilen uyku aktif bir olaydır. Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyanlarla geri döndürülebilir biçimde, geçici, kısmi ve periyodik olarak kesilmesidir.

Yapılan araştırmalar^{21,71,72} kanser hastaları için uyku bozukluklarının yaklaşık %50 civarında olduğunu ve 65 yaşından büyük hastalarda prevalansın %43 olduğunu göstermektedirler. Kanser hastalarında uyku bozukluğunun yaygın sebepleri arasında

depresyon, anksiyete ve ağrı gösterilmektedir⁷¹. Kanser hastaları dinlendirici bir uyku ardından gelecek normallik duygusundaki başarısızlık nedeniyle aile bireyleriyle, sağlık çalışanlarıyla ve diğer kişilerle etkili iletişim kuramamaktadırlar. Uyku ile ilgili rahatsızlıklar hastaların şikayet listesinde üst sıralarda yer almasına rağmen tıbbi konuların daha ön planda tutulması nedeniyle bu konu genellikle ihmal edilmektedir⁷¹.

Kanser hastalarındaki uyku bozukluğunun halsizlik, anksiyete, depresyon, ağrı gibi birçok nedeni vardır. Uyku kalitesinin bozulması bireylerin duygu, düşünce, motivasyonunun bozulmasına, yorgunluk, bilişsel ve duyuşsal çökkünlük yaşamasına, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya karşı duyarlılığın artmasına, irritabilite, konfüzyon, sinirlilik, halüsinasyon, mantık dışı düşünceler, iştahsızlık ve boşaltımda güçlük gibi durumlara neden olabilir^{73,13,14}.

2.6. Müzik Terapi

Müzik, dünyanın her yerinde aynı anlamı taşıyan, Türkçe’de musiki kelimesiyle de kullanılan, çoğunlukla ruhun gıdası olarak adlandırılan, aslı Yunanca olan bir kelimedir²⁸. Müzik kelimesi çok yaygın kullanılmasına rağmen tanımında bir fikir birliği yapılmamıştır. Turabi’nin⁷⁴ aktardığına göre, İbn-i Sina müziği şöyle tarif etmektedir: “müzik birbirleri ile uyumlu olup olmadıkları yönünden sesleri ve bu sesler arasına giren zaman süreçlerini, bir melodinin nasıl kompoze edildiğinin bilinmesi amacıyla araştıran matematiksel bir ilimdir”. Altınölçek’in⁷⁵ aktardığına göre J. J. Rousseau ise, “müzik sesleri kulağa hoş gelecek bir şekilde düzenleme sanatıdır” demiştir.

Müzikle terapi ise müzik ve terapi sözcüklerinden oluşmaktadır. Terapi, Yunanca hizmette bulunmak, hastayla ilgilenmek, çare bulmak anlamına gelmektedir⁷⁶. Chlan ve Tracy⁷⁷ müzik terapisini “ızdırabı ve anksiyeteyi azaltmadaki etkisinden

dolayı, ciddi hastalığı olan hastalar için güvenilir ve etkili bir tedavi” olarak tanımlamıştır.

İnsan beyninin müzikal farklılıkları ve benzerlikleri ayırt etme özelliğinden dolayı müzik, limbik sistemi, nöroendokrin ve otonom sistemi etkileyerek vücutta fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Müzik strese karşı vücudun verdiği nöro-endokrin yanıtın etkisini azaltır, ayrıca parasempatik sinir sistemini aktive ederek katakolemin salgılarının azalmasıyla kan basıncı, nabız ve solunum gibi fizyolojik yaşam bulgularının ve kardiyak aritmilerin normale dönmesine yardımcı olabilir^{29,78,79}.

Müzik tedavinin geçmişi çok eskidir. Tarihte insanlar tedavi araçları ile müziği bir arada kullanmışlardır. Homera ameliyatlarda, Aesculape ise sağırlığı tedavi etmek için müziği kullanmıştır. Sokrates’in öğrencisi Eflatun da M.Ö 400 yıllarında müziğin, ruhun derinliklerine etki ederek bireye hoşgörü ve rahatlık verdiğini belirtmiştir⁸⁰. Er-Razi, Fârâbi, İbn Sina gibi Türk- İslam hekimleri, psikolojik hastalıkların tedavisinde; ilaç ve müzikle tedavi yöntemlerini kullanmışlar, bu yöntemler, gerek Selçuklu gerekse Osmanlı hekimleri tarafından tatbik edilerek 18. yüzyıla kadar geliştirilmiştir⁸¹.

Ak’ın⁸⁰ aktardığına göre Fârâbi , “Musiki-ul-kebir” adlı eserinde müziğin fizik ve astronomi ile olan ilişkisini açıklamaya çalışmıştır. Makamların ruha olan etkileri Fârâbi ’ye göre şöyle sınıflandırılmıştır⁸⁰:

1. Rast makamı: İnsana sefa (neşe-huzur) verir.
2. Rehavi makamı: İnsana beka (sonsuzluk fikri) verir.
3. Kuçek makamı: İnsana hüzn ve elem verir.
4. Büzürk makamı: İnsana havf (korku) verir.
5. Isfahan makamı: İnsana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.
6. Neva makamı: İnsana lezzet ve ferahlık verir.
7. Ussak makamı: İnsana gülme hissi verir.

8. Zirgüle makamı: İnsana uyku verir.
9. Saba makamı: İnsana cesaret, kuvvet verir.
10. Buselik makamı: İnsana kuvvet verir.
11. Hüseyni makamı: İnsana sükûnet, rahatlık verir.
12. Hicaz makamı: İnsana tevazu (alçakgönüllülük) verir⁸⁰.

Terzioğlu'nun⁸² aktardığına göre Fârâbi Türk müziği makamlarının zamana göre psikolojik etkilerini de şu şekilde göstermiştir⁸²:

1. Rehavi makamı: Yalancı sabah vaktinde etkili
2. Hüseyni makamı: Sabahleyin etkili
3. Rast makamı: Güneş iki mızrak boyu iken etkili
4. Buselik makamı: Kuşluk vaktinde etkili
5. Zirgüle makamı: Öğleye doğru etkili
6. Ussak makamı: Öğle vakti etkili
7. Hicaz makamı: İkinci vakti etkili
8. Irak makamı: Akşamüstü etkili
9. Isfahan makamı: Gün batarken etkili
10. Neva makamı: Aksam vakti etkili
11. Büzürk makamı: Yatsıdan sonra etkili
12. Zirefkend makamı: Uyku zamanı etkilidir⁸².

Günümüzde müzik terapi pasif ve aktif tedavi yöntemleriyle yapılmaktadır. Aktif müzik terapi, bireyin dans etmesi ve müzik söylemesi ya da yaratması üzerine odaklanmışken; pasif müzik terapi bireyin icra edilen müziği dinlemesi veya dansı izlemesi üzerine odaklanmıştır. Müzik terapinin etkili bir yöntem olabilmesi için sürekli kullanılması ve bir günde 25-90 dakika uygulanması gerekmektedir^{28,76}. Dakikada 60-

80 vuruş içeren müzikler dinlendirici iken, daha hızlı olanları depresif ve melankolik insanlara enerji verebilirler^{28,81}.

2.7. Kanser ve Hemşirelik Bakımı

Bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal profili ne olursa olsun hastalık tanısı almak birey için zorlayıcı bir yaşam olayı, engellenme ve duygusal krize neden olabilecek bir deneyimdir⁸³. Ölüm korkusu, vücut, organ ve bölümlerinin zedeleneceği kaygısı, pişmanlık-suçluluk duyguları gibi tepkiler, hastanın duygu durumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, fiziksel-duygusal otonomisini, beden imgesini ve sosyal alanını etkileyerek eski çatışma ve çözümlenmemiş odak noktaları belirgin hale gelir¹⁵. Bu süreçte duygular karmakarışık olur, geçmişte kullanılan problem çözme becerileri etkisizleşir, çıkmazların üstesinden gelebilmek için gerektiği gibi çözümler üretmez⁸³.

Hemşireler, hasta fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşamadan önce koruyucu önlemler alabilmek, sorunlar yaşayınca fark edebilmek ve bu fark edilen sorunlarla baş edebilmek için hasta ve ailesinin yanında olmalı; onlara destekleyici tedavide bulunmalıdır. Bu amaçla hemşireler yaşanan kanser olgusunu, bireyin atfettiği anlam içinde empatik bir anlayışla anlamaya çalışmalı; bu süreçte kullanılan savunma mekanizmalarını, baş etme yöntemlerini iyi bilmeli ve bunları tanımlayabilmelidir⁶⁴. Kanser tanısı aşamasında hastalar ve aileleri olağanüstü bu durumla baş edebilmek ve tedaviye ilişkin karar verebilmek için bilgi arayışına girerler¹⁵. Bu süreçte iletişim kanalları açık olan hasta ve ailesine gerekli olan bilgi verilmeli ancak fazla bilgi paylaşımında bulunarak karar verme güçlüklerine neden olunmamalıdır. Tedavi aşamasında hastalar hem tedavinin yan etkileri ile hem de psikolojik sorunlarıyla var olan destek sistemleri yardımıyla baş edemeyebilir ve bir profesyonel desteğine ihtiyaç duyabilirler⁸⁴. Destekleyici yaklaşımın temel hedefi olumsuz düşünce ve duyguları düzeltmek, olumlu ve uyuma dönük baş etme yöntemlerini geliştirmektir. Destekleyici

bir yaklaşım için ilk aşama, aktif dinleme ve açık iletişimidir⁸⁵. Psikoterapötik ilişkide duyguların, düşüncelerin ve tutumların serbestçe ifade edilmesi birincil ve temeldir. Hastayı, olumlu bir yaklaşım ve anlayışla dinlemek, hastanın duygularını ve sıkıntılarını ifade etmesini kolaylaştırdığı gibi rahatlmasına da yardımcı olur⁸⁶⁻⁸⁸.

Kanserde psikolojik tedavi girişimleri; danışmanlık, eğitim veya psikoterapötik yollarla baş etme davranışını geliştirmek için uygulanan sistematik çabalardır. Kanserle birlikte ortaya çıkan olumsuz duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek, psikososyal uyumunu sağlayarak yaşam kalitesini artırmak, hasta, aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki ilişkiyi güçlendirmek bu çabalardandır²⁷.

Kanser hastalarında psikolojik tedavinin amaçları şunlardır⁸⁸.

- Psişik morbiditeyi düzeltmek ve azaltmak,
- Psikolojik acıyı azaltmak,
- Psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini yükseltmek,
- Anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik semptomları düzeltmek,
- Mücadele ve yaşam gücü ve dürtüsünü arttırıcı, kansere ruhsal-davranışsal uyumu güçlendirmek,
- Hastalık ve yaşamda denetim duygusunu geliştirip arttırmak,
- Kanser tedavilerine etkin katılımı sağlamak,
- Kanserle ilişkili fiziksel ve psikolojik sorunlarla baş edebilmek için etkin yöntemleri ve tutumları geliştirmek,
- Kızgınlık, suçluluk, öfke vb. (örtülü) duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilişkili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek,
- Hasta ile aile ve sosyal iletişim alanları arasındaki iletişimi güçlendirmek,
- Gelecek ve varoluşla ilgili bilinmezlikle baş etme yollarını incelemektir⁸⁸.

Kanser hastaları gibi tıbbi durumlar ile psikişik ve psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştıran psikiyatri dalına Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) denilmektedir⁸⁹. Gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastaların ve ailelerin, primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan “emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal” tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen, hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanına ise Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği adı verilmektedir⁹⁰. KLP hemşireliği 2010 Hemşirelik Yönetmeliğinde yer almış ve görev tanımları yapılmıştır⁹¹.

Psikososyal bakımda hemşire kronik hastalıklarda hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarına yardım etme, yararlı olmayan uyumları önleme, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını arttırmalıdır⁹². Hemşire sorun çözme becerileri ve anksiyete ile baş etme teknikleri gibi özelleşmiş becerilerde de kendini geliştirmelidir. Çözümlemesi güç olan klinik problemlerin analizi, ağrı, yas, anksiyete, kriz, intihar, şiddet gibi konularda KLP hemşiresi ve tedavi ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği içinde çalışmalıdır²⁷.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, ön test/son test kontrollü yarı deneysel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi'nin Hematoloji servisinde, Mayıs 2014 - Kasım 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Haziran 2014-2015 tarihleri arasında, 65 yaş ve üstü, kemoterapi tedavisi alan, hastalığın II. ve III. evresinde olan, hematolojik kanser tanımlı hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise, Haziran 2014-2015 tarihleri arasında çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan, 30 kontrol ve 30 deney grubu olmak üzere 65 yaş ve üstü 60 hematolojik kanser hastası oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Hematoloji servisinde en az iki hafta yatarak tedavi görmek,
- Hastalığın II. veya III. Evresinde olmak,
- İşitme sorunu olmamak,
- İletişimde herhangi bir sorunu olmamak,
- Psikiyatrik ve ya uyku ilacı kullanmamaktır.

Araştırmanın örneklemini belirlemek için priori güç analizi yapılmıştır. Güç analizi için bir yıl içinde 65 yaş ve üstü, hematolojik kanser nedeniyle tedavi gören 47 hasta alınmıştır. Yapılan analiz sonucu her grupta 27 katılımcı bulunması durumunda tek yönlü analiz için 0,05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında, %99 güce ulaşılacağı belirlenmiştir⁹³. Daha sonra yapılacak istatistiksel analizlerin parametrik

olması için 30' u kontrol ve 30'u deney grubu olmak üzere toplam 60 hematolojik kanserli hasta örnekleme alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan “Bilgi Formu”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ” ve “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” kullanılmıştır.

Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan “Bilgi Formu”, hastalara ilişkin sosyo – demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, mesleği, medeni durumu ve aylık gelirini) ve hastalık hakkındaki bilgileri belirlemeye yönelik soruları (hastalığın tanısı, hastalığın tanı zamanı, hastalığın evresi ve hastanede kalınan gün sayısı) içermektedir (**EK II**).

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (The Pittsburgh Sleep Quality Index), 1989 yılında Buysse ve arkadaşları⁹⁴ tarafından, psikiyatri uygulamaları ve klinik araştırmalarda, uyku kalitesinin değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir. PUKİ'deki maddeler uyku bozukluğu olan hastaların klinik gözlemlerinden, uyku kalitesiyle ilgili literatürde belirtilmiş diğer ölçeklerden ve PUKİ ile ilgili 18 aylık bir klinik izlenim döneminden yararlanılarak düzenlenmiştir.

Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları⁹⁵ tarafından yapılmış, ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur

PUKİ'nin içerdiği toplam 24 sorunun 19 tanesi özbildirim sorusudur. 5 soru ise eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Sözü edilen son 5 soru yalnızca klinik

bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Özbildirim niteliğindeki sorulardan sonuncusu (19.soru) bir oda arkadaşının veya eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve PUKİ toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmaz. Özbildirim soruları uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Bunlar uyku süresinin, uyku latensinin ve uyku ile ilgili özel sorunların sıklık ve şiddetinin tahmini ile ilgilidir. Puanlamaya katılan 18 madde (item), 7 bileşen (component) puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir madde ile belirtilmekte, diğer bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılmasıyla elde dilmektedir.

Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü oluşunu işaret eder.

PUKİ'nin 7 bileşeni; uykusuzluk ya da aşırı uyuma yakınmaları olan hastalarla yapılan klinik görüşme sırasında en çok üzerinde durulan noktaların standardize edilmiş uyarlamalarıdır.

Tek bir madde ile belirtilen bileşenler;

Bileşen 1 (soru 6)	—————→	Öznel uyku kalitesi
Bileşen 2 (soru 2 ve soru 5a)	—————→	Uyku latensi
Bileşen 3 (soru 4)	—————→	Uyku süresi
Bileşen 4 (soru 1, soru 3 ve soru 4)	—————→	Alışılmış uyku etkinliği
Bileşen (5 puanı ve soru 5b-j)	—————→	Uyku bozukluğu
Bileşen 6 (soru 7)	—————→	Uyku ilacı kullanma
Bileşen 7 (soru 8 ve soru 9)	—————→	Gündüz uyku işlev bozukluğu

Tüm indeksin doldurulması ortalama 5-10 dakika, puanlaması yaklaşık 5 dakika sürmektedir. PUKİ, “iyi uykunun” ve “kötü uykunun” tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü verir. PUKİ, psikiyatri ve genel tıp uygulamalarında

hem klinik hem de araştırma amacıyla kolay ve yaygın olarak kullanılabilir niteliktedir (**EK III**).

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Asıl formu İngilizce 'State-Trait Anxiety Inventory' olan ölçek Spielberger, Gorsuch ve Lushene⁹⁶ tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Spielberg durumluk sürekli anksiyete envanteri ile akut anksiyetenin ölçülme olanağını sağlamıştır. Böylece operasyon gibi geçici stres durumlarıyla ortaya çıkan anksiyetenin davranışlar üzerindeki etkisi incelenmeye başlanmıştır. Öner ve Le Compte tarafından⁹⁷ Türkçeye çevrilerek, Türk toplumuna uyarlanmıştır.

Bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçen envanter, 14 yaş ve üstü sağlıklı bireyler ile okuduğunu anlayıp yanıtlayabileceği kadar bilinci yerinde olan hastalara uygulanabilir, zaman sınırlaması yoktur. Envanterin, her biri dörtlü likert tipinde 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır:

1-Durumluk kaygı ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2-Sürekli kaygı ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler.

İki ölçek, iki ayrı sayfada basılmıştır. İlk 20 soru durumluk kaygı ölçeği sorularını ve sonraki 20 soru sürekli kaygı ölçeği sorularını içermektedir. Ölçeklerde doğrudan (düz) ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10 tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler) , Sürekli Kaygı ölçeğinde ise 7 tane (21,26,27,30,33,36,ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır.

Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Bu durumda önce durumluk kaygı ölçeği, sonra sürekli kaygı ölçeği verilmelidir. Bunun nedeni, durumluk kaygı ölçeği, sınanma ya da sınama koşulları ile ilgili tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duygusal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlı olduğundan, bireyin başlangıçtaki olumsuz algılamalarına ifade olanağı vermesidir. Bu suretle anlık kaygı güvenilir bir düzeyde ölçmüş olur. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması yüksek kaygı seviyesini; puanın düşük olması ise düşük kaygı seviyesini ifade eder. Bu çalışmada Durumluk kaygı ölçeği Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,84; sürekli anksiyete ölçeği Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur (**EK IV**).

3.5. Verilerin Toplanması

Hastalar arasında herhangi bir etkilenme olmasını engellemek için öncelikle kontrol grubu verileri; daha sonra deney grubu verileri toplanmıştır.

Kontrol ve deney grubu ön test ve son test verileri için klinik hemşireleriyle iletişim kurularak, serviste yatan hastalar hakkında bilgi alınmış, kriterlere uyan hasta olması durumunda, hasta odalarında yüz yüze görüşme yöntemiyle, hastalara uygulanacak formlar hakkında bilgi verilmiş ve formların birebir araştırmacı tarafından doldurulmasıyla gece 20-23 saatleri arasında veriler toplanmıştır.

Kullanılacak müzik makamlarına (Hicaz, Hüseyini ve Neva) Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu (TÜMATA) kurucusu Yrd.Doç.Dr. Rahmi Oruç Güvenç ile yapılacak araştırmanın detayları konuşularak karar verilmiş ve TÜMATA'ya ait resmi siteden CD'ler sipariş yoluyla temin edilmiştir.

3.5.1.Kontrol Grubu Verilerinin Toplanması

Araştırma kriterlerine uyan hastalara, ilk görüşmede gece 20-23 saatleri arasında ön test formu uygulanmıştır. Kontrol grubu ön test verilerinin toplanmasından 8 gün

sonra formlar tekrar uygulanarak son test verileri toplanmıştır. Veri toplama sırasında bir hastanın hastaneden erken çıkması ve iki hastanın da ex olması nedeniyle üç hastaya son test formu uygulaması yapılamamıştır. Bu hastaların yerine kriterlere uyan yeni hastalar araştırma kapsamına alınmış ve formlar uygulanarak çalışmanın kontrol grubu, 30 hasta ile tamamlanmıştır.

3.5.2. Deney Grubu Verilerinin Toplanması

Kontrol grubu verileri toplandıktan sonra deney grubu verileri toplanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan hastalara ilk görüşmede gece 20-23 saatleri arasında ön test formu uygulanmıştır. Deney grubu ön test verilerinin toplandığı günden başlayarak hastalara yedi gün boyunca her gün gece 20-23 saatleri arasında müzik terapi yapılmıştır. Terapi bitiminden 24 saat sonra formlar uygulanarak son test verileri toplanmıştır⁹⁸. Veri toplama sırasında hastalardan ikisinin enfeksiyon riski nedeniyle izole edilmesi, bir hastanın ex olması ve bir hastanın da hastaneden erken ayrılması nedeniyle dört hastadan son test verileri toplanamamıştır. Bu hastaların yerine kriterlere uyan yeni hastalar araştırma kapsamına alınmış ve formlar uygulanarak çalışmanın deney grubu, 30 hasta ile tamamlanmıştır.

3.5.3. Hemşirelik Girişimi

Hemşirelik girişiminde girişim materyali olarak mp3 çalar, kulaklık, Hicaz, Hüseyini ve Neva makamlarına ait müzik CD' leri kullanılmıştır. CD' lerdeki müzik terapi parçaları mp3 çalara yüklenerek, araştırmacı tarafından deney verilerinin toplandığı her gün hastaneye götürülmüştür.

Hastaların, kemoterapi tedavisi sonrasında ilk 48 saat tedaviye bağlı yan etkileri yoğun yaşamaları nedeniyle, müzik terapi seansları tedaviden 48 saat sonra başlatılmıştır^{49,50}. Hastaların kemoterapi tedavisi için ortalama 12 gün hastanede

yattıkları bilindiğinden ve müzik terapinin etkilerinin ölçülebilmesi için en az bir hafta uygulanması gerektiği için deney grubu hastalarına 7 gün müzik terapi uygulanmıştır²⁸.

Müzik terapiye başlamadan önce refakatçiler odadan çıkarılmış, hastaya rahat edeceği yatış pozisyonu alması söylenmiş, müzik sesini istediği düzeye getirebileceği ifade edilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden deney grubu hastalarına ilk karşılaşmada ön test formu uygulanmış ve müzik terapi seansları başlatılmıştır. İlk 2 gün Hicaz Makamı (Alçak gönüllülük duygusu verir), 3.- 4. gün Hüseyini Makamı (Barış duygusu uyandırır) ve 5.-6. Gün Neva Makamları (Üzüntüyü giderir, lezzet verir)'nın yer aldığı CD'ler kulaklıkla dinletilmiş ve 7. gün tekrar Hicaz Makamı dinletilerek Müzik terapi sonlandırılmıştır. Müzik CD'lerinden Hicaz 41.49 dk, Neva 49 dk ve Hüseyini 44.46 dk dinletilmiştir⁹⁹.

Kontrol grubunda yer alan hastalara herhangi bir hemşirelik girişimi uygulanmamıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI)” ve “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” puan ortalamaları

Bağımsız değişkenler: Müzik terapi

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında bir paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde;

- Sosyo-demografik özelliklerini, hastalık bilgilerini incelemek amaçlı yüzdelik, ortalama, standart sapma

- Ön ve son test değerleri arasındaki farkların karşılaştırılması için eşleştirilmiş t testi
- Hastaların tanıtıcı özellikleri açısından homojenliklerini belirlemek amacıyla kikare analizi kullanılmıştır.

3.8.Araştırma Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmaya Atatürk Üniversitesi Hematoloji Servisinde tedavi gören hastaların alınması; uyku kalitesi düşük ve anksiyetesi yüksek hastalar değil, araştırma kriterlerine uyan hastaların çalışmaya alınması; serviste müzik terapiye uygun oda bulunmaması nedeniyle müzik terapinin hasta odalarında yapılması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

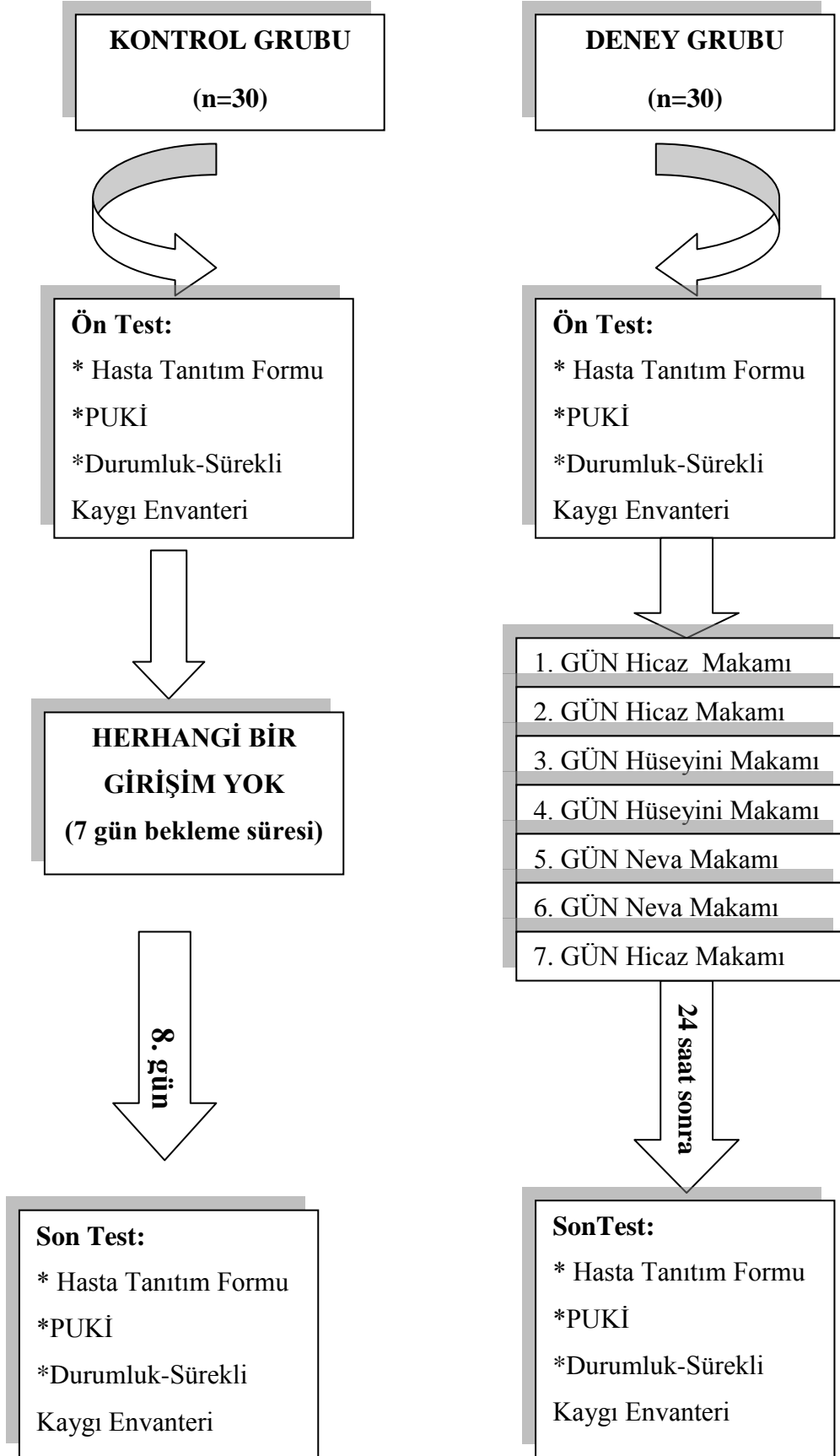
Araştırmadan elde edilen sonuçlar, bu gruba genellenebilir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin ve Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır (**EK V**).

Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak “*Aydınlatılmış Onam*” ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek ”*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*” ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de “*Özerkliğe Saygı*” ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

ARAŞTIRMA PLANI



Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Kontrol ve deney grubuna ait tanıtıcı özelliklerin dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	KONTROL(S=30)		DENEY(S=30)		Test ve p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Bayan	14	46.7	13	43.3	$X^2=0.67$
Erkek	16	53.3	17	56.7	$p=0.795$
Medeni Durumu					
Evli	24	80	22	73.4	$X^2=0.373$
Bekar	6	20	8	26.6	$p=0.542$
Eğitim Düzeyi					
Okur-yazar değil	12	40	13	43.3	
İlkokul mezunu	7	23.3	7	23.3	$X^2=0.373*$
Lise mezunu	9	30	9	30	$p=0.946$
Üniversite ve ↑	2	6.7	1	3.4	
Meslek Durumu					
Ev Hanımı	14	46.7	12	40	$X^2=0.664*$
Emekli	13	43.3	16	53.3	$p=0.717$
Serbest Meslek	3	10	2	6.7	
Ekonomik Durumu					
Gelir giderden az	14	46.7	13	43.3	$X^2=1.347*$
Gelir gidere denk	13	43.3	16	53.3	$p=0.510$
Gelir giderden fazla	3	10	1	3.4	
Hastalığın Tanısı					
AML	5	16.6	4	13.4	
ALL	2	6.7	2	6.7	
KML	4	13.4	3	10	$X^2=0.378*$
KLL	10	33.3	11	36.6	$p=0.996$
Lenfoma	7	23.3	8	26.6	
Miyelom	2	6.7	2	6.7	
Hastalığın Tanı Zamanı					
1 yıl ve ↓	11	36.7	13	43.3	$X^2=0.281$
2-4 yıl	11	36.7	10	30	$p=0.869$
5 yıl ve ↑	8	26.6	7	26.7	
Hastalığın Evresi					
II. evre	14	46.7	17	56.7	$X^2=0.601$
III.evre	16	53.3	13	43.3	$p=0.438$
Hastanede Kalınan Gün Sayısı					
14 gün ve ↓	6	20	4	13.4	$X^2=0.518$
15-20 gün arası	16	53.4	18	60	$p=0.772$
20 gün ve ↑	8	26.6	8	26.6	
Yaş	(X±SS)	(Min-Max)	(X±SS)	(Min-Max)	
	72.13±4.03	65-90	73.14±4.18	65-87	

*Fisher'in kesin ki kare testi

Kontrol ve deney grubunu oluşturan hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek durumu, ekonomik durumu, hastalığın tanısı, hastalığın tanı zamanı, hastalığın evresi ve hastanede kalınan gün sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) ve her iki grubun demografik özelliklerinin benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo4.1).

Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubuna ait PUKİ ön test-son test alt grup puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

PUKİ Alt Grupları	Gruplar	Ön-Test ($\bar{X}\pm SS$)	Son-Test ($\bar{X}\pm SS$)
Öznel Uyku Kalitesi	Deney	2.8±0.6	1.9±0.5
	Kontrol	2.7±0.7	2.6±0.7
	<i>t</i> ve p Değeri	1.439 0.161	-4.188 0.000*
Uyku Latensi	Deney	2.8±0.6	2.3±0.6
	Kontrol	2.7±0.5	2.6±0.5
	<i>t</i> ve p Değeri	1.329 0.176	-1.964 0.059
Uyku Süresi	Deney	2.3±0.4	1.9±0.3
	Kontrol	2.4±0.5	2.2±0.5
	<i>t</i> ve p Değeri	-1.161 0.255	-2.408 0.023*
Alışlanmış Uyku Etkinliği	Deney	1.6±0.3	1.4±0.3
	Kontrol	1.7±0.4	1.7±0.4
	<i>t</i> ve p Değeri	-0.619 0.541	-2.112 0.043*
Uyku Bozukluğu	Deney	2.6±0.4	1.9±0.4
	Kontrol	2.7±0.5	2.6±0.5
	<i>t</i> ve p Değeri	-1.140 0.264	-4.268 0.000*
Uyku İlacı Kullanımı	Deney	0.0±0.0	0.0±0.0
	Kontrol	0.0±0.0	0.0±0.0
	<i>t</i> ve p Değeri	- -	- -
Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu	Deney	1.9±0.2	1.3±0.2
	Kontrol	1.8±0.5	1.6±0.5
	<i>t</i> ve p Değeri	0.387 0.702	-2.523 0.017*

* $p<0.05$

Hastaların deney ve kontrol grubuna ait PUKİ ön test-son test alt grup puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo4.2); deney ve kontrol grubundaki hastaların öznel uyku kalitesi ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hastaların deney ve kontrol grubuna ait uyku latensi ön test-son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki hastaların uyku latensi ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastaların deney ve kontrol grubuna ait uyku süresi ön test-son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki hastaların uyku süresi ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$); deney ve kontrol grubundaki hastaların son test uyku süresi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Hastaların deney ve kontrol grubuna ait alışılmış uyku etkinliği ön test-son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki hastaların alışılmış uyku etkinliği ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$); deney ve kontrol grubundaki hastaların son test alışılmış uyku etkinliği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hastaların deney ve kontrol grubuna ait uyku bozukluğu ön test-son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki hastaların uyku bozukluğu ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$); deney ve kontrol grubundaki hastaların

son test uyku bozukluğu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Uyku ilacı veya psikiyatrik ilaç kullanan hastalar araştırma kapsamına alınmadığı için uyku ilacı alt grubu içerisinde herhangi bir veri bulunmamaktadır.

Hastaların deney ve kontrol grubuna ait gündüz uyku işlev bozukluğu ön test-son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki hastaların gündüz uyku işlev bozukluğu ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$); deney ve kontrol grubundaki hastaların son test gündüz uyku işlev bozukluğu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.3. Kontrol ve deney grubuna ait PUKİ ön test-son test toplam puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

	Ön-Test	Son-Test	Test ve p Değeri	
	X±SS	X±SS		
Kontrol Grubu	14.50±2.70	13.87±2.90	<i>t</i> =0.615	<i>t</i> =0.543
Deney Grubu	14.56±2.00	10.67±2.73	<i>p</i> =4.566	<i>p</i>=0.000*
Test ve p Değeri	<i>t</i> =-1.439 <i>p</i> =0.161	<i>t</i> =3.819 <i>p</i>=0.001*		

**p*<0.05

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların uyku kalitesi toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında (Tablo 4.3); kontrol grubundaki hastaların ön test uyku kalitesi toplam puan ortalaması 14.50±2.70 iken, son test toplam puan ortalamasının 13.87±2.90 olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (*p*>0.05); deney grubundaki hastaların müzik terapi öncesi uyku kalitesi toplam puan ortalaması 14.56±2.00 iken, bu değer müzik terapi sonrası 10.67±2.73 olduğu ve grup içi toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (*p*<0.05) tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların uyku kalitesi toplam puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasında (Tablo 4.3); kontrol grubundaki hastaların uyku kalitesi ön test toplam puan ortalamasının 14.50±2.70 iken, deney grubu ön test puan toplam ortalamasının 14.56±2.00 olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (*p*>0.05); kontrol grubunun uyku kalitesi son test puan toplam ortalamaları 13.87±2.90 iken, deney grubu son test toplam puan ortalamalarının 10.67±2.73 olduğu ve gruplar arası toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (*p*<0.05) saptanmıştır.

Tablo 4.4. Kontrol ve deney grubuna ait durumluk-sürekli anksiyete ön test-son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

Durumluk	Ön-Test X±SS	Son-Test X±SS	Test ve p Değeri	
Kontrol Grubu	43.00±10.13	40.23±11.30	$t=1.782$	$p=0.085$
Deney Grubu	42.56±11.68	35.43±10.12	$t=4.715$	$p=0.000^*$
Test ve p Değeri	$t=0.167$ $p=0.869$	$t=3.799$ $p=0.008^*$		
Sürekli				
Kontrol Grubu	36.00±10.35	35.90±9.82	$t=0.143$	$p=0.887$
Deney Grubu	36.07±9.67	33.60±9.43	$t=2.630$	$p=0.014^*$
Test ve p Değeri	$t=-0.151$ $p=0.881$	$t=2.483$ $p=0.019^*$		

* $p<0.05$

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastalara ait durumluk anksiyetesi ön test-son test grup içi puan ortalamalarının karşılaştırmasında (Tablo 4.4); kontrol grubundaki hastaların durumluk anksiyetesi ön test puan ortalaması 43.00 ± 10.13 iken, son test puan ortalamasının 40.23 ± 11.30 olduğu ve durumluk anksiyetesi grup içi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$); deney grubundaki hastaların müzik terapi öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması 42.56 ± 11.68 iken, bu değer müzik terapi sonrası 35.43 ± 10.12 olduğu ve grup içi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubuna ait durumluk anksiyetesi ön test-son test gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırmasında (Tablo 4.4.); kontrol grubunun durumluk anksiyetesi ön test puan ortalaması 43.00 ± 10.13 iken, deney grubu ön test puan ortalamasının 42.56 ± 11.68 olduğu ve durumluk anksiyetesi gruplar arası puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$); kontrol grubunun durumluk anksiyetesi son test puan ortalamasının 40.23 ± 11.30 iken, deney grubu son test puan ortalamasının 35.43 ± 10.12 olduğu ve durumluk anksiyetesi gruplar

arası puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubuna ait sürekli anksiyete ön test-son test grup içi puan ortalamalarının karşılaştırmasında (Tablo 4.4); kontrol grubundaki hastaların sürekli anksiyete ön test puan ortalaması 36.00 ± 10.35 iken, son test puan ortalamasının 35.90 ± 9.82 olduğu ve sürekli anksiyete grup içi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$); deney grubundaki hastaların müzik terapi öncesi sürekli anksiyete puan ortalaması 36.07 ± 9.67 iken, bu değer müzik terapi sonrası 33.60 ± 9.43 olduğu ve grup içi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubuna ait sürekli anksiyete ön test-son test gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırmasında (Tablo 4.4.); kontrol grubunun sürekli anksiyete ön test puan ortalaması 36.00 ± 10.35 iken, deney grubu ön test puan ortalamasının 36.07 ± 9.67 olduğu ve sürekli anksiyete gruplar arası puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$); kontrol grubunun sürekli anksiyete son test puan ortalamasının 35.90 ± 9.82 iken, deney grubu son test puan ortalamasının 33.60 ± 9.43 olduğu ve gruplar arası puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Müzik terapinin yaşlı kanser hastalarının anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür bulgularıyla tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan, kontrol ve deney grubunu oluşturan hastalar arasında benzerliğin olduğu **Tablo 4.1**'de gösterilmiştir.

Hastaların deney grubuna ait ön test uyku kalitesi alt grup puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasında (**Tablo 4.2**); deney grubu hastalarının müzik terapi sonrası öznel uyku kalitesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz uyku işlev bozukluğunun kontrol grubu son test verilerine göre daha iyi olduğu ve kontrol grubu ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Deney grubu hastalarının müzik terapi sonrası uyku latensi süreleri daha kısa olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır.

Demiralp¹⁰⁰ kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarla yaptığı araştırmasında, uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku bozukluğu ve uyku kalitesi toplam puanı bakımından egzersiz grubunun, kontrol grubuna göre daha iyi uyku kalitesine sahip olduğunu bulmuştur. Bu araştırmanın sonucu daha önce yapılan bu çalışma sonucuyla uyumlu bulunmuştur.

Kontrol grubunda yer alan hastaların uyku kalitesi toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında (**Tablo 4.3**); kontrol grubu hastalarının son test uyku kalitelerinin ön teste göre arttığı, grup içi toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubu hastalarının uyku kalitesindeki bu artış, hastaların hastane ortamına alışması ve tedaviye bağlı semptomların zamanla azalmasının etkili olduğunu düşündürmüştür.

Lafçı⁹⁸ müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisini incelediği çalışmada, kontrol grubu hastalarının son test uyku kalitelerindeki artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmiştir. Bu araştırmanın sonucu daha önce yapılan çalışma^{98,100} sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.

Deney grubunda yer alan hastaların uyku kalitesi toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında (**Tablo 4.3**); deney grubu hastalarının müzik terapi sonrası uyku kalitelerindeki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Kumar¹⁰¹ Alzheimer hastalarda melatonin (uyku ve ruh hâlini etkileyen bir hormon) seviyesine müzik terapinin etkisini incelediği çalışmada, hastaların müzikle terapi sonrası melatonin salgısının arttığı bulunmuş ve bu sonuçtan yola çıkarak müzikle terapinin hastaların ruhsal ve fizyolojik özellikleri üzerinde etkili olduğu vurgulanmıştır. Bu araştırmanın sonucu daha önce yapılan bu çalışma¹⁰¹ sonucuyla uyumlu bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların uyku kalitesi toplam puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasında (**Tablo 4.3**); deney grubu son test puan ortalaması, kontrol grubu son test puan ortalamasından daha düşük olmakla birlikte ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

İnsan beyninin müzikal farklılıkları ve benzerlikleri ayırt etme özelliğinden dolayı müzik, limbik sistemi, nöroendokrin ve otonom sistemi etkileyerek vücutta fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Müzik vücudun verdiği nöro-endokrin yanıtın etkisini azaltır, ayrıca parasempatik sinir sistemini aktive ederek katekolamin salgılarının azalmasıyla kan basıncı, nabız ve solunum gibi fizyolojik yaşam bulgularının ve kardiyak aritmilerin normale dönmesine yardımcı olabilir^{29,78,79}. Müziğin deney grubu hastalarında bu etkileri göstererek uyku kalitelerinin artmasında etkili olabileceği düşünülmüştür.

Lafçı⁹⁸ müziğin kanser hastalarının uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmasında; müziğin kanser hastalarının uyku kalitesini arttırdığını belirlemiştir. Burns ve Debra¹⁰² kanser hastaları ile yaptığı araştırmalarında müzik terapi uygulanan deney grubu hastaların kontrol grubu hastalardan daha iyi bir duygu duruma sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Bu araştırmanın sonucu daha önce yapılan çalışma^{98,102} sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.

Bu sonuçlar H1 **“Yaşlı kanser hastalarına uygulanan müzik terapi hastaların uyku kalitelerini arttırır”** hipotezini doğrulamaktadırlar.

Kontrol grubunda yer alan hastaların durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında (**Tablo 4.4**); kontrol grubu hastalarının son test durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete puanlarının ön teste göre azaldığı, grup içi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Kontrol grubu hastalarının anksiyete düzeylerindeki azalma, müzik terapinin anksiyete üzerinde tek başına etkili olmadığını düşündürmüştür.

Ayrıca kemoterapi tedavisi alan lenfomalı kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada¹⁰³, hastaların üçüncü kür kemoterapiden sonra anksiyete seviyelerinin, kemoterapi öncesi başlangıç seviyesinden anlamlı olarak yüksek olması; Alacacioğlu ve arkadaşları'nın¹⁰⁴ kemoterapi alan hastalarda anksiyete düzeylerindeki değişimler konulu çalışmalarında da, kemoterapi öncesine göre kemoterapi sonrası azalma olmasını belirlemeleri bu araştırma sonucuyla uyumlu bulunmuştur.

Deney grubunda yer alan hastalara ait durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında (**Tablo 4.4**); deney grubundaki hastaların durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete puan ortalamasının müzik terapi sonrası düştüğü ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Durumluk anksiyete puanının düşmesi deney grubundaki hastaların müzik

terapi sonrası anksiyetelerinin azaldığını göstermiştir. Beyin dalgaları müzik ile hızlandırılıp yavaşlatılabilmekte, kas gerilimi ve hareketlerini koordine etmeye yardımcı olarak, anksiyolitik etki yapmaktadır¹⁰⁶. Bu araştırmanın sonucu farklı hasta grupları ile yapılan çalışma¹⁰⁹⁻¹¹² sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasında (**Tablo 4.4**); deney grubunun durumluk anksiyetesi son test puan ortalaması, kontrol grubu son test puan ortalamasından düşük olmakla birlikte aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Li ve arkadaşları²³ meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, müzik terapinin hastaların anksiyete düzeyleri üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu bulmuşlardır. Bu araştırmanın sonucu daha önce yapılan çalışmaların^{22,110-112} sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.

Psikososyal girişim olan müzik terapisi, kanser gibi sağlıkla ilgili sorunların tedavisinde tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır²⁸. Müziğin, insan beyninde mutluluk, neşe, elem, öfke ve nefret gibi algılamalarla ilgili duygusal alanları yakından etkilediği ve bu doğrultuda insan üzerinde önemli bir etki yarattığı bilinen bir gerçektir. Müziğin bu özellikleri birer terapi faktörü sayılmaktadır²⁹. Bu çalışmada, müziğin hastaların uyku kalitesini artırıp, anksiyete düzeylerini düşürmesinde; müziğin terapi faktörü özelliğinin etkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu sonuçlar H2 “**Yaşlı kanser hastalarına uygulanan müzik terapi hastaların anksiyete düzeylerini azaltır**” hipotezini doğrulamaktadırlar.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Müzik terapinin yaşlı kanser hastalarının anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Kontrol grubunda yer alan hastaların uyku kalitesi toplam puan ortalamasının grup içi karşılaştırılmasında; son test uyku kalitelerindeki artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
- Deney grubunda yer alan hastaların uyku kalitesi toplam puan ortalamasının grup içi karşılaştırılmasında; müzik terapi sonrası uyku kalitelerindeki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, yani müzik terapinin hastaların uyku kalitesinin artmasında etkili olduğu,
- Kontrol grubunda yer alan hastaların durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında; son test anksiyete düzeylerindeki azalışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
- Deney grubunda yer alan hastaların durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında; müzik terapi sonrası anksiyete düzeylerindeki azalışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, yani müzik terapinin hastaların anksiyete düzeylerinin azalmasında etkili olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Müzik terapinin hemşirelerin klinik uygulamaları arasında yerini alması ve aktif olarak kullanılması,
- Müzik terapisinin durumluk anksiyetesine etkisini daha iyi gözlemlemek için ön test uygulamasının kemoterapiden en az bir hafta sonra uygulanması,
- Bu çalışmanın daha büyük örneklem gruplarıyla ve farklı kanser hastalarıyla tekrarlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri 2014. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri>. 26 Haziran 2015.
2. Gultekin Z, Pinar G, Pinar T, Kiziltan G, Dogan N, Algier L, Bulut I, Ozyilkan O. Health-Related quality of life and health care services expectations of the patients with lung cancer. *International Journal of Hematology and Oncology*, 2008, 18: 32-39.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Daire Başkanlığı. 2008 Yılı Türkiye Kanser İnsidansları. http://kanser.gov.tr/Dosya/kayitcilik/2008-Rapor_1.pdf. 28 Mayıs 2015.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2005 Hastalık Yükü Final Raporu. http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf. 15 Haziran 2015
5. Vural S, Karaman S. Çocukluk çağı kanserlerine eşlik eden belirti ve bulgular. *Journal of the Child*, 2014; 14.
6. Arslan Z, Yiğit R, Temel GÖ. Lösemi hastası çocuk ebeveynlerinin çocuğun bakımına ilişkin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 7(2): 58-68.
7. Eker İ, Gürsel O, Kürekçi AE. Çocukluk çağı hematolojik malignitelerinde beslenme. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2014.
8. Kudubeş AA. Çocuğun kansere bağlı yaşadığı yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 2014, 29(3).
9. Bağçivan G, Uysal N, Karaaslan A, Kapucu S, Talas M S, Terakye G. Türkiye’de 2009-2013 yılları arasında yayınlanmış olan onkoloji hemşireliği

- alanında yapılmış araştırmaların incelenmesi: Sistematik derleme. *Turkish Journal of Oncology*, 2015, 30(1).
10. Özdemir S. Kemoterapi alan lösemili çocuklarda hasta ailesine ve bakım veren hemşireye yapılan eğitimin oral mukozitlerin kontrolüne etkisi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2011.
 11. İstatistiklerle Yaşlılar. Türkiye İstatistik Kurumu. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=265 24 Haziran 2015
 12. Kaya O, Moran M, Tafikin YE, Özkardefi A, Özmen MM. Yaşlanma ve kanser: genel cerrahi kliniklerinden kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 2007; 10: 5-9.
 13. Karadakovan A. *Yaşlı Sağlığı ve Bakım*, Ankara, Akademisyen Kitapevi, 2014.
 14. Altındış M. *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakım*, İstanbul, İstanbul Kitapevi, 2013.
 15. Özkan S. *Psikoonkoloji*, İstanbul, Form Reklam Hizmetleri, 2007.
 16. Gültekin M, Boztaş G. Türkiye Kanser İstatistikleri. *Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, 2014, 43.
 17. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9:59- 66.
 18. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 2009; 7:79.

19. Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner SG. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2015; 4(1).
20. Dogar IA, Azeem MW, Kiran M, Hussain I, Mehmood K, Hina I. Depression and anxiety in cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. *Pak Journal of Medical Science*, 2009; 25: 734.
21. Roscoe JA, Kaufman EM, Matteson SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S. Cancer related fatigue and sleep disorders. *Oncologist*, 2007, 12: 35-42.
22. Nightingale CL, Rodriguez C, Carnaby G. The impact of music interventions on anxiety for adult cancer patients, a meta-analysis and systematic review. *Integrative Cancer Therapies*, 2013, 12: 393-403.
23. Li XM, Zhou KN, Yan H, Wang DL, Zhang YP. Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: a randomized clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, 2012, 68: 1145-1155.
24. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1000 patients. *Supp Care Cancer*, 2000, 175-179.
25. Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2010, 26: 87-97.
26. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 9: 49- 51.
27. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1: 42-53.
28. Çoban A. *Müzik Terapi, Ruh Sağlığı İçin Müzikle Tedavi*. İstanbul, Timas Yayınları, 2005.

29. Şengül E. Kültür tarihi içinde müzikle tedavi ve Edirne Sultan II. Bayezid Darüşşifası. <http://dspace.trakya.edu.tr:8080/jspui/handle/1/779>. 24 Haziran 2015
30. Clair AA, Memmott J. Therapeutic uses of music with older adults. *American Music Therapy Association*, 2008.
31. Yener YA. Müziğin çocuklar ve yaşlılar üzerindeki etkileri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2011, 29: 119-124.
32. Tuna S. Kanserli geriatric hastalarda komorbidite ve klinik değerlendirme. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2007, 22: 192-196.
33. Kaya O, Moran M, Tafikin YE, Özkardefi A, Özmen MM. Yaşlanma ve kanser: genel cerrahi kliniklerinden kesitsel bir çalışma, *Turkish Journal Of Geriatrics*, 2007, 10: 5-9.
34. Bostankolu Ö, Öztürk B, Coşkun U, Büyükberber S, Benekli M. Yaşlı hastalarda kanser kemoterapisi. *International Journal of Hematology and Oncology*, 2008, 18-32.
35. U.S. Department of Health and Human Service. National Cancer Institute. <http://www.cancer.gov/>, . 15 Mayıs 2015.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kanser Önleme Çalışmaları. <http://kanser.gov.tr/Dosya/onleme/kanaseronleme.pdf,2014>. 18 Nisan 2015.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser Kontrolü 2009. http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf,2009. 12 Mart 2015.
38. Gül Ç, Arıkan H, Tosunoğlu M. *Genel Hematoloji*. İstanbul, Kriter Yayıncılık, 2010, 4-42.

39. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye İstatistikleri. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri>,2015. 26 Ekim 2015.
40. Mehta AB, Hoffbrand AV. *Heamatology At a Glance*, 1.Baskı, Blackwell Publishing, 2000: 54-55.
41. Birol L, Akdemir N, Bedük T. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara, 2004: 270-272.
42. Özkalemkaş F. *Akut Lösemiler*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2005, 576-80.
43. Oruç G. Erişkin akut lenfoblastik lösemide genetik risk faktörlerinin kantitatif pcr yöntemiyle analizi ve hasta özellikleri. *The Johns Hopkins Internal Medicine Board*, 2010, 1-36.
44. Estey E, Döhne H. Acute myeloid leukemia. *NCCN Practice Guidelines in Oncology*, 2006, 368-426.
45. Mughal TI, Goldman JM. Chronic myeloid leukemia: current status and controversies. *Oncology (Williston Park)*, 2004, 18: 837-847.
46. Yalçın A. Kronik Lenfositik Lösemi. 1. Baskı, Ankara, GATA Basımevi, 2001, 158-62.
47. Dişel U. Lenfoma epidemiyolojisi ve değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Medical Oncology-Spesial Topics*, 2009, 17-24.
48. Durna Z. *İç hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013.
49. Bozkurt MK. *Kemoterapi ve Kanser Kök Hücreleri*. İstanbul, Uyum Yayıncılık, 2007, 20-148.
50. Tunalı C. *Kanserde Tedavi Yöntemleri – Radyoterapi*. 15. Onkoloji Hemşireliği Kursu. Adana, 6-7 Nisan 2002: 3.

51. Şensöz M, Abacıoğlu U. *Radyoterapi Genel Bilgi ve Prensipleri, Kullanım Şekilleri ve Yan Etkileri*. Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu. İstanbul, 3-6 Ekim 2001: 199.
52. Özçelik H, Fadiloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2009, 24: 48-52.
53. U.S. Department of Health. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>. 28 Nisan 2015
54. Cetin M. Hematolojik aciller ve tedavileri. XXX. *Ulusal Hematoloji Kongresi Kitabı*, 2003: 7-23.
55. Mandel NM. *Kemoterapiye Bağlı Geç Yan etkiler. İçinde: Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar*. Nobel Tıp Kitabevleri, 2012, 441-446.
56. Üstüner Z, Taş F. Kanser Tedavi Prensipleri İçinde: *İç Hastalıkları Onkoloji*, Ed.: H. Onat. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2011: 43-67.
57. Kepiçoğlu N. Kemoterapi Uygulanan Hematolojik Maligniteli Hastalarda Oral Mukozit Riskinin ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek lisans Tezi, İstanbul, 2012.
58. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2014, 28: 85-92.
59. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara, Nobel Tıp Kitapları, 2014.
60. Tokgoz G, Yalu İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun A, Aker T. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9: 59-66.

61. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *Journal of Clinic Psychiatry*, 2001, 62-63.
62. Sertoz OO, Mete HE. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2004; 63.
63. Abraham M, NusSbaum MD. *DSM V Yönelimli Tanısal Görüşme*. Ankara, HYB Yayıncılık, 2015.
64. Birol L. *Hemşirelik Süreci*. Genişletilmiş 5. Baskı, İzmir, 2002: 14-18.
65. Carpenito-Moyet LJ. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (Çev. Erdemir F), İkinci Baskı, Nobel Kitabevleri, 2005: 404-405.
66. Özkan S. *Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser*. 5. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999 Kongre Kitabı, İstanbul, 1999, 140-153.
67. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003: 145-152.
68. Arthur Freeman. *Anksiyete Bozukluklarının Bilişsel Davranışçı Terapi*. İstanbul, Psikoloji Dizisi, 2014.
69. Beck AT, Emery G, Özakkaş T, Öztürk V. *Anksiyete Bozuklukları Ve Fobiler: Bilişsel Bir Bakış Açısı*. Litera Yayıncılık, 2006.
70. Tükel R, Alkın T. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara, TPD Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, 2006.
71. Sateia MJ. Sleep in patients with cancer and HIV/AIDS. *Journal of the American Medical Association* , 2002, 6: 489-495.
72. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013, 12(3).

73. Demiralp M, Oflaz F, Komurcu S. Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Nurse*, 2010, 19(7-8): 1073-83.
74. Turabi AH. İbn-i Sina'nın Kitabü's-Sifası'nda Musiki. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi. 2002.
75. Altınöğçek H. Bir İletişim Aracı Olarak Müzik ve Müzikle Tedavi Yöntemleri, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi. 2006.
76. Dogan B. *Avrupa'da Müzikle Tedavi*. Mephisto Basım Yayın, 2006.
77. Chlan L, Tracy MF. Music therapy in critical care: indication and guidelines for intervention. *Critical Care Nursing*, 1999, 3: 35-41.
78. Movaffaghi Z, Hasanpoor M, Farsi M, Hooshmand P, Abrishami F. Effects of therapeutic touch on blood hemoglobin and hematocrit level. *Journal of Holistic Nursing*, 2006, 24: 41-48.
79. Konecny VJ, Brown A, Wanic RA. Comparative Effects of Music and Recalled lifeevents on Emotional Stotel. *Psychology of Music*, 2008, 36: 289-308.
80. Ak Ş. *Avrupa ve Türk İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi Tarihi Gelişim ve Uygulamaları*. Konya, Konya Öz Eğitim Yayınevi, 1997.
81. Somakçı, P. *Türk Müziği Nazariyat Ve Solfeji*. İzmir, Bemol, 2007.
82. Terzioğlu A. *Türk-İslam Psikiyatrisinin ve Hastanelerinin Avrupa'ya Tesirleri*. İstanbul, Bifaskop Yayınevi, 1972: 24.
83. Hallaç S, Öz F. Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 3: 595-610.
84. Sabuncu N, Alpar ŞE, Özduilli K, Batmaz M, Bahçecik N, Özhan F, Dursun S. *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. Ankara, Alter Yayıncılık, 2008.

85. Özdemir Ü, Taşcı S. Onkoloji hastalarında tamamlayıcı ve destekleyici bakım uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 2015, 1(2), 72-81.
86. Bağ B. Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Current Approaches in Psychiatry*, 2013, 5: 21-30.
87. Bağ B. Depression in cancer patients. *Current Approaches in Psychiatry*. 2014, 6: 32-35.
88. Özkan S. *Meme Kanseri Hastaya Psikolojik Yaklaşım*. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 21-24 Eylül 2005, İstanbul, 165.
89. Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O. *Psikiyatri*. İstanbul. 2009.
90. Turgay O.M *Psikiyatri Konsültasyon Liyezon Hemşireliği Gelişimi, Rol ve Fonksiyonları*. İstanbul, Basımevi evi film Merkezi, 1993.
91. Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>. 15 Mayıs 2015.
92. Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Adana, Nobel Tıp Kitapevleri; 2010: 99-111.
93. Hayran O. *Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve İstatistik Yöntemler*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012.
94. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Review*. 1989, 2: 193-213.
95. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996, 2: 107-115.
96. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the state-trait anxiety Inventory*, 1970.

97. Öner N, LeCompte A. *State-Trait Anxiety Inventory Hand Book*. Istanbul, Turkey: Bogazici University. 1985.
98. Lafçı D. Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
99. Makamlar ve Etkileri. Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu. <http://tumata.com/ContentDetail.aspx?cid=5&SM=2>. 23 Mayıs 2015
100. Demiralp M. Gevşeme Eğitiminin, Adjuvan Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda Anksiyete, Depresyon Belirtileri, Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Gülhane askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006.
101. Kumar AM. Music therapy increases serum melatonin levels in patients with alzheimer's disease. *Alternative Therapies In Health And Medicine*, 1999, 5: 49.
102. Burns DS. The Effect of the BonnyMethod of Guided Imajery and Music on the Mood and Life Quality of Cancer Patients. *The Journal of Music Therapy (Electronic Journal)*, 2001, 38: 51-65.
103. Beser N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyetede depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Celal Bayar Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 7(1).
104. Alacacioğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz Y. Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 2007, 17: 87-93.
105. Jenkins MDA. Descriptive study of subject indexing and abstracting in international index to music periodicals rilm abstracts of music literatüre and the music index online. *Notes*, 2001, 834-63.

106. Chlan LL, Engeland WC, Anthony A, Guttormson J. Influence of music on the stress response in patients receiving mechanical ventilatory support: a pilot study. *American Journal of Critical Care*, 2007,16(2): 141-5.
107. Cantekin I, Tan M. The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. *Renal Failure*, 2013, 35(1): 105-109.
108. Pothoulak M, Macdonald RA, Flowers P, Stamataki E, Filiopoulos V, Stamatiadis D, Stathakis ChP. An investigation of the effects of music on anxiety and pain perception in patients undergoing haemodialysis treatment. *Journal of Health Psychology*, 2008, 13: 912-920.
109. Hernandez-Ruiz, E. Effect of music therapy on the anxiety levels and sleep patterns of abused women in shelters. *Journal Of Music Therapy*, 2005, 42: 140–158.
110. Clark M, Isaacks-Downton BM, Wells N, Redlin- Frazier S, Eck C, Hepworth JT. Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *Journal of Music Therapy*, 2006, 43: 247-265.
111. Horne-Thompson A and Grocke D. The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. *Journal Palliat Medical*, 2008, 11: 582–590.
112. Demiralp M, Oflaz F. Gevşeme eğitiminin meme kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011, 10(2).

EKLER

EK I. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Kübra GÖKALP
Doğum Tarihi: 10.10.1987
Doğum Yeri: Erzurum
Medeni Hali: Evli
Uyruğu: T. C.
Adres: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 25240 ERZURUM
Tel: 0 442 231 2364
E-mail: kubra.gungormus@atauni.edu.tr
Eğitim
Lise Erzurum Lisesi (2005)
Lisans Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2005-2009)
Yüksek Lisans Atatürk Üni./Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2009-2011)
Doktora -
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: ÜDS Puanı; 67.5
Almanca: -
Rusça: -
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Türk Hemşireler Derneği, Psikiyatri Hemşireleri Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler
Satranç oynamak, Kitap okumak, Tarihi yerler gezmek.

EK II: HASTA TANIRIM FORMU

1- Yaşınız.....

2- Cinsiyetiniz

1) Bayan 2)Erkek

3- Medeni durumunuz nedir?

1) Evli 2)Bekar

4- Çocuğunuz var mı?

1) Evet 2)Hayır

5- Eğitim düzeyiniz nedir?

1) İlkokul
2) Ortaokul ve dengi
3) Lise ve dengi
4) Yüksekokul / Fakülte

6- Mesleğiniz nedir?.....

7- Gelir gider durumunuz nasıldır?

1) Gelir giderden yüksektir
2) Gelir ve giderler dengelidir
3) Gelir giderden düşüktür

8- Hastalığın tanısı nedir?.....

9- Hastalığın tanı zamanı?.....

10- Hastalık nedeniyle alınan kür sayısı?.....

11- Hastalığın evresi?.....

12-Hastanede kalınan gün sayısı?.....

13- Başka bir Kronik hastalığı var mı?.....

14- Daha önce hastane deneyimi var mı?.....

EK III. PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ)

1. Geçen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız?

YATIS SAATİ _____

2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı ?

_____ DAKİKA

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız ?

KALKIS SAATİ _____

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz sürüden farklı olabilir.)

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ _____ SAAT

Asağıdaki soruların herbiri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay, asağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yasadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

- | | | | |
|-------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1) geçen ay boyunca hiç | 2) haftada birden az veya iki kez veya daha fazla | 3) haftada bir veya iki kez | 4) haftada üç veya daha fazla |
|-------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

- | | | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1) geçen ay boyunca hiç | 2) haftada birden az | 3) haftada bir veya iki kez | 4) haftada üç veya daha fazla |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

- | | | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1) geçen ay boyunca hiç | 2) haftada birden az | 3) haftada bir veya iki kez | 4) haftada üç veya daha fazla |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

- | | | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1) geçen ay boyunca hiç | 2) haftada birden az | 3) haftada bir veya iki kez | 4) haftada üç veya daha fazla |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

- | | | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1) geçen ay boyunca hiç | 2) haftada birden az | 3) haftada bir veya iki kez | 4) haftada üç veya daha fazla |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|

(f) Asırı derecede üsüdünüz

- | | | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1) geçen ay boyunca hiç | 2) haftada birden az | 3) haftada bir veya iki kez | 4) haftada üç veya daha fazla |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|

(g)Asırı derecede sıcaklık hissettiniz

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1) geçen ay
boyunca hiç | 2) haftada
birden az | 3)haftada bir
veya iki kez | 4)haftada üç
veya daha fazla |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

(h)Kötü rüyalar gördünüz

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1) geçen ay
boyunca hiç | 2) haftada
birden az | 3)haftada bir
veya iki kez | 4)haftada üç
veya daha fazla |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

(i)Ağrı duyduunuz geçen ay

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1) geçen ay
boyunca hiç | 2) haftada
birden az | 3)haftada bir
veya iki kez | 4)haftada üç
veya daha fazla |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

(j)Diğer neden(ler), lütfen belirtiniz

.....
.....

Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yasadınız?

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1) geçen ay
boyunca hiç | 2) haftada
birden az | 3)haftada bir
veya iki kez | 4)haftada üç
veya daha fazla |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

6.Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

Çok iyi _____

Oldukça iyi _____

Oldukça kötü _____

Çok kötü _____

7.Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1) geçen ay
boyunca hiç | 2) haftada
birden az | 3)haftada bir
veya iki kez | 4)haftada üç
veya daha fazla |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

8.Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1) geçen ay
boyunca hiç | 2) haftada
birden az | 3)haftada bir
veya iki kez | 4)haftada üç
veya daha fazla |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

9.Geçen ay ,bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

Hiç problem oluşturmadı _____

Yalnızca çok az bir problem oluşturdu _____

Bir dereceye kadar problem olusturdu ____
Çok büyük bir problem olusturdu ____
10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadasınız var mı?
Bir yatak partneri veya oda arkadası yok ____
Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadası var ____
Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil ____
Partner aynı yatakta ____

Eğer bir oda arkadasınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.

(a) Gürültülü horlama

1) geçen ay boyunca hiç	2) haftada birden az	3) haftada bir veya iki kez	4) haftada üç veya daha fazla
----------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------------

(b) Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar

1) geçen ay boyunca hiç	2) haftada birden az	3) haftada bir veya iki kez	4) haftada üç veya daha fazla
----------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------------

(c) Uyurken bacaklarda segirme veya sıçrama

1) geçen ay boyunca hiç	2) haftada birden az	3) haftada bir veya iki kez	4) haftada üç veya daha fazla
----------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------------

(d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya saskınlık

1) geçen ay boyunca hiç	2) haftada birden az	3) haftada bir veya iki kez	4) haftada üç veya daha fazla
----------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------------

(e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz

1) geçen ay boyunca hiç	2) haftada birden az	3) haftada bir veya iki kez	4) haftada üç veya daha fazla
----------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------------

EK IV. DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

		HEMEN HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
1	Şuanda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Şuanda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindiyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şuanda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şuanda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şuanda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şuanda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şuanda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şuanda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şuanda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şuanda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

		HEMEN HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
21	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK V. İZİNLER



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



SAYI : 2036991/68.00- 3033

07 TEM 2014

KONU : Tez Konusu Hk.

Sayın: Kübra GÜNGÖRMÜŞ
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Tez konusunun belirlenmesine ilişkin Enstitümüz Yönetim Kurulu'nun almış olduğu 03.07.2014 tarih ve "2014.26.6/d" sayılı kararı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr. Yayuz Selim SAĞLAM
MÜDÜR

EK: 1 Adet Karar

e-mail:sagbilenst@atauni.edu.tr
Harici Tlf : 0 442 - 236 09 70

Dahili Tlf : 0-442-231-4885-4886-4887-4895
Fax : 0-442 - 236 09 69

“2014.26.6/d ” ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI OTURUM TARİHİ 03.07.2014

6/d -Enstitümüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Kübra GÜNGÖRMÜŞ’ün tez konusunun belirlenmesine ilişkin Anabilim Dalı Başkanlığının 01.07.2014 tarih ve 414 sayılı yazısı görüşüldü. Kübra GÜNGÖRMÜŞ’ün tez konusu hakkında Tez Başvuru Formu, Tez öneri formu ve Etik Kurul Raporu dikkate alınarak Anabilim Dalı Başkanlığınca teklif edildiği şekli ile “ **Müzik Terapisinin Yaşlı Kanser Hastalarının Ansiyete ve uyku Kalitesi Üzerine Etkisi** ” olarak belirlenmesine, kararın öğrenciye ve Anabilim Dalı Başkanlığına bildirilmesine mevcudun oy birliği ile;

MÜDÜR
Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM

MÜDÜR YRD.
Prof. Dr. Abdulkadir YILDIRIM

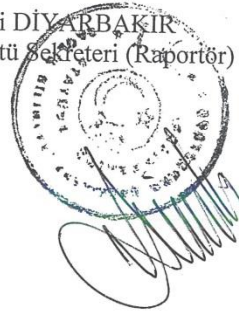
MÜDÜR YRD.
Doç. Dr. Reva BALCI AKPINAR

ÜYE
Prof. Dr. Mehtap TAN

ÜYE
Prof. Dr. Hayati Murat AKGÜL

ÜYE
Doç. Dr. Meltem ÇETİN
(Katılmadı)

Hilmi DİYARBAKIR
Enstitü Sekreteri (Raporör)





ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: “Müzik Terapisinin Yaşlı Kanser Hastalarının Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (x)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 16.06.2014 tarihinde yapılan toplantısında “Müzik Terapisinin Yaşlı Kanser Hastalarının Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi” konulu Yrd.Doç.Dr.Mine EKİNCİ ve Arş.Gör.Kübra GÜNGÖRMÜŞ'ün çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Mehtap TAN

Başkan

Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

Başkan Yrd.

Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Üye

Doç. Dr. Nadiye ÖZER

Üye

Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Sekreter/Raportör