



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



**PALYATİF BAKIM SERVİSİNDE YATAN
HASTALARA DİNLETİLEN MÜZİĞİN AĞRI
DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ;
RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA**

Doktora Tezi

Gönül DÜZGÜN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**İzmir
2020**

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**PALYATİF BAKIM SERVİSİNDE YATAN
HASTALARA DİNLETİLEN MÜZİĞİN AĞRI
DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ;
RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA**

Gönül DÜZGÜN

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir
2020

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

Başkan: Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN
(Danışman)



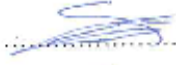
Üye: Prof. Dr. Yasemin TOKEM



Üye: Doç. Dr. Öznur USTA YEŞİLBALKAN



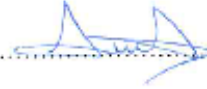
Üye: Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ



Üye: Doç. Dr. Özlem UÇUR



Üye: Doç. Dr. Ali Maruf ALASKAN



Doktora tezinin kabul edildiği tarih:25/02/2020

Önsöz

Bu araştırma; Türkiye’de son altı yedi yılda farkındalığı artmış olan Palyatif Bakım servislerinde yatan kanser hastalarının yaşadığı sorunların giderilmesinde ilaç dışı yöntemlerin etkinliğinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitelerinin arttırılması öngörülerek gerçekleştirilmiştir.

Saygıdeğer hocam Sayın Ayfer KARADAKOVAN’ın Nefroloji alanında yapılmış olan deneysel araştırmaları incelememizi önerdiğinde ben de yapılmış araştırmaları taramış ve tez konuma ilham olan müzik alanında çalışma yapma kararına bu sayede varmıştım.

Araştırma uygulama aşamasında sürecin olumlu ilerlemesi ve hastaların büyük motivasyon, istek ve memnuniyetle katılmaları, servis doktor ve hemşirelerinin çalışmanın etkinliğini desteklemeleri de beni ciddi anlamda motive etmiştir.

Araştırmanın olumlu sonuçları ve ülkemizde Palyatif Bakım alanında yapılan hemşirelik çalışmalarının içinde önemli bir yer bulması ve farklı çalışmalara ışık tutabilmesi araştırmanın en değerli çıktıları olacaktır.

İzmir, 12.03.2020

Gönül DÜZGÜN

Özet

Palyatif Bakım Servisinde Yatan Hastalara Dinletilen Müziğin

Ağrı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi; Randomize Kontrollü Bir Çalışma

Amaç: Palyatif bakım servisinde yatan kanser hastalarına dinletilen müziğin ağrı düzeyine etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Araştırma deneysel olarak planlanan randomize kontrollü bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Temmuz 2018 – Temmuz 2019 tarihleri arasında SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde yatan kanser hastaları oluşturmuştur. Hastalar yaş, cinsiyet ve hastalık evresine göre randomize edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 60 hasta (30 girişim / 30 kontrol) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler Hasta Tanıtım Formu, Hasta İzlem Formu, Kısa McGill Ağrı Soru Formu, Genel Konfor Ölçeği, Durumluluk Kaygı Ölçeği ve Karnofski Performans Skalası kullanılarak toplanmıştır.

Kontrol grubu hastalarına sadece hekim istemi ile önerilen analjezik tedavisi verilirken, girişim grubundaki hastalara analjezik tedavisine ek olarak uzman desteğiyle tambur eşliğinde Türk musikisi makamlarından hicaz ve rast makamı kullanılarak müzik dinletilmiştir. Girişim grubundaki hastalara toplam altı kez ve her seans 10 dakika olacak şekilde müzik dinletisi yapılmıştır. Müzik dinletisinden önce hastanın ağrı düzeyi ve yaşam bulguları değerlendirilmiş ve müzik dinletisinden 5, 30 ve 60 dakika sonra tekrar hastanın yaşam bulguları ve ağrı düzeyi değerlendirilerek Hasta İzlem Formu'na kaydedilmiştir. İzlem parametrelerini oluşturan Hasta İzlem Formu her seansta kullanılırken, Genel Konfor Ölçeği, Durumluluk Kaygı Ölçeği ve Karnofski Performans Skalası müzik uygulaması öncesi, 3. uygulama sonrası ve 6. uygulama sonrası olmak üzere toplam 3 kez değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 25,0 programı kullanılmıştır. Bulgular, sayı, yüzde ortalama, standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık katsayıları ile değerlendirilmiştir. İki değişkenli karşılaştırmalar için Ki-Kare, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Zaman içerisinde yapılan ölçümlerin gruplar arası karşılaştırmalarda tekrarlayan ölçümlerde ANOVA kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0,05$ kabul

edilmiş ve örneklem sayısını belirlemek ve araştırmanın güçlülüğünü ortaya koyabilmek için güç analizi yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma örnekleme alınan hastaların %80'nini erkek hastalar oluşturmakta olup, örneklemin yaş ortalaması 62'dir. Hastaların %75'i akciğer kanseri tanısı ile hastanede yatmakta ve %75'i 4. evre kanser hastasıdır. Girişim ve kontrol grubunun müzik uygulama öncesi ve sonrası toplam ağrı puanı ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Girişim grubuna dinletilen müzik ağrı düzeyini azaltmıştır. Gruplar arasında müzik uygulama öncesi ve sonrası Durumluluk Kaygı Ölçeği, Genel Konfor Ölçeği ve Karnofsky Performans Skalası puanları arasında istatistiksel fark olup girişim grubunun kaygı ölçeği puanı kontrol grubundan daha düşük, konfor ölçek puanı kontrol grubundan daha yüksek ve performans düzeyi puanı kontrol grubundan daha düşük olduğu saptanmıştır. Müzik uygulaması sonrası gruplar arasında yaşam bulguları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olup girişim grubunun kan basıncı, nabız hızı ve solunum sayısı kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur. Girişim grubunun seçtiği rast ve hicaz makamlarının ikisi de ağrı puanlarını düşürmüştür ancak hicaz makamı tercih eden hastaların ağrı puanının daha fazla düştüğü görülmüştür. Ağrı puanları ile ölçek puanlarının korelasyonu incelendiğinde, kontrol grubunda ağrı ilk değerlendirme puanı ile durumluluk kaygı puanı arasında pozitif yönde, orta şiddette, girişim grubunda ise ağrı son değerlendirme puanı ile Karnofsky skalası puanı arasında pozitif yönde, orta şiddette anlamlı korelasyonların olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Palyatif bakım hastalarına dinletilen Türk musikisinin ağrı, kaygı, konfor ve fonksiyonel kapasite üzerinde ve yaşam bulguları kontrolünde etkin olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler; Müzik; palyatif bakım; ağrı; kaygı; konfor; fonksiyonel kapasite

Abstract

Effect of music on patients with pain in palliative care service: a randomized controlled study

Aim: This study aimed to investigate the effect of music on pain, anxiety, comfort and functional capacity of cancer patients received care in a palliative care unit.

Method: The population of this randomized controlled trial consisted of cancer patients hospitalized in the Palliative Care Service of the Tepecik Training and Research Hospital at Health Sciences University between July 2018 and July 2019. The patients were grouped according to age, sex, and disease stage and then included in the intervention and control groups by stratified randomization method. The sample of the study included 60 patients (30 interventions, 30 controls) who met the inclusion criteria. Data were collected using the Patient Identification Form (PIF), Patient Monitoring Form (PMF), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), General Comfort Scale (GCS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Karnofsky Performance Status Scale (KPSS).

Only the prescribed analgesic treatment was given to the patients in the control group while the patients in the intervention group, in addition to the analgesic treatment, listened to the Turkish classical music in maqams (modes) of their choice (Hejaz or Rast accompanied by an expert tambour (drum) player). The patients in the intervention group were given a total of six music sessions, ten minutes each. The patient's pain level and vital signs were evaluated before the music session, and 5, 30, and 60 minutes after the session and recorded in the PMF. The patients were evaluated with the GCS, STAI, and KPSS three times: before the first music session and after the third and sixth music sessions. The PIF and SF-MPQ were administered only once before the first music session. The patients in the control group were evaluated with the same tools at the same time points as those in the intervention group.

The data were analyzed using SPSS 25.0 program. Results were presented as frequency, percentage, mean, and standard deviation. The normal distribution of the data was tested with the skewness coefficient. Chi-square test, independent groups *t*-test, or Mann-Whitney U test was used for group comparisons. Repeated measures analysis of variance was used for the comparison of the repeated measurements in

the groups. Statistical significance level was set as $p < 0.05$ and power analysis was performed to determine the optimal sample size and to demonstrate the power of the study.

Results: The mean age was 62 years; 80% of the patients were male, 75% were hospitalized due to lung cancer, and 75% were stage-4 cancer patients. It was found that 48.3% of the patients were hospitalized for less than one week.

There was a significant difference between the mean total pain scores of the patients in the intervention and control groups before and after music therapy. Music therapy decreased the level of pain. Significant differences were found between the total STAI scores, GCS scores, and KPSS scores before and after the music therapy in the intervention and control groups. After the therapy, the STAI scores of the intervention group were lower than those of the control group, the GCS scores of the intervention group were higher than those of the control group, and the KPSS scores were lower and the mobility was higher in the intervention group compared to those of the control group.

There were significant differences between the intervention and control groups in terms of vitals; blood pressure, pulse, and respiratory rate after the music sessions in the intervention group were lower than those in the control group. Pain scores were significantly decreased after the music sessions in both Hejaz and Rast maqams; the decrease was more pronounced in those who listened to music in Hejaz maqam.

When the correlation between the pain scores and the scale scores was examined, it was found that there was a positive, moderate and significant correlation between the pain first assessment score and state anxiety score in the control group, and between the last assessment score and Karnofsky scale score in the intervention group.

Conclusion: It was demonstrated that Turkish classical music therapy improved the pain, anxiety, comfort, functional capacity, and the control of vital signs in cancer patients cared in the palliative care unit.

Keywords: music therapy; palliative care; pain; anxiety; comfort; functional capacity

İçindekiler

Önsöz.....	II
Özet.....	III
Abstract.....	V
İçindekiler	VII
Tablolar Dizini	XIV
Şekiller Dizini.....	XVIII
Grafikler Dizini.....	XIX
Kısaltma Listesi.....	XXI
Giriş.....	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	3
1.2. Araştırmanın Sorusu.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.4. Araştırmanın Varsayımları	5
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
1.6. Araştırmanın Amacı	6
Genel Bilgiler	7
2.1. Kanser.....	7
2.1.1. Kanser Ağrısı.....	8
2.1.2. Kanser Ağrısının Nedenleri	9
2.1.2.1. Kanser Hastalığına Bağlı Ağrı	9
2.1.2.2. Tedaviye bağlı gelişen ağrı	9
2.1.2.3. Kansere Bağlı Olmayan Ağrılar	10
2.1.3. Kanser Ağrısının Patofizyolojisi	10
2.1.3.1. Devam Ettiği Süreye Göre Ağrı Sınıflaması.....	10
2.1.3.2. Nörofizyolojik Oluşum Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflaması.....	11
2.2. Ağrı Teorileri.....	11
2.2.1. Kapı Kontrol Teorisi	11
2.2.2. Endorfin Teorisi	11
2.3. Ağrının Neden Olduğu Fiziksel Sorunlar.....	12
2.4. Ağrı Yönetimi.....	12
2.4.1. Farmakolojik Yöntemler	13
2.4.1.1. Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar.....	14

2.4.1.2. Opioidler	15
2.4.1.3. Adjuvan Analjezikler	15
2.5. Ağrı Tedavisinde Hemşirelik Yönetimi	16
2.5.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler	16
2.5.1.1. Müzik	17
2.5.1.2. Müziğin Tanımı ve Tarihçesi	18
2.5.1.3. Müziğin Sağlığa Etkisi.....	19
2.5.1.4. Müzik Makamlarının Sağlığa Etkileri.....	20
2.5.1.5. Tanbur ve Özellikleri	21
2.5.1.6. Müzik Uygulamasının Kullanıldığı Bilimsel Çalışmalar	21
Gereç ve Yöntem.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	24
3.3.1. Örneklem Seçim Ölçütleri	24
3.3.2. Örneklem Dışında Tutulma Ölçütleri;	25
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	25
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri.....	25
3.5.1. Araştırmanın Uygulanması.....	26
3.6. Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	28
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek III).....	28
3.6.2. Hasta İzlem Formu (Ek IV)	29
3.6.3. Ağrı Ölçeği-Kısa Mcgill Ağrı Soru Formu (Ek V).....	29
3.6.4. Genel Konfor Ölçeği (Ek VI)	30
3.6.5. Durumluluk Kaygı Ölçeği (State- Trait Anxiety Inventory-STAI) (Ek VII) 31	
3.6.6. Karnofsky Performans Skalası (Ek VIII).....	32
3.7. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	32
3.8. Süre ve Olanaklar	32
3.9. Etik Açıklamalar	33
Bulgular.....	34
4.1. Araştırmaya Katılan Girişim ve Kontrol Gurubu Hastaları	34
4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri.....	35
4.2.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri..	35

4.2.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Deneyimledikleri Ağrının Niteliğine Göre Tanımlayıcı Bulgular	37
4.2.3. Girişim Grubundaki Hastaların Tercih Ettiği Müzik Makamına İlişkin Bulguları.....	38
4.3.1. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşları ile yaşam bulgularının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları	39
4.3.2. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları	40
4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguları.....	41
4.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik dinleme alışkanlıklarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları	44
4.6.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının birinci müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılatırılması	45
4.6.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının ikinci müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırılması	47
4.6.3. Girişim ve kontrol grubu hastalarının üçüncü müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırılması	49
4.6.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının dördüncü müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.....	51
4.6.5. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının beşinci müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırılması	53
4.6.6. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının altıncı müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırılması	55
4.7.1. Girişim grubunun birinci müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması.....	57
4.7.2. Girişim grubunun ikinci müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması.....	59
4.7.3. Girişim grubunun üçüncü müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması.....	61
4.7.4. Girişim grubunun dördüncü müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması.....	63

4.7.5. Girişim grubunun beşinci müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması.....	65
4.7.6. Girişim grubunun altıncı müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması.....	67
4.8.1. Girişim ve kontrol grubu hastalarının birinci müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması...	69
4.8.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının birinci müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması	71
4.8.3. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ikinci müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması	72
4.8.4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ikinci müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması.....	73
4.8.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının üçüncü müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması...	74
4.8.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının üçüncü müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması.....	75
4.8.7. Girişim ve kontrol grubu hastalarının dördüncü müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması...	76
4.8.8. Girişim ve kontrol grubu hastalarının dördüncü müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması.....	77
4.8.9. Girişim ve kontrol grubu hastalarının beşinci müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması...	78
4.8.10. Girişim ve kontrol grubu hastalarının beşinci müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması.....	79
4.8.11. Girişim ve kontrol grubu hastalarının altıncı müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması...	80
4.8.12. Girişim ve kontrol grubu hastalarının altıncı müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması.....	81

4.9. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Nabız Değerlerinin İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Bulguları.....	82
4.9.1. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin birinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	82
4.9.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin ikinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	83
4.9.3. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin üçüncü müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	84
4.9.4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin dördüncü müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	85
4.9.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin beşinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	86
4.9.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin altıncı müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	87
4.10. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Solunum Sayısının İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular	88
4.10.1. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının birinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	88
4.10.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının ikinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	89
4.10.3. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının üçüncü müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	91
4.10.4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının dördüncü müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	93
4.10.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının beşinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	95
4.10.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının altıncı müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması	97
4.11. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Karnofsky Performans Skalası Değerlerinin Müzik Uygulaması İle İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular	99

4.12. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Durumluluk Kaygı Ölçeği Değerlerinin Müzik Uygulaması İle İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular	101
4.13. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Genel Konfor Ölçeği Değerlerinin Müzik Uygulaması İle İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular.....	103
4.14. Girişim ve kontrol grubunun İlk ve son ağrı değerlendirme puanlarının durumluluk kaygı, genel konfor ölçeği ve Karnofsky skalası puanları ile korelasyonu	105
4.15. Girişim gurubu hastalarının müzik uygulaması ile ilgili görüşleri	106
Tartışma	108
I. Girişim ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı ve klinik özelliklerine ilişkin bulgularının incelenmesi.....	108
III. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası ağrı puanı ortalamaları ile ilişkili bulgularının incelenmesi.....	108
IV. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası Genel Konfor Ölçeği bulgularının incelenmesi	108
V. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası Durumluluk Kaygı Ölçeği bulgularının incelenmesi	108
5.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Tanıtıcı Ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi.....	109
5.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası yaşam bulgularının incilenmesi.....	112
5.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Müzik Uygulaması Öncesi ve Sonrası Ağrı Puanı Ortalamalarına Ait Bulgularının İncelenmesi.....	114
5.4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası Genel Konfor Ölçeği bulgularının incelenmesi.....	115
5.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası Durumluluk Kaygı Ölçeği bulgularının incelenmesi	116
5.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası Karnofsky Performans Skalası bulgularının incelenmesi	117

5.7. Girişim ve kontrol grubunun ilk ve son ağrı puanlarının durumluluk kaygı ölçeği, genel konfor ölçeği ve Karnofsky performans skalası puanları ile korelasyonunun incelenmesi.....	118
5.8. Girişim grubu hastalarının müzik uygulaması ile ilgili görüşlerinin incelenmesi	119
Sonuç ve Öneriler.....	122
6.1. Sonuçlar.....	122
6.1.1. Girişim ve kontrol grubu hastaların tanıtıcı ve klinik özellikleri ile ilgili sonuçlar	122
6.1.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması sonrası ağrı, kaygı, konfor ve fonksiyonel kapasitesi ile ilgili sonuçlar.....	123
6.1.3. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması ile yaşam bulguları (SKB, DKB, nabız, solunum sayısı) ile ilgili sonuçları.....	124
6.1.4. Girişim gurubu hastalarının müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından ağrı düzeyleri ile ilgili sonuçlar.....	124
6.1.5. Girişim grubu hastalarının müzik uygulaması ilişkin görüşleri ile ilgili sonuçlar	124
6.2. Öneriler	125
Kaynaklar	126
Ekler	137
Ek-I Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu için)	137
Ek-II Aydınlatılmış Onam Formu (Girişim Grubu için)	138
Ek –III Hasta Tanıtım Formu	139
Ek- IV Hasta İzlem Formu	142
Ek- V Kısa McGill Ağrı Soru Formu (K-MASF)	143
Ek- VI Genel Konfor Ölçeği	144
Ek- VII Durumluluk Kaygı Ölçeği (State- Trait Anxiety Inventory-STAI).....	146
Ek- VIII Karnofski Performans Skalası	147
Ek-IX Etik Kurul İzin Belgeleri	148
Ek X Tez Konusu İzin Belgesi	151
Ek XI Ölçek İzinleri.....	152
Teşekkür.....	154
Özgeçmiş	155

Tablolar Dizini

Tablo 1; Genel Konfor Ölçeğinin Değerlendirilmesi	31
Tablo 2; Araştırma süreci	33
Tablo 3: Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine ilişkin Bulguları	35
Tablo 4: Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Deneyimledikleri Ağrının Niteliği	38
Tablo 5: Girişim grubundaki hastaların uygulamalar sırasında tercih ettikleri müzik makamları	38
Tablo 6: Uygulama öncesi girişim ve kontrol gruplarının yaş ve yaşam bulgularının karşılaştırılması	40
Tablo 7: Uygulama öncesi girişim ve kontrol gruplarının ölçek puanları açısından karşılaştırılması	41
Tablo 8: Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin karşılaştırılması	42
Tablo 9: Girişim ve kontrol grubundaki hastaların müzik dinleme alışkanlıklarının karşılaştırılması	44
Tablo 10: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması	46
Tablo 11: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması	48
Tablo 12: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması	50
Tablo 13: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması	52
Tablo 14: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması	54
Tablo 15: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması	56
Tablo 16: Birinci müzik uygulamasında girişim grubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması	58
Tablo 17: İkinci müzik uygulamasında girişim grubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması	60

Tablo 18: Üçüncü müzik uygulamasında girişim gurubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.....	62
Tablo 19: Dördüncü müzik uygulamasında girişim gurubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.....	64
Tablo 20: Beşinci müzik uygulamasında girişim gurubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.....	66
Tablo 21: Altıncı müzik uygulamasında girişim gurubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması	68
Tablo 22: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde sistolik kan basıncı (SKB) değerlerindeki değişim.....	70
Tablo 23: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim.....	71
Tablo 24: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde SKB değerlerindeki değişim.....	72
Tablo 25: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim.....	73
Tablo 26: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde SKB değerlerindeki değişim.....	74
Tablo 27: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim.....	75
Tablo 28: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde SKB değerlerindeki değişim.....	76
Tablo 29: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim.....	77
Tablo 30: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde SKB değerlerindeki değişim.....	78
Tablo 31: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim.....	79
Tablo 32: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde SKB değerlerindeki değişim.....	80
Tablo 33: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim.....	81

Tablo 34: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim.....	82
Tablo 35: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim.....	83
Tablo 36: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim.....	84
Tablo 37: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim.....	85
Tablo 38: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim.....	86
Tablo 39: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim.....	87
Tablo 40: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.....	88
Tablo 41: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.....	90
Tablo 42: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.....	92
Tablo 43: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.....	94
Tablo 44: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.....	96
Tablo 45: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.....	98
Tablo 46: Müzik uygulaması ile zaman içinde Karnofsky Performans Skalası'ndaki değişim	100
Tablo 47: Müzik uygulaması ile zaman içinde durumluluk kaygı ölçeğindeki değişim.....	102
Tablo 48: Müzik uygulaması ile zaman içinde genel konfor ölçeğindeki değişim	104
Tablo 49: Girişim ve kontrol grubunun İlk ve son ağrı puanlarının durumluluk kaygı ölçeği, genel konfor ölçeği ve Karnofsky performans skalası puanları ile korelasyonu	106

Tablo 50: Girişim grubu hastalarının müzik dinletisi ile ilgili görüşleri107



Şekiller Dizini

Şekil 1; Araştırmanın örneklem diyagramı34



Grafikler Dizini

Grafik 1: 1. müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.....	47
Grafik 2: 2. müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.....	49
Grafik 3: 3. müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.....	51
Grafik 4: 4. müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.....	53
Grafik 5: 5. müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.....	55
Grafik 6: 6. müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.....	57
Grafik 7: Birinci müzik uygulamada tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.....	59
Grafik 8: İkinci müzik uygulamada tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.....	61
Grafik 9: Üçüncü müzik uygulamada tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.....	63
Grafik 10: Dördüncü müzik uygulamada tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.....	65
Grafik 11: Beşinci müzik uygulamada tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.....	67
Grafik 12: Altıncı müzik uygulamada tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.....	69
Grafik 13: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.....	89
Grafik 14: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.....	91
Grafik 15: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.....	93
Grafik 16: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.....	95

Grafik 17: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim	97
Grafik 18: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim	99
Grafik 19: Müzik uygulaması ile zaman içinde Karnofsky Performans Skalası'ndaki değişim	101
Grafik 20: Müzik uygulaması ile zaman içinde durumluluk kaygı ölçeğindeki değişim	103
Grafik 21: Müzik uygulaması ile zaman içinde genel konfor ölçeğindeki değişim	105



Kısaltma Listesi

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
NCCAM	: The National Center for Complementary and Alternative Medicine
K-MASF	: Kısa McGill Ağrı Soru Formu
STAI	: Durumluluk Kaygı Ölçeği (State- Trait Anxiety Inventory)
NSAİİ	: Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı

Giriş

Çağdaş tıbbın etkisiyle insan ömrünün göreceli olarak uzaması sonucunda bazı kronik hastalıkların ve özellikle kanser gibi mali yükü fazla olan ve uzun tedavi süreci gerektiren, bireyi psikolojik olarak etkileyen ve bazı semptomların yaşam kalitesini azaltmasıyla dikkat çeken hastalıkların da görülme oranları artmaktadır. Kanser tanısı almak ve kanserle yaşamak bireylerde korku oluşturmakta ve süreçle baş etme motivasyonunu düşürmektedir (Gemalmaz A., Avşar G., 2015). Kanser hastalarının tanı almasından başlayarak yaşam sonuna kadar tüm süreçlerinde farklı fiziksel, manevi ve psikolojik desteğe ihtiyaçları olmaktadır. Temel ihtiyaçların yanında hastalığın ve tedavilerin getirdiği olumsuz durumların daha yakından izlenmesi ve mümkün olan en üst düzeyde bakımın sürdürülmesi gerekmektedir. Tüm dünyada yaygınlaşmaya başlayan palyatif bakım servisleri kanser gibi hayati risk taşıyan tüm hastalıklarda uygulanabilmektedir (ST Kavradım., ZC Özer., 2014). Palyatif bakım, latince "palliate (palliare)" kökenli bir kelime olup, '*koruyucu ya da kapsayıcı*' anlamına gelmektedir. İngilizce "palliative" kelimesi '*hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare*' anlamındadır (Kabalak A.A., Öztürk A.A., Çağıl H., 2013). Türk Dil Kurumu sözlüğünde palyatif sözcüğünün tanımı ise '*kısa ve belli bir süre için olan, tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak azaltan, dindiren (ilaç vb.)*' şeklinde tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu Sözlüğü, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1986 yılında palyatif bakımı '*tedavi edici yaklaşımların tükendiği son dönem hastalarında yapılan bir uygulama*' olarak tanımlamışken; 2002 yılında palyatif bakım tanımını '*yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan sorunlarla karşılaşan hastaların ve ailelerinin, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal/spiritüel sorunlarının erken dönemde saptanarak ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile yaşam kalitesinin artırılması hedeflenen bir yaklaşım*' şeklinde genişletmiştir (WHO palliative care definition, 2002). Palyatif bakım hizmeti alan kanser hastalarında sıklıkla görülen semptomlar ağrı, konstipasyon, diyare, anoreksi, disfaji, bulantı-kusma, dehidratasyon, depresyon, deliryum ve yorgunluktur. Literatür incelendiğinde hastaların büyük bir çoğunluğunun ağrıdan yakındığı görülmektedir. İnsanların ortak deneyimlerinden biri olan ağrı, '*karmaşık ve hoş olmayan bir duygu*' olarak ifade edilmektedir (Scott F., Nadler DO., 2004). Yapılan araştırmalarda tanı anında hastaların %30'unda ağrı görülürken, aktif tedavi sırasında %50-70'inin, terminal dönemde %60-80'inin ağrı

deneyimledikleri bildirilmektedir (Tuncer S., 2012). Yapılan geniş kapsamlı bir derlemede küratif tedavi sonrası hastaların %33'de ağrı olduğu, aktif tedavi gören kanser hastalarının %59'unda ağrı olduğu ve ileri evre ve terminal evre kanser hastalarının ise %64'ünde ağrı olduğu belirtilmektedir (van den Beuken-van Everdingen MH., de Rijke JM., Kessels AG. et al., 2007). Yapılan başka bir araştırmada hastaların %90'mın palyatif bakım servisine geldiklerinde ağrısı olduğunu, yarısından fazlasının ağrı şiddetini 5 ve üzerinde tanımladıkları belirlenmiştir (Yılmaz A., 2015). Palyatif bakım hizmeti alan kanser hastalarının rahatlamasını sağlamak, yaşam kalitesini yükseltmek, olası komplikasyonlarını azaltmak ve hastanede gereksiz yatışlarını önlemek için etkin ve yeterli ağrı kontrolü sağlanmalıdır. (Yentür EA, 2007). Günümüzde yapılan çalışmalarda ağrı kontrolü için sıklıkla farmakolojik yöntemler tercih edilmektedir. Bunun başlıca nedenleri arasında etkisini çabuk göstermesi ve kolay uygulanabilir olması gelmektedir (Leleszi JP., Lewandowski JG., 2005). Nonfarmakolojik yöntemler bağımsız ya da ilaçlarla birlikte uygulandığında ağrıyı azalttığı için özellikle son yıllarda kullanım sıklığı artmıştır. İlaç dışı yöntemlerin amacı hastanın yaşam kalitesi arttırmak ve hastanın daha az ağrı kesici ilaca gereksinim duymasını sağlamaktır (Adams DP., Melissa L., Gary J. et al, 2008). İlaç dışı yöntemler arasında, periferik teknikler, bilişsel-davranışsal teknikler ve akupunktur gibi diğer uygulamalar olarak sınıflandırılmaktadır (Özveren H. , 2011). Periferik teknikler içinde sıcak ve soğuk uygulama, cilde mentol uygulaması, masaj gibi deri uyarım teknikleri sayılabilir. Bilişsel- davranışsal teknikler arasında gevşeme, müzik, hayal kurma gibi teknikler yer almaktadır (Kozier B., Berman A., Snyder S. et al., 2008).

Müzik tedavisi, farklı alanlarda çalışan bir çok profesyonel meslek tarafından tanımlanmıştır. Müziği tek bir ortak dille tanımlamak ya da bir tanımda birleştirmek zor olmakla birlikte tedavi sürecinde müziğin iyileştirici gücü başta gelmek üzere bir takım ilkelere birleşmektedir. Müzik, geleneksel bir tedavi ve psikososyal bir girişim olması nedeniyle bir çok sağlık sorununda ilaç dışı tedavi olarak kullanılmaktadır (Moreno JJ., 2001). Müzik tedavisi ritim, melodi, tını, dinamikler, harmoni ve formdan oluşan altı unsurdan oluşmaktadır. Müzik tedavisi, fizyolojik sistemi düzenlenmekle birlikte beden ve ruhun daha doğru bilgiyi alıp işlemesini sağlamaktadır. Yapılan bir çok bilimsel araştırmada müziğin çok güçlü bir sanat dalı olmasının yanında aynı zamanda bir bilim olarak kabul edildiği belirtilmektedir

(Birkan I., 2014). Günümüzde müzikle tedavi, dört ayrı şekilde uygulanabilmektedir. Bu yöntemler, konser dinletilerek (pasif tedavi), kişinin konsere dahil edilmesi ile (aktif tedavi), dansla (aktif tedavi) tedavi şeklinde uygulanmaktadır (Gençel Ö., 2006).

Palyatif bakım kanser hastalarında hastalığın ve uygulanan tedavi yöntemlerinin getirdiği yan etkilerin yol açtığı ağrıların giderilmesinde farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin farmakolojik yöntemlere ek olarak uygulanması yaşam kalitesi, hasta konforunun arttırılması ve semptom yükünün azaltılması açısından önemlidir.

1.1. Araştırmanın Problemi

Kanser hastaları palyatif bakım servislerine en sık yatan hasta gruplarından biridir. Kansere ve kanser tedavisine bağlı oluşan yan etkilerin erken evrelerde hastaların yaşam kalitesini bozması ve sağlık ekibinin hızlı tedavi yoluna gitmesine neden olan semptomlar yaşamaları nedeniyle palyatif bakım servisinden yararlanma oranları daha yüksektir.

Kanser hastalarının en çok yakındıkları semptomlardan biri ağrıdır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği ağrıyı, '*Vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, olası bir doku hasarı ile birlikte seyreden, insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan, emosyonel ve sensoriyal bir duyudur*' şeklinde tanımlamıştır (Eti Z., 2006). Kanser hastalarının ağrı deneyimi yaşamasıyla ilgili yapılan çalışmalarda kanserin doğasının yarattığı ağrı dışında tedavi ilişkili ağrıların da hastaları oldukça rahatsız ettiği ifade edilmektedir. Özellikle kemoterapi ajanları, radyoterapi, nöropatik ağrı, mukozit, kas ağrısı, kemik ağrısı gibi durumlar tedavi ilişkili ağrıya neden olmaktadır (Tuncer S., 2012).

DSÖ, kanser ağrısının kontrolünü amaçlayan bir tedavi şablonu yayınlamıştır. Ağrının şiddetine göre üç basamakta tedavi algoritması oluşturulmuştur. Basamaklı tedavi şablonunda, adjuvan ilaçlar ve non-opioid ilaçlar, zayıf opioidler ve güçlü opioidler yer almaktadır. Bu şablonda öncelikle oral yolun tercih edilmesi, ağrının şiddetine göre basamak seçilmesi, gün boyunca ağrı kontrolünü sağlayacak ilaçların kullanılması, tedavinin bireye özgü olması ve hastayla ilgili ayrıntılara dikkat edilmesi amaçlanmıştır (Mitra R., Jones S., 2012). Farmakolojik ajanlar dışında ağrının kontrol edilebilmesi için ilaç dışı yöntemler de kullanılmaktadır. Bu uygulamaların amacı hastanın gün içinde ihtiyaç duyduğu analjezik ilaçların dozunu azaltmak ve mümkün olduğunca hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Yapılan

birçok bilimsel çalışma ilaç dışı yöntemlerin yalnız ya da ilaçlarla birlikte uygulandığında ağrıyı azaltma ya da gidermede etkili olduğunu ortaya koymuştur (Anderson, K. O., Cohen, M. Z., Mendoza, T. R. et al., 2006)

Ağrı kontrol altına alınması için kullanılan ilaç dışı uygulamalardan biri de müzik tedavisidir (Özveren H., 2011). Müziğin tedavi edici özelliği ilk olarak şamanlarla başlamış olup batı medeniyetinde özellikle Antik ve Ortaçağ'da etkisini göstermiştir. İslam medeniyetinde sufiler müziğe oldukça fazla ilgi göstermiştir. Müziğin tedavi amacıyla kullanılması Osmanlı ve Selçuklu döneminde etkisini sürdürmüştür. Özellikle II. Dünya Savaşı'nda yaralanmış askerlere tedavi amacıyla müzik dinletilmiş ve ardından bu uzmanlık dalı dikkatleri üzerine çekmiştir. Müzik ile tedavi uzmanlarının artması gerektiği 1960'lı yıllarda fark edilmiş, belirli kurallar çerçevesinde bir disiplin haline gelmiştir (Aydın E., 2012).

1.2. Araştırmanın Sorusu

Araştırmada palyatif bakım servisinde yatan kanser hastalarına dinletilen müziğin ağrı, konfor, kaygı ve fonksiyonel kapasite üzerine etkisi incelendi. Bu bağlamda araştırmada yanıtlanması beklenen soru aşağıdaki gibidir;

1. Palyatif bakım servisinde yatan kanser hastalarına dinletilen müziğin ağrı, konfor, kaygı ve fonksiyonel kapasite üzerine etkisi var mı?

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın ana hipotezi 'Palyatif bakım servisinde yatan kontrol grubu kanser hastaları ile girişim grubu kanser hastalarının ağrı düzeyleri arasında fark vardır' olup diğer hipotezler araştırmanın alt hipotezlerdir.

H₁; Palyatif bakım alan girişim grubu kanser hastalarına dinletilen müzik ağrı düzeyini azaltır.

Araştırma soruları;

- Girişim grubundaki hastaların ilk izlem ile son izlem ağrı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Girişim grubundaki hastaların ilk izlem ile son izlem yaşamsal bulgular (kan basıncı nabız ve solunum değerleri) arasında fark var mıdır?
- Girişim grubundaki hastaların ilk izlem ile son izlem kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Girişim grubundaki hastaların ilk izlem ile son izlem konfor düzeyleri arasında fark var mıdır?

- Girişim grubundaki hastaların ilk izlem ile son izlem fonksiyonel kapasite düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Kontrol grubundaki hastaların ilk izlem ile son izlem ağrı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Kontrol grubundaki hastaların ilk izlem ile son izlem yaşamsal bulgular (kan basıncı nabız ve solunum değerleri) arasında fark var mıdır?
- Kontrol grubundaki hastaların ilk izlem son ile izlem kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Kontrol grubundaki hastaların ilk izlem son izlem ile konfor düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Kontrol grubundaki hastaların ilk izlem ile son izlem fonksiyonel kapasite düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Girişim grubundaki hastaların son izlem ağrı düzeyleri ile kontrol grubu hastalarının son izlem ağrı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Girişim grubundaki hastaların son izlem yaşamsal bulguları (kan basıncı nabız ve solunum değerleri) ile kontrol grubu hastalarının son izlem yaşamsal bulguları (kan basıncı nabız ve solunum değerleri) arasında fark var mıdır?
- Girişim grubundaki hastaların son izlem kaygı düzeyleri ile kontrol grubu hastalarının son izlem kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Girişim grubundaki hastaların son izlem konfor düzeyleri ile kontrol grubu hastalarının son izlem konfor düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Girişim grubundaki hastaların son izlem fonksiyonel kapasite düzeyleri ile kontrol grubu hastalarının son izlem fonksiyonel kapasite düzeyleri arasında fark var mıdır?

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama ve analiz yöntemleri, kullanılan araç/gereçler amaçları gerçekleştirebilecek yeterliliktedir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde yatan ve kanser tanısı olan hastalarda yapılmış olması, araştırmada yalnızca girişim grubuna müzik dinletilmesi, araştırmayı tek bir araştırmacının

yürütmüş olması ve veri toplama sürecinin belirli tarihler arasında olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

1.6. Araştırmanın Amacı

Araştırma palyatif bakım servisinde yatan hastalarına dinletilen müziğin ağrı düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.



Genel Bilgiler

2.1. Kanser

Sağlıklı bir yaşam döngüsü içinde gelişimin devamlılığı için hücrelerin düzenli aralıklarla yenilenmesi gerekmektedir. Ömrünü tamamlayan hücreler vücuttan uzaklaştırılırken onların yerine yeni hücreler gelmektedir. Bu dengeyi genler sağlamakta ve korumaktadır. Vücudumuzda genlerin bir kısmı hücrelerin bölünüp çoğalmasından sorumlu iken bazıları da ihtiyaçtan fazla üretilen hücrelerin baskılanmasında görevlidir. Bazen hücreler, hücre DNA'sında ve kromozomlarda anormal fonksiyon oluşturan değişiklikler neticesinde kontrolsüz olarak bölünmeye neden olmakta ve bu kontrolsüz büyüme yol açan bir grup hastalığa kanser adı verilmektedir. Bu anormal çoğalma ve büyüme yakın ve uzaktaki organlara yayılabilmektedir. Kanser hastalığı için ayrıca hücrenin invazyon ve metastaz özelliği kazanması gereklidir. Hücre siklusu beş fazdan oluşmaktadır. S evresi DNA sentezinin gerçekleştiği evredir. M evresi, S evresinin ardından mitoz bölünmenin gerçekleştiği evredir. G1 ve G2 evreleri, S ve M evreleri arasında kalan geçici duraklama evreleridir. Vücuttaki hücrelerin büyük çoğunluğu dinlenme evresinde (G0) beklemekte ve uygun bir uyarı ile hücre döngüsüne girmektedir. Kontrol noktalarında meydana gelen değişimler kanser gelişimine yol açabilmektedir (İçli F., Akbulut H., 2005).

Hücre döngüsünde bölünme, gelişme farklılaşma ve apoptozisi yönlendiren pek çok gen vardır. Hücre bölünmesi, gelişme ve farklılaşmasını sağlayan genlere Proto-onkogen adı verilirken, apoptozisi düzenleyen genlere tümör süpressör gen adı verilmektedir. Söz konusu bu genlerin çalışma ahengini bozan herhangi bir değişiklik, bu genlerde mutasyon, hücre proliferasyonu, farklılaşma ve apoptozisi etkileyerek kontrolsüz hücre çoğalmasına yol açmakta ve bu durum kanser oluşumuna neden olabilmektedir. Proto-onkogenlerin mutasyona uğramış olan genlerine onkogen adı verilir ve bu genler kanser oluşturabilecek potansiyeldedir. Tümör süpressör genler mutasyona uğradığında apoptozis işlevlerini kaybederek maligniteye zemin hazırlamaktadır. Kanserlerin yaklaşık %90'ı somatik hücredeki genetik değişikliklere bağlı olup kalıtsal değildir. Germ hücre kaynaklı formlar kanserlerin %10'unu oluşturmakta olup kalıtsaldır. Çevresel tetikleyiciler ve genetik yatkınlıklar gen dizilimini bozabilmektedir (Aliustaoğlu M., 2008).

Hücre çoğalması için gerekli olan sistem, büyüme faktörü adı verilen bir dizi polipeptidten oluşmaktadır. Hem proto-onkogen kaynaklı hem de proto-onkogen kaynaklı olmayan büyüme faktörleri, hedef hücrelerde bulunan spesifik büyüme faktörü reseptörlere bağlanmaktadır. Böylelikle bu reseptörler üzerinde yer alan tirozin kinaz enzimleri aktive olmakta ve ekstrasellüler sinyali bazı mekanizmalar aracılığı ile sitoplazmik proteinlere ve hücre çekirdeğine aktarılmaktadırlar. Sinyal iletiminin son aşamasında nukleustaki DNA'dan RNA yapımı ve DNA'nın replikasyonu uyarılmakta ve hücre çoğalması aktifleşmektedir. Bu döngüde yer alan genlerin birinde meydana gelen aşırı aktivasyon kontrolsüz hücre çoğalmasına neden olabilmektedir (Aliustaoğlu M., 2008). Hücre bölünmesi sınırlı kalabilirse benign tümörler oluşmaktadır. Komşu organlara invazyon ve uzak organlara yayıldığında hücreler kanser özelliğini kazanmış demektir; bu durum malignite ya da onkogeneze olarak tanımlanmaktadır (Oğur G., 2011).

2.1.1. Kanser Ağrısı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) ağrıyı, *'Vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan organik bir nedene bağlı olan ya da olmayan kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, sensoriyel, emosyonel hoş olmayan bir duygudur.'* şeklinde tanımlamıştır (Treede R. D., 2018). Palyatif bakım hastaları için Margo McCaffery *'Ağrı, hasta ne tanımlıyorsa odur'* ifadesini kullanmış ve hastanın hissettiği duygunun önemi üzerinde durmuştur. (Sarıhan E., Kadioğlu E., İğde FA., 2012). Son zamanlarda yapılan araştırma verilerine göre malign bir tümör nedeniyle tedavi gören hastaların %30 ila 50'sinin kronik ağrı deneyimlediği, bu durumun ilerlemiş kanserlerde %70-90 arasında görüldüğü belirtilmektedir (Keefe FA., Abernethy AP., Campbell CL. , 2005). Ülkemizde ve dünyada yapılan çarpıcı araştırma sonuçlarından biri de hastaların yaklaşık %50-80'inin terminal dönemde ağrı ile baş başa kaldıklarını belirtmesidir (Yılmaz A., 2015).

Kanser hastalarında ağrı, bazen ilk tanı konulduğu anda mevcut olabilmekte ya da tanı anında farklı seviyelerde görülebilmektedir. İleri düzey kanser hastalarının %70'inden fazlasında ağrı görülebilmektedir. Kronik ağrı durumu olarak kabul edilen kanser ağrısı oldukça kompleks yapıdadır ve sıklıkla da birden fazla nedenden kaynaklanabilmektedir. Kanser ağrısına bazen depresyon, gergin olma ve sinirlilik eşlik edebilmekte ve hastalığın kaynaklı fiziksel ağrının yanında bireyin ağrıyı algılama düzeyini etkileyebilmektedir. Yaşam kalitesini en fazla bozan semptom

ağrıdır. Özellikle ilerlemiş kanser hastalarının %70'inde, terminal dönem hastalarının %90'ında ağrı görüldüğü göz önüne alınırsa hasta konforunun ve yaşam kalitesinin ne kadar olumsuz etkilendiği de kolaylıkla anlaşılabilir (Sarihan E., Kadioğlu E., İğde FA., 2012).

2.1.2. Kanser Ağrısının Nedenleri

Kanser hastalarında ağrı etiyojilerine göre üç ana grupta incelenebilmektedir.

2.1.2.1. Kanser Hastalığına Bağlı Ağrı

Kanser hastalarının %77'sinde tümörün yayılım gösterdiği dokularda baskıya bağlı oluşan bir ağrıdır. Kansere bağlı ağrı nedenleri arasında;

- Kemik invazyonu
- Sinir kökleri ve pleksusların kompresyonu
- Tümörün sinir dokusuyla ya da damar ağıyla yayılımı
- İçi boş veya solid organ duktuslarının tıkanması
- Fasya, periost ve diğer ağrıya hassas yapıların yayılımı
- Muköz membran ve diğer ağrıya hassas yapıların enfeksiyon ve yayılımıdır (Keefe FA., Abernethy AP., Campbell CL. , 2005; Sarihan E., Kadioğlu E., İğde FA., 2012).

2.1.2.2. Tedaviye bağlı gelişen ağrı

Hastalara uygulanan radyoterapi, kemoterapi ya da cerrahi tedavi sonrası hastaların yaklaşık %19'unda ağrı oluşabilmektedir.

Cerrahi Tedavi Sonrası Gelişen Ağrılar

- Akut ameliyat sonrası ağrı
- Mastektomi ve toraks ameliyatı sonrası veya radikal boyun diseksiyonundan sonra görülen ağrılar, fantom ağrısı ve lenf ödemin yol açtığı ağrılar

Kemoterapi Sonrası Gelişen Ağrılar

- Gastrointestinal sistem hasarı, oral mukozit, kas ve eklem ağrıları, kardiyomiyopati, pankreatit, ekstremitasyon
- Periferik sinir hasarı, steroide bağlı psödoromatizma, aseptik kemik nekrozu

Radyoterapiye Sonrası Gelişen Ağrılar

- Cilt ve doku yanıkları, gastrointestinal sistemde görülen kramplar, proktit, mukozit

- Kemik nekrozu, radyasyon fibrozu, keratit, demiyelinizasyon, pnömoni, barsak ülserleri ve tıkanıklığı, myelopati gibi durumlar da radyoterapinin yol açtığı kronik dönem sorunlarıdır (Keefe FA., Abernethy AP., Campbell CL. , 2005).

2.1.2.3. Kansere Bağlı Olmayan Ağrılar

Bazı durumlarda kanser hastalarında gelişen ağrılar direkt hastalıkla ilişkili olmayabilmektedir. Örneğin hastaların %14'ünde ağrının nedeni postherpetik nevraljiler gibi kanser dışı nedenler yüzünden ortaya çıkmabilmektedir (Sarihan E., Kadioğlu E., İğde FA., 2012).

2.1.3. Kanser Ağrısının Patofizyolojisi

Kanser ağrısı temelde iki katagoride incelenmektedir. Bunlardan biri nosiseptif ağrı olarak adlandırılırken diğeri nöropatik ağrı olarak sınıflandırılmaktadır (Azevedo SLF., Kimura M., Jacobsen Teixeira M., 2006; Nicholson B., 2006)). Kanser hastalarında fizyolojik ağrılar yanında psikolojik ağrılarda oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda kanser hastalığının kişileri psikolojik olarak olumsuz etkilediği, ölümcül bir hastalık olması ve şiddetli ağrı çekecekleri inancı nedeniyle hastaları korkuttuğu ifade edilmektedir. Klinik olarak kanser tanısı alan hastaların lezyon tipi ve yerine göre ifade ettikleri ağrı şiddeti değişmektedir (Azevedo SLF., Kimura M., Jacobsen Teixeira M., 2006). Tanı anında hastaların %20-35'i, hastalık sürecinde %30-50'si ve terminal evrede ise hastaların %60-100'ü orta derecede ya da şiddetli ağrı çektiklerini ifade etmektedir. Kanser hastalığına bağlı ağrının sıklığının bu derece yaygın olması, hastaların bu durumdan psikolojik olarak da fazlaca olumsuz etkilenmesi gibi sebeplerle sağlık çalışanlarının bu alanda özel eğitime ve bilgiye sahip olması, bu süreci daha sağlıklı yürütmeleri ve hastanın yaşam kalitesini en üst seviyede sürdürmeleri gerekmektedir (Eti F., 2005). Temel olarak kanser ağrısı devam ettiği süreye ve nörofizyolojik oluşum mekanizmasına göre ikiye ayrılmaktadır (Barrett K.E., Barman S.M., Boitano S., et al., 2011).

2.1.3.1. Devam Ettiği Süreye Göre Ağrı Sınıflaması

- Akut Ağrı; sıklıkla 6 aydan kısa süren, iyi lokalize edilebilen, vücuda zarar veren bir olayın varlığını gösteren ağrı tipidir. Akut ağrıya yol açan sorunlar cerrahi işlemler, sıklıkla travma, infeksiyon, doku hipoksisi, enflamasyon gibi sorunlardır.

- Kronik Ağrı; genellikle 3 aydan uzun süren, multifaktöriyel ve tedavisi hem profesyonel sağlık ekibi hem de hasta açısından sabır isteyen bir ağrıdır. Kronik ağrı tedavisinde ağrı ve ilişkili semptomların giderilmesinin yanında maksimum fonksiyonelliğin sağlanması da hedeflenmelidir (Barrett Gültekin M., Özgül N., Olcayto E., et al., 2010; Barrett K.E., Barman S.M., Boitano S., et al., 2011).

2.1.3.2. Nörofizyolojik Oluşum Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflaması

- Somatik ağrı genellikle cilt ve kas-iskelet sisteminin derin dokularındaki nosiseptörlerden kaynaklanan yoğun, keskin bir acı hissidir.
- Visseral ağrı yaygın, lokalize edilmesi zor, derin bir basınç ya da sıkıştırma hissi şeklinde kendini belli eden bir ağrı olup iç organlardan kaynaklanmaktadır.
- Nöropatik ağrı merkezi ya da periferik sinir sisteminde meydana gelen bir hasardan kaynaklanır ve hastalar tarafından yanma, batma, elektrik çarpması, karıncalanma şeklinde tarif edilir (Barrett Gültekin M., Özgül N., Olcayto E., et al., 2010; Barrett K.E., Barman S.M., Boitano S., et al., 2011).

2.2. Ağrı Teorileri

Geçmişten bu güne ağrının nasıl bir mekanizmayla ortaya çıktığını açıklamak için birçok teori ortaya atılmıştır. Kapı Kontrol ve Endorfin Teorisi günümüzde hala geçerliliğini sürdüren teorilerdendir.

2.2.1. Kapı Kontrol Teorisi

Kapı Kontrol Teorisini Wall ve Melzak ortaya atmıştır. Teori ağrı algısının sinir sistemi tarafından değiştirilebilen deneyim olduğunu savunmaktadır. Ağrılı uyaranlarla ilgili bilgiler önce omurilikte değerlendirilmektedir. Buradaki nöronlar ağrılı uyaranın omurilik seviyesinde durdurmaya çalışmaktadır. Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol etmektedir. Kapı açık ise ağrılı uyaranlar bilinç düzeyine ulaşmakta, kapalı ise uyaran bilinç düzeyine ulaşmadığı için ağrı hissi meydana gelmemektedir (Aydın O.N., 2002).

2.2.2. Endorfin Teorisi

Endorfin Teorileri 1970'lerde ortaya atılmıştır. Endorfinler merkezi sinir sistemi tarafından üretilen narkotiklerin morfin gibi etki gösterip beyindeki opioid reseptör

alanlarına bağlanması ve ağrı uyarısının geçişini bloke etmesi yoluyla gerçekleşmektedir (Aydın O.N., 2002).

2.3. Ağrının Neden Olduğu Fiziksel Sorunlar

Kanser, fiziksel ağrıya yol açması yanında hastayı psikolojik olarak olumsuz etkilemesi nedeniyle mevcut duruma depresyon, öfke, gerginlik de eşlik edebilmektedir.

- Kanser ağrısı nedeniyle akciğerlerde vital kapasite azalmaktadır.
- Kanser hastalarında özellikle akciğerlere yakın alanlar olan abdominal ya da toraks cerrahisi sonrası akciğer kapasitesi gerileyebilmektedir. Ağrı derin soluk almayı kısıtlamakta ve öksürme refleksini zayıflatmaktadır. Kanserlin akciğer üzerindeki bu olumsuz etkilerine bağlı olarak hipoksi, atelektazi, akciğer enfeksiyonu gibi komplikasyonlar yaşanabilmektedir.
- Koroner arter hastalığı olan hastalarda ağrıya karşı oluşan yanıt sonucu anjinal ağrılara, aritmi ve hatta miyokart enfarktüsü meydana gelebilmektedir.
- Katekolamin ve katabolik hormonların ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucu sekresyonu artarken anabolik hormonların sekresyonları azalmaktadır. Oluşan bu değişiklikler sonucu sodyum ve su retansiyonu gelişmekte ve bu duruma bağlı olarak kan basıncı yükselmektedir.
- Ağrı aynı zamanda anksiyeteye de neden olabilmektedir. Anksiyete kas tonusunun artmasına neden olmaktadır. Kas tonusunun artışı oksijen tüketimini arttırarak laktik asit üretiminin artışına yol açmaktadır.
- Ağrının neden olduğu hareketsizlik sonucu kan akımı azalmakta, venöz tıkanıklıklar oluşabilmekte ve tromboembolik komplikasyonlar meydana gelmektedir.
- Ağrı, mesane ve üretra motilitesini azaltarak idrar yapmayı güçleştirmektedir (Eti AF., 2002).

2.4. Ağrı Yönetimi

Ağrı yönetiminin en önemli basamağı öncelikle ağrının ayrıntılı şekilde uygun ölçeklerle değerlendirilmesi ve ardından uygun tedavi planının hazırlanmasıdır.

- Hasta değerlendirmesi ayrıntılı anamnez ve primer hastalık tanısının öğrenilmesiyle başlamalıdır. Hastanın ağrısı değerlendirilirken ağrının nedeni, yeri, tipi, şiddeti, süresi, karakteristiği ve ağrıyı azaltan/arttıran etmenler ayrıntılı şekilde sorgulanmalıdır. Hastanın belirli aralıklarla ağrı düzeyi tap edilmelidir. Tedavi planlaması yapıditan sonra ilaç dozu yetersiz ise doz arttırılmalıdır. Hastada ilaca bağlı istenmeyen bir etki geliştiginde ise başka bir ilaca geçilmeli ve ilaç ihtiyacı azalıyorsa ilaç dozu azaltılmalıdır.
- Hastaya özel, bireyselleştirilmiş bir tedavi planı oluşturulmalıdır.
- Hastalar bazen oral yolu tolere edemedikleri için parenteral tedavi yöntemi seçilebilmektedir. Ancak ilerleyen dönemde hastanın genel durumu ve tercihi göz önünde bulundurularak oral veya transdermal yöntemle geçilip geçilemeyeceği kontrol edilmelidir.
- Hasta ve hasta yakını ağrı kontrolünde tedavi planına dahil edilmeli ve sağlık ekibi ile iş birliği konusunda motive edilmelidir.
- Hastalar genellikle birden fazla analjezik ilacı kullanmakta ya da daha önce deneyimlemiş olabilmektedir. Bu nedenle hastanın daha önce hangi ilaçları, günde kaç kere ve hangi dozda aldığı öğrenilmelidir. Böylelikle hasta için hazırlanan yeni tedavi planında uygun ilaç dozundan başlaması sağlanabilir.
- Hastanın yaşadığı ağrının tipi (nöropatik ya da nosiseptif ağrı) tedavi planında doğru ajanın seçilmesi açısından önemlidir.
- Ağrının şiddetini değerlendirmek için hastanın da sosyokültürel ve eğitim düzeyi göz önünde bulundurularak uygun ölçeğin seçilmesi gereklidir. Ağrı değerlendirmesinde sıklıkla görsel ve sayısal ölçekler, kısa ağrı değerlendirme formu veya kanser hastalarına özgü olan McGill ağrı değerlendirme formu kullanılmaktadır ((Sarihan E., Kadioğlu E., İğde FA., 2012; Kim MH., Lee KY., Park S. et al., 2017).
- Kanser ağrısının yönetiminde genellikle çeşitli ilaçlar ve ilaç dışı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler bazen tek başına bazen birlikte kullanılabilir.

2.4.1. Farmakolojik Yöntemler

Günümüzde yapılan çalışmalarda ağrı kontrolü için sıklıkla farmakolojik yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir. Sıklıkla tercih edilme nedeni çabuk etki göstermesi ve kolay uygulanabilir olmasıdır (Leleszi JP., Lewandowski JG., 2005).

DSÖ kronik ağrıda merdiven tedavi yöntemini önermektedir. Bu tedavi yönteminde amaç, hastanın ağrısına yanıt veren en doğru basamaktan başlayarak hastanın gereksiz ağrı çekmesine engel olmaktır. Hastanın hafif düzeyde bir ağrısı var ise öncelikle nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar veya parasetamol grubu ağrı kesiciler kullanılması önerilmektedir. Hastanın ağrısının devam etmesi veya artması durumunda ilk basamak ilaçlarla birlikte ya da tek başına zayıf narkotiklerin kullanılması, ağrının kontrol altına alınmaması durumunda ise üçüncü basamak tedavi olarak da güçlü narkotik ilaçlara geçilmesini önermektedir (Passik SD., Weinreb HJ., 2000).

Kanser hastalarında yapılan çalışmalar göstermektedir ki hastaların nerdeyse %50'si şiddetli ağrısı olduğu halde (%80) ağrı kontrolü için opioid grubu ilaçlar kullanmamaktadır. Basamak tedavi prensiplerinin uygulanması ile hastaların %80'inde ağrının azalabileceği belirtilmektedir (Christo PJ., Mazloomdoost D., 2008).

2.4.1.1. Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar

Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ) en sık kullanılan ilaç gruplarındandır. Genellikle hafif ağrılarda tek başlarına, orta ve şiddetli ağrıda yardımcı etki ile opioid dozunun azalmasında etkili olan ilaçlardır. NSAİİ etkilerini siklooksigenaz enzimini bloke ederek gösterirler. Bu brupta yer alan ilaç etken maddeleri arasında asetilsalisilik asit, asetaminofendir. Asetaminofen (parasetamol) en güvenilir analjezik olmasının yanında tek önemli yan etkisi günde 6 gr'dan fazla alınması durumunda karaciğer toksisitesi yapma riskidir. Asetilsalisilik asitin parasetemole göre yan etki potansiyeli daha yüksek olduğu için kanser ağrısının uzun süreli tedavisinde kullanımı önerilmemektedir. NSAİİ bağımlılık yapmazlar ve tolerans geliştirmeleri söz konusu değildir, ancak belli dozdan sonra yan etkiler artmakla birlikte etkinlikleri değişmeden kalmaktadır. NSAİİ oral yolla, kas içine, damar yolu ile ve rektal yolla kullanılabilir. En sık görülen yan etkileri arasında gastrik irritasyon, ülser ve kanamadır. Böbrek kan akımında azalma, idrar yapımında azalma, kan basıncı yüksekliği, trombosit fonksiyon bozukluğu nedeniyle kanama zamanında uzama, astım gibi alerjik hastalıkların tetiklenmesi gibi istenmeyen etkiler görülebilmektedir (Camu F., Vanlersberghe C., 2002; Israel FJ., Parker G., Charles M. et al, 2010).

2.4.1.2. Opioidler

Hastanın ağrısı ilk basamakla yeterince kontrol altında tutulamıyor ise diğer analjeziklere ek olarak zayıf opioid eklenmelidir. Eğer hastanın ağrısı hafif ya da orta şiddette ise, hızlı salınımlı zayıf opioid olan kodein, dihidrokodein, tramadol veya propoksifen kullanılmalıdır. Tramadol akut ve kronik, orta şiddetliden şiddetli ağrılara kadar geniş bir etkiye sahiptir. Kodein, oldukça iyi analjezik etki sağlamanın yanında uzun süreli kullanımda bile önemli düzeyde bağımlılık ya da toleransa neden olmamaktadır (Davis MP., Lasheen W., Gamier P., 2007).

Zayıf opioidlerin kullanımını sınırlayan nedenlerden biri ilaç dozunun artışına karşın etkisinin artmamasının yanında sadece yan etkilerinin görülmesidir. Bu durum ilacın tavan etkisi şeklinde ifade edilmektedir (Ripamonti CI, Bandieri E, Roila F., 2011).

Kuvvetli opioid ilaçların hızlı ve yavaş salınımlı formları ve bir çok uygulama yolu bulunmaktadır. İdeal ağrı kontrolü hızlı salınımlı olmayan ilaçların uygun sıklıkta ve dozda verilmesi ile sağlanabilmektedir. Ağrının yönetiminde kullanılan en temel ilaçlardan biri morfindir. Morfinin oral formu morfin sülfatdır ve parenteral kullanımda morfin HCl olarak ayrı formu mevcuttur. Morfin dozu hastanın ağrı düzeyine, hastanın beslenme durumuna, yaşına ve hastalığın mevcut durumuna göre değişebilmektedir. Morfinin 5 mg'lık tabletlerinin 4 saatte bir verimesi ile tedaviye başlanabilir. Ancak yaşlılarda ya da böbrek fonksiyonları bozuk olan hastalarda düşük doz ya da yarım doz başlanarak izlenmelidir. Hastanın ilaca yanıtı yetersiz olduğunda takip eden doz %30-50 oranında artırılmalıdır. Hasta izleminde ağrı azalmış ancak yan etkileri çokça görülüyor ise (uykulu olma hali, dalgınlık, yorgunluk, solunum sayısında düşme gibi) ilaç dozu yarıya düşürülmelidir (Davis MP., Lasheen W., Gamier P., 2007; Ripamonti CI, Bandieri E, Roila F., 2011).

2.4.1.3. Adjuvan Analjezikler

Adjuvan analjeziklerin asıl etki mekanizması ağrıyı azaltmak olmadığı halde nörotransmitter aracılığı ile analjezik etki göstermekte ve ağrı kesicilerin etkisini arttırmanın yanında yan etkilerini önleyen ilaç grubunu oluşturmaktadır. Sıklıkla adjuvant analjezikler, kronik nöropatik ve sempatik ağrılar, kemik ağrılarında olumlu etkiler göstermektedir. Kanser tedavisinde ağrı kesicilerin etkisini artırmak ya da destek tedavi amacıyla kullanılmaktadır. (Önal AS., 2006).

2.5. Ağrı Tedavisinde Hemşirelik Yönetimi

Hastaların ağrısı olduğunu bazı fiziksel ve psikolojik belirtilerden anlamak mümkündür. Özellikle hastayla daha uzun zaman geçiren hemşireler bu belirteçlere duyarsız kalmamalı ve gerekli önlemlerin alınması için multidisipliner bir bakış açısıyla tüm ekip üyeleri ile işbirliği yapmalıdır. Ağrısı olan hastanın, bunalmış görüntüsü, davranışlarının ve düşüncelerinin ağrı nedeniyle bozulabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Uyar M., Korhon E., 2011). Ağrının bazı fizyolojik göstergeleri vardır. Hastalar sıklıkla yüzünü buruşturma, gözlerini kapatma, huzursuz görünme, inleme gibi davranışsal belirtiler gösterirken, nabız hızının artması ya da solunum sayısının artması gibi fizyolojik göstergeler de olabilmektedir (Kwan M., 2010). Hastaların ağrıya verdikleri psikolojik belirtiler arasında konfüzyon, tedirginlik, korku, öfke, anksiyete, huzursuzluk gelmektedir (Uyar M., Korhon E., 2011).

Ağrının giderilmesine yönelik alınan önlemler yetersiz kaldığında hastaların çoğunun yaşam kalitelesi ciddi anlamda azalmakta, daha uzun süre hastanede yatmak zorunda kalmakta ve ölüm oranı yükselmektedir (Aslan FE., Badır A., 2005).

Hemşireler analjezik kullanımını azaltmak ve komplikasyonları önlemek için ilaç uygulamalarının yanı sıra nonfarmakolojik girişimlerden de yararlanmalıdır. İlaç dışı yöntemler hastanın analjezik kullanma oranını azalmayı hedeflemektedir. Bu yöntemleri hastalar rahatlıkla uygulayabilmektedir. İlaç dışı yöntemlerin yan etkisinin olmaması ve kişiye maddi yük getirmemesi gibi avantajları vardır. Literatürde ilaç dışı yöntemlerin gerek yalnız başlarına gerek ilaçlarla birlikte uygulanmasının ağrı şiddetinin azaltılmasında veya bütünüyle ağrının giderilmesinde etkili olduğu görülmektedir (Adams DP., Melissa L., Gary J. et al, 2008).

2.5.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler

Son zamanlarda özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık sorunlarını gidermek ve genel sağlığı korumak için modern tıp dışında başka tedavi alanları arayışına girdikleri ve bu oranın gün geçtikçe arttığı görülmektedir. Bu tip tedaviler '*Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler*' olarak adlandırılmaktadır. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) 20. yüzyılın ortalarından itibaren daha fazla kullanılmaya başlanmıştır. Hastalarda duygusal, ruhsal, fiziksel ve psikolojik iyilik hali sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (Turan N., Öztürk A., Kaya N., 2010). TAT uygulamaları ile ilgili '*Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Ulusal Merkezi (National Center for*

Complementary and Integrative Health- NCCIH); tam olarak uzlaşma sağlayamamakla birlikte bu tür uygulamaları 'sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamaları' şeklinde tanımlamıştır. Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society) ve Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute), hastalığın tıbbi tedavisi yerine kullanılan uygulamalara alternatif tedaviler olarak sınıflandırırken modern tıp ile birlikte kullanılan tedavilere ise tamamlayıcı tedaviler olarak adlandırmaktadır (Özçelik H., Fadiloğlu Ç., 2009).

TAT yöntemleri vücudumuzdaki enerji akışında yaşanan problemler nedeniyle vücudumuzda çeşitli sorunlar ve hastalıkların meydana geldiği üzerine temellenmiştir. Sağlık bütüncül olarak sadece fiziksel değil, emosyonel ve ruhsal faktörlerin de dengede olması ile ilişkili bir kavramdır (Borman P., 2009). NCCIH, tamamlayıcı ve alternatif tedavileri 5 başlık altında toplayarak gruplandırmıştır.

- Alternatif ve medikal sistemler
- Beden-Zihin müdahaleleri
- Biyolojik temelli tedaviler
- Manipülatif ve beden temelli tedaviler
- Enerji tedavileridir.

TAT kullanım sıklığının incelendiği bir çalışmada, Türkiye'nde yer aldığı 14 Avrupa ülkesinde kanser hastalarının %36'sının tamamlayıcı alternatif tedavi kullandığı tespit edilmiştir (Molassiotis A., Fernandez-Ortega P., Pud D. et al., 2005). TAT ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda hastaların TAT kullanım oranlarının sırasıyla %46.2, %14.3 olduğu görülmektedir ((Kav S., Hanoğlu Z., Algier L., 2008; Düzen KÖ., Korkmaz M., 2015).

Hemşirelik uygulamaları içinde tamamlayıcı ve alternatif tedaviler geniş yer bulmaktadır. Müzikle tedavi de girişimsel olmayan bir rahatlama tekniği olarak hemşirelik uygulamaları içinde yer almaktadır (Chlan LL, 2000).

2.5.1.1. Müzik

Müzik, farklı perdeleri, armonik bir düzende, farklı süre, yoğunluk ve tınıda bir araya getirebilme sanatıdır. Müzik, hayatın her döneminde kendine bir yer bulmuş ve insanlar üzerindeki olumlu etkileri sayesinde tedavi amacıyla kullanılmıştır (Yazıcı D., 2017). Müzik başlı başına tedavi edici olmadığı halde ağrısı olan, stresli ve

yardıma ihtiyacı olan kendini müzik ile ifade edebilen bireylerde tedavi edici özellik kazanmaktadır (Ünal FS., 2015).

Yeryüzündeki her varlık müziğin ahengi içinde yer almaktadır. Doğadan gelen sesler, duyguları ve dolaylı olarak düşünceleri yöneten müzik türleridir. Doğadaki kuşun, rüzgarın ya da suyun sesi, insane doğrudan etkilemektedir. Bilim insanları eski çağlardan bu yana, beden ve zihin hastalıklarının tedavisinde müziğin kullanılmasının oldukça önemli ve gerekli olduğunu savunmaktadır (Rio RE, Tenney KS, 2002; Esch T, 2004). Bu konuda yapılan birçok araştırmada müziğin; kronik ağrı, kanser, depresyon, hipertansiyon, madde bağımlılığı, ruh ve sinir hastalıkları gibi çok geniş bir perspektifte kullanıldığını göstermektedir (Birkan I, 2014).

2.5.1.2. Müziğin Tanımı ve Tarihi

Aslı Yunanca olan 'müzik' kelimesi, dünyanın her yerinde aynı anlama gelmektedir. Müzik, 'musica' sözcüğünden köken almıştır. Musica da Eski Yunanca'da 'mousike' veya 'mousa''dan gelmektedir. Birçok araştırmacıya göre 'muse – melek' anlamına gelmektedir. Mitolojiye göre Yunan tanrısı Zeus'un kızları sayılan dokuz peri kızına 'mousa (müz)'adı verilmiştir. İnanışa göre peri kızlarının görevi dünyanın güzelliklerini ve ahengini düzenlemektir (Rio RE, Tenney KS, 2002).

Müzikle tedavinin tarihi oldukça eskiye dayanmaktadır. Homera, müziği ameliyat sırasında kullanmış ve olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir. Platon ruhun derinliklerine etki ederek bireye hoşgörü ve rahatlık verdiğini ifade etmiştir. Aesculape ise, trampeti sağlığı tedavi etmek için kullanmıştır. Mısırlıların müzik ile ilgili yaşantılarının izlerini kabartma levhalardan ve duvar resimlerinden görmek mümkündür. Mısır'da yapılan arkeolojik kazılar sonucu pek çok müzik enstrümanına ulaşılmıştır (Tekçam G, 2017). Mısırlıların doğum sırasında müziği kullandığı bilinmektedir. Büyük Çin filozofu Konfüçyus 'Müzik yapıldığı zaman kişilerarası ilişkiler düzelir, gözler parlar, kulaklar keskin olur. Kanın hareketi ve dolaşımı sakinleşir.' Ifadesini kullanarak müziğin olumlu etkilerini açıklamıştır (Sağlamtimur B, 2016).

Türkler 6000 yıldan daha eski bir müzik tarihine sahiptir (Birkan I, 2014). M.Ö. 3000-2000 yıllarda Anadolu'ya yerleşen Oğuzlar'ın müziği, Şaman müziğine kaynak gösterilmektedir. Şamanların, davulu ile Kırgız Türkleri'nde baksı, benzer özelliktedir ve ikisi de dans, müzik, şiirle hastasını iyileştirmeye çalışmaktadır. Orta

Asya steplerinde baksılar ve şamanlar hala varlığını ve önemini sürdürmektedir. Türkler'in milattan önce Çin'de oranın müziğini kendi müzik kültürü ile etkiledikleri yönünde bulgulara rastlanmıştır. Asya Türk musikisi, İslamiyet'le harmanlandıktan sonra daha da güçlenerek tasavvuf müziği oluşmuştur. İslamiyet tarihinde Sufiler, müziği savunmuş ve müziğin iyileştirici gücünü ruh ve sinir hastalıklarında kullanmışlardır. Klasik Türk müziği, pentatonik müziğin (beş sesli müzik) gelişimi ile doğmuştur. Farabi makamların etkilerini kişinin hastalığına, kişiliğine, milliyetine, göre hatta gezegenlere, haftanın günlerine ve saatlere göre katagorize etmiştir (Birkan I, 2014).

İbn-i Sina (980-1037) musikinin tıpta oynadığı rolünü '*tedavinin en iyi yollarından, en etkililerinden biri hastanın akli ve ruhi güçlerini arttırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele etmek için cesaret vermek, çevresini sevimli ve hoşça gider hale getirmek, en iyi musikiyi dinletmek ve sevdiği insanlarla bir araya getirmektir*' olarak tanımlamıştır (Rio RE, Tenney KS, 2002).

2.5.1.3. Müziğin Sağlığa Etkisi

Müzik vücuda kulaklardan girip sinir liflerinden beyin sapına ulaşmaktadır. Beyin sapında, ilk önce müzik değerlendirilmekte ve analizi yapılmaktadır. Talamus beyin içinde müziğin durumuna karar vermektedir. Birinci korteks bölgeleri işitmeyi sağlamaktadır. Ardından temporal lobdan analiz yapılarak talamusun bu bilgileri alması sağlanmakta ve beyinde ilgili alanlara göndermektedir. Sağ beyin müziğin ilerlemesi üzerinde çalışırken, sol beyin uygun analizleri yapmaktadır. (Esch T, 2004).

Müzik insanlar üzerinde psikolojik veya fiziksel etkilere neden olabilmektedir.

Müzik tedavisinin psikolojik etkileri arasında;

- Psikolojik iyilik halini sağlamak
- Depresif duygu durumunda iyileşme sağlama
- Korku ve anksiyetenin azalmasını sağlama
- Kişinin motivasyonunu arttırarak kendini daha iyi ifade etme ve psikolojik güçlenmeyi sağlamaktadır (Gold C, 2004).

Müzik tedavisinin fizyolojik etkileri arasında;

- Hastanın stresle ilişkili fizyolojik bulguların azalmasını sağlamak
- Ağrı şiddetini azaltmak

- Uyku problemlerini çözmek
- Kemoterapiye bağlı bulantı kusma gibi semptomları azaltmak
- Anksiyete ve sosyal çekilmeyi azaltmaktır. (Esch T, 2004).

Müziğin hastanelerde tedavi amacıyla kullanılması XX. yüzyılda başlamış ve ilk uygulamalar anestezi alanında analjeziyi kolaylaştırmak amacıyla yapılmıştır. Özellikle XX. yüzyılın ortalarında, araştırmacılar müziğin anestezi dışında nöroloji ve fizyoloji üzerindeki etkilerini araştırmaya başlamışlardır (Pratt RR, 2004).

2.5.1.4. Müzik Makamlarının Sağlığa Etkileri

Makam kavramı, Türk müziğini ve melodik özelliklerini tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Gevrekzâde Hasan Efendi, İbnî Sîna, Farabi gibi birçok ilim adamı ve müzisyen Türk müziği makam etkilerini sınıflandırmış ve Türk müziğini tedavi amaçlı kullanmıştır. Müziğin herhangi bir yan etkisinin olmaması nedeniyle pek çok hastalık için bir destek tedavi yöntemi olarak kullanılabilmesi önerilmektedir (Somakçı P, 2003; Aker SN, 2014).

Türkiye’de ‘Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu’ tarafından yapılan bir çalışmada Farabi’nin Musiki-ul Kebir adlı kitabında müziğin makamlarının psikolojik etkilerini bir cetvel hâlinde gösterdiği ve makamların günün hangi saatinde insanlara iyi geleceğini ve etkili olacağını vurgulamıştır (Kolukırık K, 2014).

Rast makamının insana neşe ve huzur duygusu verdiği ve sabah ile öğlen saatleri arasında dinletilebileceğini ifade etmiştir. Aker ve arkadaşının (2014) yaptığı çalışmada rast makamının EEG (elektroensefalografi) bant güçlerini (alfa, beta, gamma dalgalarının güçleri) arttırarak kişide neşeyi arttırdığı belirtilmiştir (Aker SN, 2014). Şuuri Hasan Efendi 1693’te öldüğü bilinen Osmanlı şair hekimlerinden biridir. Şairin Tadil-i Emcize adlı eserinde bilginler üzerinde, rast makamının etkili olduğunu belirtmiştir (Ünal FS, 2015).

Hicaz makamının tevazu ve alçak gönüllülük uyandırdığını ve öğleden sonra dinletilmesinin daha iyi olacağı belirtilmiştir (Yener YA, 2011). Dervişler için, hicaz makamının daha etkili olduğu belirtilmiştir (Ünal FS, 2015).

2.5.1.5. Tanbur ve Özellikleri

Tanbur, günümüz müzik aletlerinden saz ve bağlamaya benzeyen telli ve mızraplı geleneksel Türk sanat müziği çalgılarından biridir (Tekçam G, 2017). Tanbur Türk makam müziği perdelerini sap üzerinde görünür hale getirdiği ve bütün güçlü sesleri mükemmel şekilde taklit edebilen tek saz niteliği taşıdığı için Türk Müsikisi'nde önemli bir yere sahiptir. Tarihte tanbur ile ilgili ayrıntılı ilk açıklamayı X. yüzyılda Farabi 'Kitab-ül-Musiki' adlı eserinde yapmış tanburu, kısa ve uzun saplı olmak üzere 'Horasan tanburu' ve 'Bağdat tanburu' şeklinde ifade etmiştir. Bir Türk çalgısı olan tanbur, Osmanlı Dönemi'nde İstanbul'da oldukça önemli bir çalgı haline gelmiştir. Bu dönemde, piyano çalmak gibi, tanbur çalmak da adeta bir kültür göstergesi haline gelmiştir. Bu dönemde pek çok tanburi yetişmiş, kazandırdıkları önemli eserlerle Türk makam müziğinin gelişimine katkıda bulunmuşlardır. Türk makam müziğinin en önemli makamları yine bu dönemlerde icat edilmiştir.. Tanbur çalgısı ve icrası, on dokuzuncu yüzyılda sanatında bir ekol haline gelen, Tanburi Cemil Bey tarafından ileri seviyelere taşınarak, Türk Makam Müziğinde yeni bir dönemin başlanmasını sağlamıştır (Özdemir GB, 2018).

2.5.1.6. Müzik Uygulamasının Kullanıldığı Bilimsel Çalışmalar

Kronik ağrı dünya genelinde oldukça yaygın olmakla birlikte farklı ülkelerde yapılan prevalans çalışmaları ülkeler arasında da oranların farklı olduğunu göstermektedir (RL, 2015; Dueñas M, 2015; Fayaz A, 2016). Kronik ağrı bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Ağrının yol açtığı yüksek doz opioid kullanma, anksiyete ve depresyon gibi hastalığa ikincil sağlık sorunları kronik ağrının önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Kronik ağrı çeken hastaların %10-50 arasında ikincil bir yetersizlik yaşadığı ifade edilmektedir (Garza-Villarreal EA, 2017).

Kronik ağrı yönetiminde zaman zaman yetersiz kalan farmakolojik tedavilere bazen alternatif bazen de yardımcı bir uygulama olarak müzik girişimleri uygulanabilmektedir. Son zamanlarda hastaların hastanede yatışı sırasında ve hastaneden çıktıktan sonra kronik ağrı yönetiminde müzik tedavinin kullanılması ile ilgili çalışmalara olan ilginin arttığı görülmektedir (Alparslan GB, 2016; Finlay KA, 2014; Gutgsell KJ, 2013). Literatürde ayrıca ilaca ek olarak müziğin olumlu sonuçlarını gösteren çalışmalarda sayıca artmaktadır (van der Heijden MJ, 2015; Hole J, 2015). Karadağ'ın (2015) yaptığı bir çalışmada kronik böbrek yetmezliği

olan hastalara 4 gün müzik dinletildikten sonra sistolik ve diyastolik kan basıncı ve nabız hızında anlamlı bir düşüş olduğu ve uyku kalitelerinin arttığı ifade edilmektedir (Karadağ E, 2015).

Garza-Villarreal ve arkadaşlarının (2017) yaptığı sistematik derlemede müzik dinlemenin, çeşitli kronik ağrı çeken hastalarda ağrı, anksiyete ve depresyon belirtilerini azalttığını göstermektedir. Ayrıca müziğin kaygı ve depresyon semptomlarını azaltmaya yardımcı olduğunu, kronik ağrıdaki yaygın komorbiditeyi azalttığını ifade etmiş ve müzik seçiminde hastanın seçtiği müziğin araştırmacının seçtiği müzikten daha etkin olduğunu belirtmiştir (Garza-Villarreal EA, 2017).

Palyatif bakım ve hospislerde müzik kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaların terminal dönemde olmaları ve etik açıdan uygun bir ortamın sağlanamaması endişesi nedeniyle yeterli çalışmaya rastlanamamaktadır. Aksine palyatif bakım hastalarının ve ailelerinin bu tür müdahalelere fazlaca ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca palyatif bakım kliniklerinde yaşam kalitesinin yükseltilmesi en önemli amaçlardan biri olduğu için devlet tarafından da finanse edilen bu bölümlerde olumlu verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Hastane yöneticileri özel programlara ayrılan fonların, terminal hastalığı olan hastalar için standart bakım kalitesini yükselttiğine dair kanıt oluşturması açısından palyatif bakımlarda hemşirelik müdahalelerine gereksinim duymaktadır. Bowers ve arkadaşının incelediği sınırlı örnekleme olan 6 araştırma sonucunda müzik tedavinin ağrı ve anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (Bowers TA, 2014). Porter ve arkadaşlarının (2017) palyatif bakımda açık uçlu sorularla hasta merkezli görüşme yöntemiyle yaptıkları bir çalışmada hastaların müzik terapisi sonrası rahatladıklarını ve bu durumun psikolojilerini olumlu etkilediğini ifade etmişlerdir. Müzik terapi seanslarını sabırsızlıkla beklediklerini, kendileri ve aileleri / arkadaşları için bir 'eğlence alanı' sağladığını fark ettiklerini belirtmişlerdir (Porter S, 2017). Sales ve arkadaşlarının (2011) terminal dönem kanser hastalarında yaptığı başka bir çalışmada hastalara hemşirelik bakımı verirken onların tercih ettiği Brezilya müzikleri eşliğinde haftada bir kez sekiz hafta üst üste girişimler uygulanmış ve daha sonra açık uçlu bir soru ile hasta ve yakınlarının müzik eşliğinde hemşirelik bakımının bıraktığı etkiler üzerinde konuşulmuştur. Hasta ve yakınları kendilerini daha konforlu ve rahat hissettiklerini ifade etmiştir (Sales CA, 2011).

Warth ve arkadaşlarının palyatif bakım hizmeti alan kanser hastalarına bir uzman eşliğinde tek seans halinde 30 dakika dinletilen canlı müziğin ağrıyı azalttığı ve konforu arttırdığı belirtilmiştir (Warth, 2015). Palyatif bakımda yapılan bir başka araştırmada dahil edilme kriterlerini karşılayan 293 hastanın müzik tedavi sonrası ağrı, kaygı, depresyon, nefes darlığı, ruh hali, yüz ifadesi ve vokalizasyon skorlarında belirgin iyileşme olduğu kaydedilmiştir (Gallagher LM, 2018). Palyatif bakım hastalarında yapılan başka bir çalışmada müzik tedavi sonrasında hastaların ağrı, anksiyete, bulantı, nefes darlığı ve depresyon duygularında belirgin düşüşler ile birlikte kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmiştir. Ayrıca müzik müdahalesinden sonraki zaman aralıklarında hastaların opioid kullanımı, önceki eşdeğer zaman dilimine kıyasla azalma eğiliminde olduğu saptanmıştır. (Peng SC, 2019). Müzik müdahalesinin banttan ya da canlı müzik şeklinde olabilmektedir. Amy Clements-Cortes (2011) tarafından kayıttan dinletilen müziğin veya canlı müziğin palyatif bakım hastalarının ağrıyı hissetme dereceleri ve fiziksel rahatlıkları üzerine etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada canlı ve banttan müziğin etkilerinin olumlu olduğu ve benzer etkileşim yarattığı ancak canlı müziğin daha etkin olduğu sonucuna ulaşmıştır (Clements-Cortes, 2011).

Palyatif bakım servisleri tıbbi tedavi ve teknolojik gelişmelerden fayda görmeyecek hastalardan oluşan özel alanlardır. Palyatif bakım servisinde yatan hastaların ilaç dışı uygulamalarla yaşam kalitesini ve konforu artırıcı girişimlerin uygulanması içeren holistik hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle hemşirelerin palyatif bakımda kilit bir role sahip olduklarını bilmesi çok önemlidir.

Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma palyatif bakım servisinde yatan kanser hastalarına dinletilen müziğin ağrı, kaygı, konfor ve fonksiyonel kapasite üzerine etkisinin incelenmesi amacı ile randomize kontrollü ve deneysel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Temmuz 2018 – Temmuz 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde yatan kanser hastalarında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Temmuz 2018 – Temmuz 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde yatan kanser hastaları oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemi SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde yatan örneklem seçim ölçütlerine uyan kanser hastaları oluşturmuştur. Ön uygulama yapıldıktan sonra, elde edilen verilere Power analizi uygulanmış ve örneklem alınacak hasta sayısı belirlenmiştir. Örneklem hesabında Genel Konfor puanları esas alınmıştır. Yapılan post-hoc örneklem hesabında , girişim grubunun ortalama genel konfor puanı ve standart sapması $2,77 \pm 0,11$, kontrol grubununki ise $2,66 \pm 0,15$ olarak alındığında , etki genişliği 0,83 (büyük) bulunmuştur. İki grubu bağımsız örneklemelerde t testi ile karşılaştırmak için alfa hatası 0,05 olacak şekilde her iki grupta da 30'ar kişi olduğunda (toplam 60 kişi) yapılacak analizin gücü %88,9 olmaktadır ((Faul F, 2009).

3.3.1. Örneklem Seçim Ölçütleri

- Türkçe konuşan ve anlayan
- 18 yaş üstü
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- Palyatif bakım servisinde yatan
- Kanser tanısı olan

- Herhangi bir opioid ya da analjezik kullanmasına rağmen ‘orta’ veya ‘şiddetli’ (Visual Analog Skala’ ya göre 3 ve üzeri) ağrısı olduğunu ifade eden terminal döneme girmemiş olan
- Kognitif bozukluğu (beyin metastazları olmayan) olmayan
- Klinik olarak demans tanısı olmayan
- İşitme sorunu olmayan
- Ajitasyon ya da deliryumda olmayan
- Yatağa bağımlı olmayan hastalar çalışma kapsamına alınmıştır.

3.3.2. Örneklem Dışında Tutulma Ölçütleri;

- Yatağa bağımlı hastalar
- Ajite ve deliryumda olan hastalar
- İşitme kaybı olan hastalar
- Klinik olarak demans tanısı olan hastaları
- Beyin metastazı olan kanser hastaları
- Ağrı ölçeğinden üçün altında puan alan hastalar
- Kanser tanısı olmayan hastalar
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar
- 18 yaş altında olan hastalar
- Türkçe konuşamayan hastalar örneklem dışında tutulmuştur.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri kan basıncı, nabız hızı ve solunum sayısı, ağrı düzeyi, konfor durumu, kaygı durumu, performans düzeyidir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, yaşanılan yer, serviste yatma süresi, hastalık tanısı, hastalık evresi, kronik hastalık varlığı, ağrıyla baş etme şekli, müzik tercihi, müzik dinleme sıklığı ve süresidir.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri

Araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin anket formunun işlerliğini ve deneysel araştırmanın uygulanabilirliğini belirlemek amacıyla SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi’nde yatan 10 kanser hastasına ön uygulama yapılmış ve herhangi bir sorun tespit edilmemiştir. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışma grubuna dâhil edilmemiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar tabakalandırma yöntemi (Özdemir O, 2009) ile randomize kontrollü olarak iki gruba ayrılmıştır. Literatüre göre, girişim ve kontrol grubundaki hastaların en çok 3-4 değişken (yaş, cinsiyet,...) yönüyle benzer seçilmesi yeterli kabul edilmektedir (Büyüköztürk Ş, 2007). Bu nedenle girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet ve hastalık evresine göre randomizasyonu sağlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen hastalar yaş, cinsiyet ve hastalık evresine göre tabakalandırıldıktan sonra seçilmiştir (bloklanmıştır). Hastaların hangi grupta olacağını belirlemek için yazı tura yöntemi kullanılmıştır. Yazı gelen ilk hasta girişim grubuna alınırken tura gelen hasta kontrol grubuna alınmıştır.

Girişim ve kontrol grubu hastaları araştırma öncesinde, uygulama sırasında ve sonrasında reçete edilen ağrı kesici tüm ilaçları almaya devam etmiş ve bu konuda hastalara herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Örnekleme alınan tüm hastalar narkotik ilaç almakta olup ağrı puanları 3 ve üstü olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5.1. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı tarafından araştırma öncesinde hasta ile odasında görüşme yapılarak araştırma hakkında bilgi verilmiştir ve 'Hasta Tanıtım Formu' doldurulmuştur. Araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve randomizasyon yöntemi (yazı-tura) ile hangi grupta olduğu belli alan hastalara 'Aydınlatılmış Onam Formu' imzalatılmıştır.

Kontrol grubunda yer alan hastalara sadece order edilen analjezik tedavisi verilirken, girişim grubundaki hastalara analjezik tedavisine ek olarak Ege Üniversitesi Konservatuar Bölümü'nden bir uzmanın desteğiyle tambur eşliğinde Türk müzikisi makamlarından hicaz ve rast makamı kullanılarak müzik dinletilmiştir.

Araştırmacı girişim grubundaki hastalarla gerekli görüşmeyi yaptıktan sonra sırasıyla; Hasta Tanıtım Formu, Aydınlatılmış Onam Formu, hastanın yaşam bulgularını ve ağrı düzeyinin kaydedildiği Hasta İzlem Formu, Kısa McGill Ağrı Soru Formu (K-MASF), Genel Konfor Ölçeği, Durumluluk Kaygı Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory-STAI) ve son olarak Karnofski Performans Skalası uygulanmıştır.

Formların uygulanmasından sonra hasta müzik girişiminin uygulanacağı odaya (havalandırılmış ve 25-26 derece ısıya ayarlanmış) götürülmüştür. Hastanın yaşam

bulguları kalibrasyonu yapılmış ve sadece bu araştırma için kullanılan bir dijital tansiyon aleti ile sadece araştırmacı tarafından ölçülmüş ve kaydedilmiştir. Hastanın ağrı izlemi de görsel kıyaslama ölçeği ile değerlendirilmiş ve Hasta İzlem Formu'na kaydedilmiştir.

Hastaya uygulama öncesi telefonunu kapatması ve sadece uzmana odaklanması, etkinliğin 10 dakika süreceği açıklanmıştır. Hasta hazır olduğunu söylediğinde müzik profesyoneli odaya davet edilmiş ve ardından araştırmacı odadan ayrılmıştır.

Müzik dinletisinden 10 dakika sonra hastanın yanına gidilmiştir. Hasta müzik dinletisinden sonra kendini iyi hissederse hastaya odaya kadar refakat edilmiştir. Müzik dinletisinden 5, 30 ve 60 dakika sonra tekrar hastanın yaşam bulguları ve ağrı düzeyi kaydedilmiştir. Hastanın her uygulama öncesi ve uygulamadan 5., 30.ve 60. dakika sonrasındaki yaşam bulgularının ve ağrı düzeyinin kaydedildiği Hasta izlem formu 6 müzik seansı boyunca uygulanmıştır.

İzlem parametrelerini oluşturan Genel Konfor Ölçeği, Durumluluk Kaygı Ölçeği ve Karnofski Performans Skalası uygulama öncesi, 3. uygulama sonrası ve 6. uygulama sonrası olmak üzere toplam 3 kez değerlendirilmiştir. Sosyodemografik verileri içeren Hasta Tanıtım Formu ve uygulama öncesi ağrısını tanımlamak için kullanılan Kısa McGill Ağrı Soru Formu (K-MASF) sadece bir kez uygulanmıştır. Girişim grubu toplam 6 defa farklı günlerde müzik dinleti seansı almıştır (Resim 1).



Resim 1; Müzik dinleti seansı

Kontrol grubu hastaları sadece analjezik tedavisi almış olan ve rutin hemşirelik bakımı uygulanan, herhangi bir girişim de bulunulmayan hastalardan olmuştur.

Araştırmacı Hasta Tanıtım Formu uyguladıktan sonra araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan ve randomizasyon yöntemi ile (yazı-tura) kontrol grubunda olduğu belirlenen hastalar ile gerekli görüşmeyi yaptıktan sonra sırasıyla; Aydınlatılmış Onam Formu, hastanın yaşam bulgularını ve ağrı düzeyinin kaydedildiği Hasta İzlem Formu, K-MASF, Genel Konfor Ölçeği, Durumluluk Kaygı Ölçeği, Karnofski Performans Skalasını uygulanmıştır. Girişim grubunda olduğu gibi kontrol grubuna da Hasta İzlem Formu uygulama öncesi ve uygulama sonrası 5., 30, ve 60. dakika olmak üzere her izlem gününde toplam 4 kez değerlendirilmiş ve kayıt altına alınmıştır. İzlem parametrelerini oluşturan Genel Konfor Ölçeği, Durumluluk Kaygı Ölçeği ve Karnofski Performans Skalasını uygulama öncesi, 3. uygulama sonrası ve 6. uygulama sonrası olmak üzere toplam 3 kez değerlendirilmiştir. Sosyodemografik verileri içeren Hasta Tanıtım Formu ve uygulama öncesi ağrısını tanımlamak için kullanılan Kısa McGill Ağrı Soru Formu (K-MASF) sadece bir kez uygulanmıştır. Kontrol grubu izlemi de toplam 6 defa gerçekteştirilmiştir.

3.6. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Ek-I Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu için)
- Ek-II Aydınlatılmış Onam Formu (Girişim Grubu için)
- Ek -III Hasta Tanıtım Formu
- Ek- IV Hasta İzlem Formu
- Ek- V Kısa McGill Ağrı Soru Formu (K-MASF)
- Ek- VI Genel Konfor Ölçeği
- Ek- VII Durumluluk Kaygı Ölçeği (State- Trait Anxiety Inventory-STAI)
- Ek- VIII Karnofski Performans Skalasını kullanılacaktır.

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek III)

Araştırmacı tarafından geliştirilen 16 sorudan oluşan ‘Hasta Tanıtım Formu’ hazırlanmıştır. Bu formda; hastaların yaşı, eğitim durumu, yaşadığı yer, mesleği, palyatif bakımda yatma süresi, hastalık tanısı, hastalık evresi, hastalık dışındaki kronik hastalığı, ağrı yaşama ve baş etme yöntemi, müzik tercihi, müzik dinleme süre ve sıklığını içeren sorular yer almaktadır.

3.6.2. Hasta İzlem Formu (Ek IV)

Hasta İzlem Formu, araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Forma, hastanın uygulama öncesi ve uygulama sonrası 5., 30. ve 60. dakikadaki kan basıncı, nabız ve solunum sayısı kaydedilmiştir. Ayrıca hastanın uygulama öncesi ağrı düzeyi ve uygulama sonrası 5., 30. ve 60. dakikadaki ağrı düzeyleri kaydedilmiştir. İzlemler her seans için tekrarlanmış olup, girişim grubu için ve kontrol grubu için ayrı ayrı toplam 6 kez yapılmış ve forma kaydedilmiştir.

3.6.3. Ağrı Ölçeği-Kısa McGill Ağrı Soru Formu (Ek V)

Kısa McGill Ağrı Soru Formu 1987 yılında Melzack tarafından geliştirilmiştir. Kısa McGill Ağrı Soru Formu (K-MASF), ağrının niteliği, şiddeti ve genel ağrı şiddeti olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. K-MASF'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Yakut ve arkadaşları tarafından (2007) yapılmış olup ölçeğin genelinden elde edilen Cronbach Alpha değeri 0.705 olarak hesaplanmıştır (Yakut, 2007).

a. Ağrının Niteliği

Bu bölümde, hastadan ağrısını tanımlaması istenmektedir. Hastaya verilen soru formunda; duyuşsal/algısal (sensory) ve duygusal/emosyonel (affective) ağrı boyutunu tanımlayan 15 kelime grubu bulunmaktadır. İlk 11 (1-11) kelime ağrının duyuşsal/algısal boyutunu, sonraki 4 kelime (12-15) ise duygusal/emosyonel boyutunu göstermektedir. Her bir kelime;

0:Yok,

1:Hafif,

2:Orta ve

3:şiddetli şeklinde derecelendirilmektedir.

Bu bölümden duyuşsal/algısal (0-33 puan), duygusal/emosyonel (0-12 puan) ve toplam (0- 45 puan) ağrı nitelik puanları elde edilmektedir. Toplam ağrı nitelik puanlarının artması, ağrı algılamasında artma olduğunu göstermektedir.

b. Ağrının şiddeti

Bu bölümde Görsel Analog Ölçek (GAÖ) kullanılarak, hastadan o andaki ağrısını değerlendirmesi istenir. Yatay veya dikey olarak çizilmiş 10 cm uzunluğunda bir

çizgiden oluşur ve iki ucunda, subjektif tanımlayıcı ifadeler yer almaktadır (0 cm: Hiç ağrı yok ve 10 cm: dayanılmaz derecede ağrı var). Hastaya bu çizgi üzerinde ağrısının şiddetine uyan yeri işaretlemekte söylenir ve daha sonra bu mesafe bir cetvel ile ölçülerek kaydedilir.

c. Genel Ağrı Şiddeti Değerlendirmesi

Bu bölümde hastanın genel ağrı şiddeti, likert tipi bir ölçek ile değerlendirilmektedir.

0: Ağrı yok,

1: Hafif,

2: Rahatsız edici,

3: Sıkıntı verici,

4: Berbat,

5: Dayanılmaz ağrıyı göstermektedir. Bu sorulara verilen cevapla 'Genel Ağrı Şiddeti Puanı'na ulaşılmaktadır. Düşük puan, hastanın ağrı şiddetinin genel olarak az/düşük, yüksek puan ise hastanın ağrısının yüksek/şiddetli olduğunu göstermektedir.

3.6.4. Genel Konfor Ölçeği (Ek VI)

Kolcaba tarafından, bireyin konfor gereksinimini ve konforu sağlayan hemşirelik girişimleri ile konforda yükselmenin değerlendirilmesi için 1992 yılında geliştirilmiştir (Kolcaba K, 1992). Türkçeye uyarlaması ve geçerlik-güvenirlilik çalışması 2008 yılında Kuşuoğlu ve Karabacak tarafından yapılmıştır (Kuşuoğlu S, Karabacak Ü, 2008).

Genel Konfor Ölçeği, üç düzey ve dört boyutun oluşmaktadır. Dörtlü likert tipte olan ölçek, toplam 48 maddedir. Ölçek konforu hem boyut hem de düzey olarak değerlendirmektedir. Konfor boyut olarak; fiziksel (12 madde), psikospiritüel (13 madde), çevresel (13 madde) sosyokültürel boyutları (10 madde) içerir. Konfor düzey olarak ise; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunların üstünden gelme (15 madde) şeklinde değerlendirilmektedir. Orijinal ölçekte iç tutarlılık katsayısının (Cronbach alpha değerinin) 0.88, Türkçe uyarlanmasında ise 0.85 olduğu saptanmıştır. Ölçekteki pozitif maddeler; 1-36-15-29- 44-46-2-7-31-38-9,-17-3-27-11-47-30-33-37-4-23-43-10-16 sorularında yer almaktadır. Negatif maddeler ise 14-19-48-25-20-28-5-6-22-40-24-41-45-12-34-32-42-18-21-35-8-13-

26-39 sorularında yer almaktadır (Kuğuoğlu S, Karabacak Ü, 2008). Ölçekte negatif maddeler ters kodlanarak toplanmaktadır (Tablo 1). Elde edilen toplam puan, ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer bulunmaktadır. Alınabilecek en düşük değer olan 1 düşük konfor durumunu, en yüksek değer olan 4 ise yüksek konfor durumunu göstermektedir. Kolcaba; konforun bütüncül yapısı nedeni ile ölçeğin alt bölümler şeklinde değil bir bütün olarak değerlendirilmesinin daha doğru olduğunu önermiştir (Kolcaba K, 1992; Kuğuoğlu S, Karabacak Ü, 2008).

Tablo 1; Genel Konfor Ölçeğinin Değerlendirilmesi

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

**Negatif puanlanacak olan maddeleri belirtmektedir.*

3.6.5. Durumluluk Kaygı Ölçeği (State- Trait Anxiety Inventory-STAI) (Ek VII)

Durumluluk Kaygı Ölçeği kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Orijinal formun güvenilirliğini, Spielberger ve arkadaşları üç boyutta incelemiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve standart dizasyonu 1974-1977 yıllarında Öner ve Le Compte tarafından yapıldıktan sonra Türk genç ve yetişkin gruplarını içeren araştırmalarda kullanılmıştır.

Durumluluk Kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Durumluluk kaygı ölçeğinin maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar yaşantının şiddetine göre; 1) hiç, 2) biraz, 3) çok ve 4) tamamıyla seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan '3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18' maddeler için pozitif '1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20' maddeler içinse

negatif puanlar verilmektedir. Ölçek toplam puanına 50 sabiti eklenerek en fazla puan 80 puan alınabilirken, en az 20 puan alınabilmektedir. Toplam kaygı puanı yükseldikçe kişinin kaygı düzeyinin yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır (Öner N, 1985; Öner N, 1997).

3.6.6. Karnofsky Performans Skalası (Ek VIII)

Karnofsky performans skalası kanser hastaları üzerinde geliştirilmiş bir ölçek olup 1948 yılında Karnofsky ve arkadaşları tarafından literature kazandırılmıştır. Karnofsky Performans Skalası 0–100 arasında 10 puan artan numaralarla sayısal olarak değerlendirilmektedir. Skala hastanın normal aktivitelerini ve işini yapabilme, bakıcı ihtiyacı, medikal bakımındaki bağımlılık seviyesi gibi kişinin fonksiyonel kapasitesi hakkında bilgi vermektedir (Johnson M, 2014).

3.7. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Veriler SPSS 25,0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) istatistik bilgisayar programına girilerek analiz edilmiştir. Bulgular, sayı, yüzde ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık katsayıları ile değerlendirilmiştir. İki değişkenli karşılaştırmalar için Ki-Kare testi, bağımsız gruplarda t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Zaman içerisinde yapılan ölçümlerin gruplar arasındaki karşılaştırması için tekrarlayan ölçümlerde ANOVA ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Ayrıca örneklem sayısını belirlemek ve araştırmanın güçlülüğünü ortaya koyabilmek için güç analizi (power analizi) yapılmıştır.

3.8. Süre ve Olanaklar

Araştırma süreci aşağıda belirtilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2; Araştırma süreci

Faaliyetler	Şubat /Mart 2018	Nisan /Haziran 2018	Temmuz 2018	Ağustos 2018 Eylül 2019	Ekim 2019	Kasım/Aralık 2019	25.02.2020
Araştırma önerisinin hazırlanması	■						
Etik kurul izinlerinin alınması		■					
Ön deneme Uygulaması			■				
Veri toplama süreci				■			
Verilerin Analizi					■		
Raporun tamamlanması						■	
Tez Sunumu							■

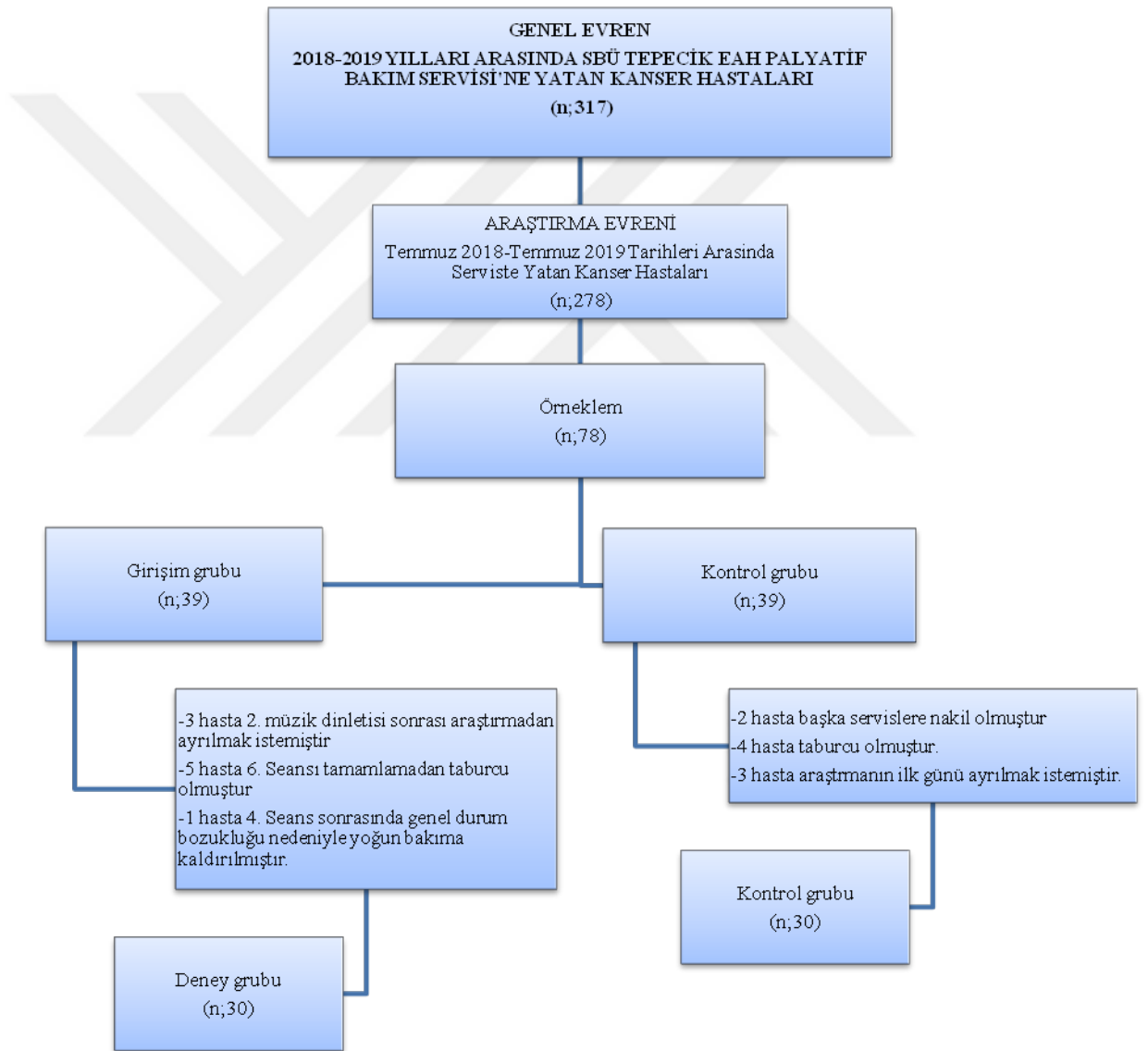
3.9. Etik Açıklamalar

Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Kara No;96, 09.08.2018) ve araştırmanın Palyatif Bakım Servisi'nde uygulanabilmesi için Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yönetimi'nden izin alınmıştır (Ek-IX). Araştırma kapsamına alınan hastalara çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp katılımları için yazılı onamları alınmıştır (Ek 1-2). Araştırmada kullanılan ölçekleri geliştiren kişilerden ölçek kullanım izni yazılı olarak alınmış olup ekte sunulmuştur (Ek-X Ölçek İzinleri).

Bulgular

4.1. Araştırmaya Katılan Girişim ve Kontrol Gurubu Hastaları

Araştırmaya girişim gurubunda 30, kontrol grubunda 30 olmak üzere toplam 60 hasta katılmıştır. Araştırma örnekleme toplam 78 hasta ile başlanmış olup uygulamaya başlandıktan sonra bazı hastalar araştırmadan kendi istekleri doğrultusunda ayrılmış ya da farklı sebeplerle araştırma dışında bırakılmıştır. Örnekleme zaman içindeki hasta sayıları Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1; Araştırmanın örnekleme diyagramı

4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

4.2.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri

Çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki hastaların %80'i erkek hastalardan oluşmaktadır. Hastaların %50'si evli, %48.3'ü ilkokul mezunu olduğunu, %56,7'si ilçede yaşadığını bildirilmiştir. Hastalar meslek durumuna göre incelendiğinde %45'i emekli olduğunu bildirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %75'i akciğer kanseri tanısı ile hastanede yatmakta ve %75'i 4. evre kanser hastasıdır. Hastaların kanser dışında başka kronik hastalık varlığı sorgulandığında %40 oranında ek bir hastalıklarının olmadığı ancak ek hastalıkları olan hastalarda %16,7 oranında en yaygın DM, %15 oranında HT ve %15 oranında romatizmal hastalıkların geldiği görülmüştür. Hastaların %70'i sık ağrı deneyimlediğini ifade etmiştir. Hastaların en sık tercih ettiği müzik türü %86.7 oranı ile Türk halk ve Türk sanat müziğidir. Hastaların günlük müzik dinleme süresi incelendiğinde (hiç müzik dinlemeyen hastalar da bu grubu dahil edilmiştir) %48,3'ü 1-20 dakika müzik dinlediği belirlenmiştir. Hastalar ağrı ile baş etme yolu olarak %71.7 oranında ağrı kesici ilaç almayı tercih ettiğini bildirilmiştir. Hastanede yatma süresi açısından değerlendirildiğinde hastaların %48.3'nün bir haftadan daha kısa süre serviste yattığı saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine ilişkin Bulguları

Özellikler	Kategoriler	Toplam n=60		Girişim n=30		Kontrol n=30	
		n	%	n	%	n	%
Yaş grubu	40-50	10	16,7	5	5	5	16,7
	51-60	12	19,9	6	6	6	19,9
	61-70	28	36,8	14	14	14	36,8
	71-80	10	16,7	5	5	5	16,7
Cinsiyet	Kadın	12	20,0	6	20	6	20
	Erkek	48	80,0	24	80	24	80
Medeni Durum	Evli	30	50,0	16	53,3	14	46,7
	Bekar	13	21,7	7	23,3	6	20

	Dul	11	18,3	4	13,3	7	23,3
	Boşanmış	6	10,0	3	10	3	10
Eğitim durumu	Okur yazar	12	20,0	4	13,3	8	26,7
	İlkokul mezunu	29	48,3	19	63,3	19	33,3
	Ortaokul mezunu	9	15,0	3	10	6	20
	Lise mezunu	4	6,7	1	3,3	3	10
	Üniversite mezunu	6	10,0	3	10	3	10
Yaşadığı yer	Büyükşehir	21	35,0	9	30	12	40
	İlçe	34	56,7	21	70	13	43,3
	Köy	5	8,3	0	0	5	16,7
Meslek	Çalışmıyor	15	25,0	12	40	3	10
	Memur	6	10,0	2	6,7	4	13,3
	İşçi	11	18,3	6	20	5	16,7
	Emekli	27	45,0	10	33,3	17	56,7
	Özel sector	1	1,7	0	0	1	3,3
Palyatif bakımda yatış süresi	< 1 hafta	25	41,7	18	60	7	23,3
	1-2 hafta	23	38,3	10	33,3	13	43,3
	3-4 hafta	8	13,3	1	3,3	7	23,3
	> 1 ay	4	6,7	1	3,3	3	10
Hastalık tanısı	Akciğer kanseri	45	75,0	26	86,7	19	63,3
	Pankreas kanseri	3	5,0	2	6,7	1	10
	Mide kanseri	3	5,0	2	6,7	1	10
	Kolon kanseri	5	8,3	0	0	5	10
	Meme kanseri	4	6,7	0	0	4	6,7
Hastalık evresi	3	15	25,0	7	23,3	8	26,7
	4	45	75,0	23	76,7	22	73,3
Kronik Hastalık Durumu	Yok	24	40,0	13	43,3	11	36,7
	DM	10	16,7	4	13,3	6	20
	HT	9	15,0	6	20	3	10
	Romatizmal hastalıklar	9	15,0	5	16,7	4	13,3
	DM+HT	1	1,7	1	3,3	0	0
	DM+HT+KOAH	7	11,7	1	3,3	6	20
Sık ağrı deneyimleme durumu	Evet	42	70,0	19	63,3	23	76,7
	Hayır	18	30,0	11	36,7	7	23,3
Ağrı ile baş etme yolu	Ağrı kesici alma	43	71,7	23	76,7	20	66,7
	Uyuma	6	10,0	1	3,3	5	16,7

	Müzik dinleme	1	1,7	1	3,3	0	0
	Ağrıyan yere masaj yapma	7	11,7	4	13,3	3	10
	Ağrı kesici alma ve masaj yapma	3	5,0	1	3,3	2	6,7
Müzik dinleme sıklığı	Her gün	21	35,0	13	43,3	8	26,7
	Haftada bir iki kez	19	31,7	8	26,7	11	36,7
	Ayda bir iki kez	13	21,7	7	23,3	6	20
	Müzik dinlemem.	7	11,7	2	6,7	5	16,7
Dinlediği müzik türü	Türk halk/Türk sanat müziği	52	86,7	28	93,3	24	80
	Klasik müzik	3	5,0	0	0	3	10
	Pop muzik	1	1,7	0	0	1	3,3
	Rock müzik	3	5,0	1	3,3	2	6,7
	Arabesk	1	1,7	1	3,3	0	0
Günlük müzik dinleme süresi/dk.	1-20 dakika	29	48,3	16	53,3	13	43,3
	21-30 dakika	9	15,0	2	6,7	7	23,3
	31-60 dak.	11	18,3	5	16,7	6	20
	60 dakikadan fazla	11	18,3	7	23,3	4	13,3
	Toplam	60	100,0	30	100	30	100

4.2.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Deneyimledikleri Ağrının Niteliğine Göre Tanımlayıcı Bulgular

Girişim ve kontrol grubu hastalarının deneyimledikleri ağrının niteliği sorgulandığında hastaların ağrısını %55 oranında ‘yoran takatsiz bırakan ağrı’ şeklinde tanımladıkları, %40 oranında ‘zonklama’ tipi ağrıları olduğunu, %35 oranında ağrının ‘hassaslaştırıcı’ tipte olduğunu ve bu ağrı tiplerini şiddetli düzeyde algıladıklarını ifade etmiştir. Orta düzeyde algıladıkları ağrı tipleri sırasıyla %38 oranında ‘hasta edici’, %35 oranında ‘kemirici, sancı verici ve hassaslaştırıcı ağrı’ şeklinde tanımlamışlardır. Hafif ağrısı olduğunu ifade eden hastaların ise %30 ağrısını ‘yarıcı, parçalayıcı’ tipte tanımlarken, %25’i kramp tarzında ağrıları olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4)

Tablo 4: Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Deneyimledikleri Ağrının Niteliği

Ağrının Niteliği	Yok		Hafif		Orta		Şiddetli	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zonklama tipi ağrı	9	15,0	8	13,3	19	31,7	24	40,0
Şimşek çarpar gibi ağrı	15	25,0	16	26,7	14	23,3	15	25,0
Bıçak saplanır gibi ağrı	20	33,3	10	16,7	12	20,0	18	30,0
Keskin tipte ağrı varlığı	16	26,7	13	21,7	14	23,3	17	28,3
Kramp tarzında ağrı	20	33,3	15	25,0	18	30,0	7	11,7
Kemirici tipte ağrı	20	33,3	11	18,3	21	35,0	8	13,3
Sıcak yanıcı tipte ağrı	25	41,7	7	11,7	17	28,3	11	18,3
Sancı verici tipte ağrı	12	20,0	11	18,3	21	35,0	16	26,7
Ezici tipte ağrı	27	45,0	12	20,0	12	20,0	9	15,0
Hassaslaştırıcı tipte ağrı	11	18,3	7	11,7	21	35,0	21	35,0
Yarıcı parçalayıcı tipte ağrı	23	38,3	18	30,0	11	18,3	8	13,3
Yoran takatsız bırakan ağrı	7	11,7	6	10,0	14	23,3	33	55,0
Hasta edici tipte ağrı	5	8,3	12	20,0	23	38,3	20	33,3
Korkutucu tipte ağrı	23	38,3	14	23,3	13	21,7	10	16,7
Cezalandırıcı, zalimce tip ağrı	31	51,7	10	16,7	10	16,7	9	15,0

4.2.3. Girişim Grubundaki Hastaların Tercih Ettiği Müzik Makamına İlişkin Bulguları

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların uygulamalar sırasında üçüncü uygulama (%63,4) dışında diğer beş müzik uygulamasında hicaz makamını tercih etmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Girişim grubundaki hastaların uygulamalar sırasında tercih ettikleri müzik makamları

Uygulama	Makam	n	%
Birinci uygulama	Hicaz	19	63,4
	Rast	11	36,6
İkinci uygulama	Hicaz	20	66,6

	Rast	10	33,4
Üçüncü uygulama	Hicaz	11	36,6
	Rast	19	63,4
Dördüncü uygulama	Hicaz	18	60,0
	Rast	12	40,0
Beşinci uygulama	Hicaz	20	66,6
	Rast	10	33,4
Altıncı uygulama	Hicaz	23	76,6
	Rast	7	23,4
Toplam		30	100

4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi Yaşam Bulguları ve Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.3.1. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşları ile yaşam bulgularının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları

Girişim ve kontrol grubunun müzik uygulaması öncesi yaşam bulguları ve yaş değişkenlerinin benzer nitelikte olduğu belirlenmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. (Tablo 6).

Tablo 6: Uygulama öncesi girişim ve kontrol gruplarının yaş ve yaşam bulgularının karşılaştırılması

	Grup	n	Ortalama	SS	t/Z	P
Yaş	Girişim	30	62,00	10,05	<0,001 *	1,000
	Kontrol	30	62,00	10,05		
Birinci uygulama öncesi SKB	Girişim	30	126,53	24,82	1,818*	0,074
	Kontrol	30	116,23	18,60		
Birinci uygulama öncesi DKB	Girişim	30	73,20	12,38	1,212*	0,231
	Kontrol	30	69,07	13,99		
Birinci uygulama öncesi nabız	Girişim	30	92,27	19,62	0,093*	0,927
	Kontrol	30	92,67	13,20		
Birinci uygulama öncesi solunum sayısı	Girişim	30	17,23	3,23	0,354* *	0,723
	Kontrol	30	19,03	13,50		

SS: Standart Sapma. *: Bağımsız gruplarda t testi. **: Mann-Whitney U testi,

SKB: Sistolik kan basıncı. DKB: Diyastolik kan basıncı.

4.3.2. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları

Girişim ve kontrol grubundaki hastalar uygulama öncesi ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında, Karnofsky Performans Skalası ilk değerlendirme puanları (p=0.494), Durumluluk Kaygı Ölçeği ilk değerlendirme ortalaması (p=0.706) arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi Genel Konfor Ölçeği ilk değerlendirme ortalaması, açısından gruplar arasında anlamlı farkların olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Uygulama öncesi girişim ve kontrol gruplarının ölçek puanları açısından karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	SS	t	P
Karnofsky Performans Skalası ilk değerlendirme	Girişim	30	3,30	1,93	-0.688	0.494
	Kontrol	30	3,60	1,40		
Durumluluk Kaygı Ölçeği ilk değerlendirme ortalaması	Girişim	30	51,93	9,94	-0.380	0.706
	Kontrol	30	53,20	10,26		
Genel Konfor Ölçeği ilk değerlendirme ortalaması	Girişim	30	2,77	0,11	3.246	0.002
	Kontrol	30	2,66	0,155		

SS: Standart Sapma. T: Bağımsız gruplarda t testi.

4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguları

Girişim ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında hastaların yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, hastalık tanısı ve hastalık evresi ve kronik hastalık durumları arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur. Hastaların palyatif bakımda yatış süresi ve yaşadığı yer değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.(Tablo 8).

Tablo 8: Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler			Grup				Ki-kare	P
			Girişim		Kontrol			
		Toplam n=60	n	%	n	%		
Yaş grubu	40-50	10	5	16,7	10	5	0,00	1,00
	51-60	12	6	19,9	12	6		
	61-70	28	14	36,8	28	14		
	71-80	10	5	16,7	10	5		
Cinsiyet	Kadın	12	6	20,0	6	20,0	0,00	1,00
	Erkek	48	24	80,0	24	80,0		
Medeni durum	Evli	30	16	53,3	14	46,7	1,028	0,794
	Bekar	13	7	23,3	6	20		
	Dul	11	4	13,3	7	23,3		
	Boşanmış	6	3	10,0	3	10		
Eğitim durumu	Okur yazar	12	4	13,3	8	26,7	6,126	0,190
	İlkokul	29	19	63,3	10	33,3		
	Ortaokul	9	3	10	6	20		
	Lise	4	1	3,3	3	10		
	Üniversite	9	3	10	3	10		
Yaşadığı yer	Büyükşehir	21	9	30	12	40	7,311	0,026
	İlçe	34	21	70	13	43,3		

	Köy	5	0	0,0	5	16,7		
Meslek	Çalışmıyor	15	12	40,0	3	10	8,972	0,062
	Memur	6	2	6,7	4	13,3		
	İşçi	11	6	20,0	5	16,7		
	Emekli	27	10	33,3	17	56,7		
	Özel sektör	1	0	0,0	1	3,3		
Hastalık tanısı	Akciğer kanseri	35	26	86,7	19	63,3	7,289	0,121
	Pankreas kanseri	3	0	0,0	3	10		
	Mide kanseri	3	0	0,0	3	10		
	Kolon kanseri	5	2	6,7	3	10		
	Meme kanseri	4	2	6,7	2	6,7		
Kronik hastalık durumu	Yok	24	13	43,3	11	36,7	6,249	0,283
	DM	10	4	13,3	6	20		
	HT	9	6	20,0	3	10		
	Romatizmal hastalıklar	9	5	16,7	4	13,3		
	DM+HT	1	1	3,3	0	0,0		
	DM+HT+KOAHA	7	1	3,3	6	20		
Palyatif bakımda yatış süresi	< 1 hafta	25	18	60,0	7	23,3	10,731	0,013
	1-2 hafta	23	10	33,3	13	43,3		
	3-4 hafta	8	1	3,3	7	23,3		
	> 1 ay	4	1	3,3	3	10		
Hastalık evresi	3	15	7	23,3	8	26,7	0,089	0,766

	4	45	23	76,7	22	73,3		
--	---	----	----	------	----	------	--	--

4.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik dinleme alışkanlıklarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol gurubu hastalarının müzik dinleme sıklığı, müzik tarzı seçimleri ve bir günde müzik dinleme süresi karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9: Girişim ve kontrol gurubundaki hastaların müzik dinleme alışkanlıklarının karşılaştırılması

Değişkenler			Grup				Ki-kare	P
			Girişim		Kontrol			
	Kategoriler	Toplam n=60	n	%	n	%		
Müzik türü	Türk halk/sanat müziği	52	28	93,3	24	80,0	5,641	0,228
	Klasik müzik	3	0	0,0	3	10,0		
	Pop muzik	1	0	0,0	1	3,3		
	Rock müzik	3	1	3,3	2	6,7		
	Arabesk	1	1	3,3	0	0,0		
Müzik dinleme sıklığı	Her gün	21	13	43,3	8	26,7	3,027	0,388
	Haftada bir iki kez	19	8	26,7	11	36,7		
	Ayda bir iki kez	13	7	23,3	6	20,0		

	Müzik dinlemem.	7	2	6,7	5	16,7		
Bir günde müzik dinleme süresi	1-20 dakika	29	16	53,3	13	43,3	3,977	0,262
	21-30 dakika	9	2	6,7	7	23,3		
	31-60 dak.	11	5	16,7	6	20,0		
	60 dakikadan fazla	11	7	23,3	4	13,3		

4.6. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Ağrı Düzeylerinin İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

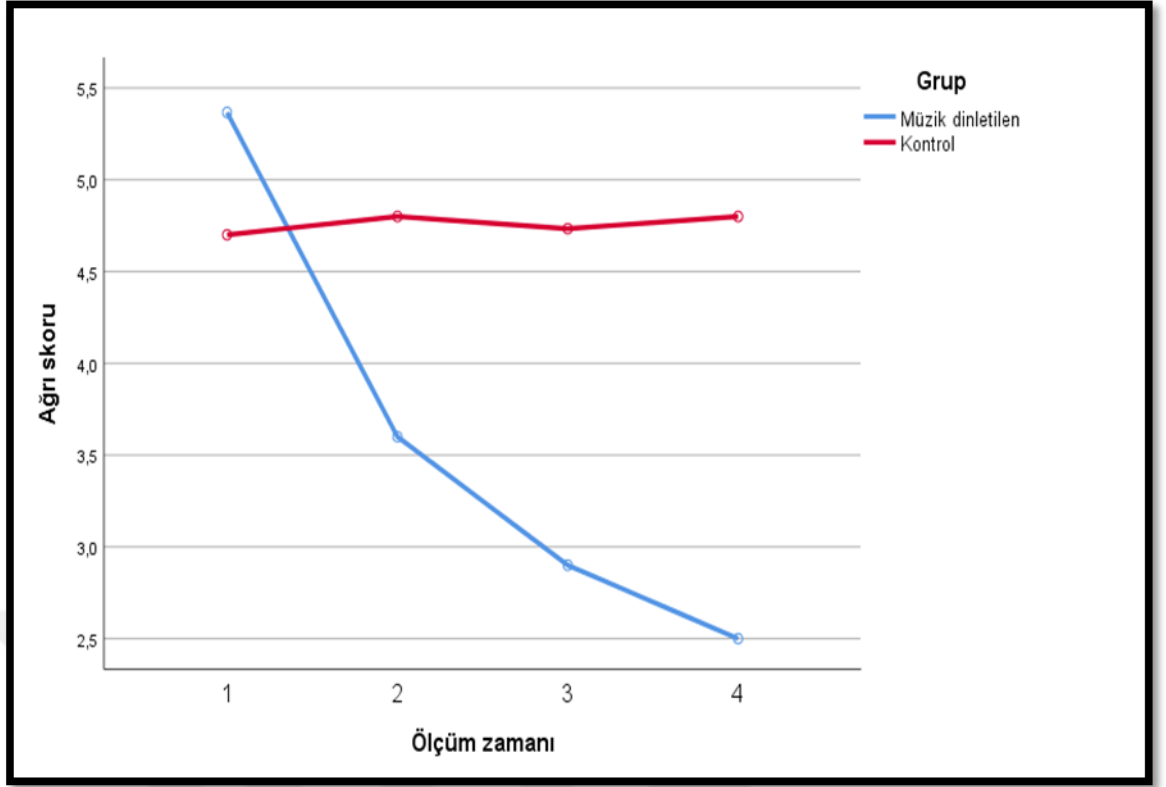
4.6.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının birinci müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırılması

Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=23,677; p<0,001;Tablo 10, Grafik 1). Girişim grubunda ağrı ortalaması 6,00 puandan 3,13 puana düşerken, kontrol grubunda fazla değişim olmamıştır . Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=394,690; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında da bir etkileşimin olduğu belirlenmiştir ((Zaman*Grup F=26.971; p<0,001).

Tablo 10: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.

Toplam Ağrı Skoru	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Birinci uygulama öncesi ağrı skoru	6,00	1,91	4,87	1,75	Grup	F=394,690 p<0,001
Birinci uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	4,07	2,10	4,60	1,88	F=23,677 p<0,001	
Birinci uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	3,53	1,97	5,00	1,80	Grup*zaman	
Birinci uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	3,13	2,41	4,97	1,73	F=26.971 p<0,001	

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm Anova Test İstatistiği



Ölçüm zamanı; 1: Uygulama öncesi, 2: 5 dk. sonra, 3: 30 dk. sonra, 4: 60 dk. sonra.

Grafik 1: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.

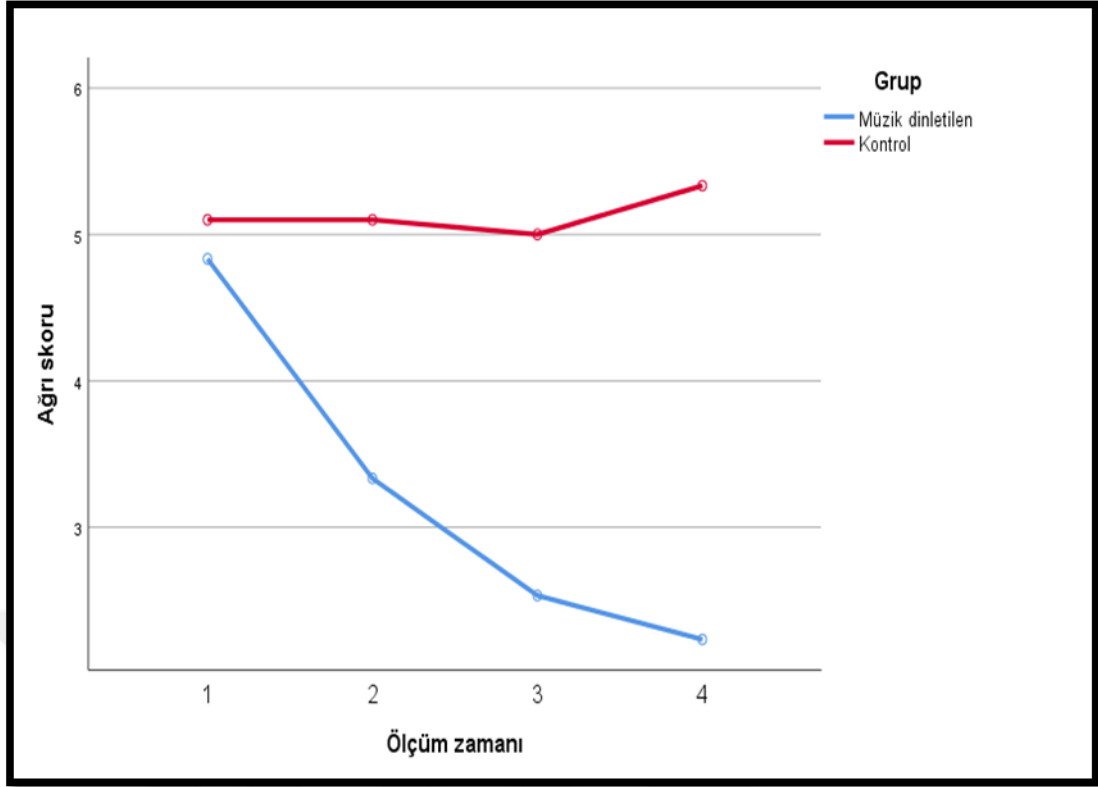
4.6.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının ikinci müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırılması

İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=28,443$; $p<0,00$) (Tablo 11, Grafik 2). Girişim grubunda ağrı ortalaması 5,37 puandan 2,50 puana düşerken, kontrol grubu ağrı puanında ise fazla bir değişim olmamıştır. Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($F=416,551$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında da bir etkileşimin olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($Zaman*Grup F=31,717$; $p<0,001$).

Tablo 11: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması

Toplam Ağrı Skoru	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
İkinci uygulama öncesi ağrı skoru	5,37	1,92	4,70	1,48	Grup	F=416,551 p<0,001
İkinci uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	3,60	2,17	4,80	1,47	F=28,443 p<0,001	
İkinci uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	2,90	1,93	4,73	1,53	Grup*zaman	
İkinci uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	2,50	1,85	4,80	1,60	F=31,717 p<0,001	

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm Anova Test İstatistiği



Ölçüm zamanı; 1: Uygulama öncesi, 2: 5 dk. sonra, 3: 30 dk. sonra, 4: 60 dk. sonra.

Grafik 2: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.

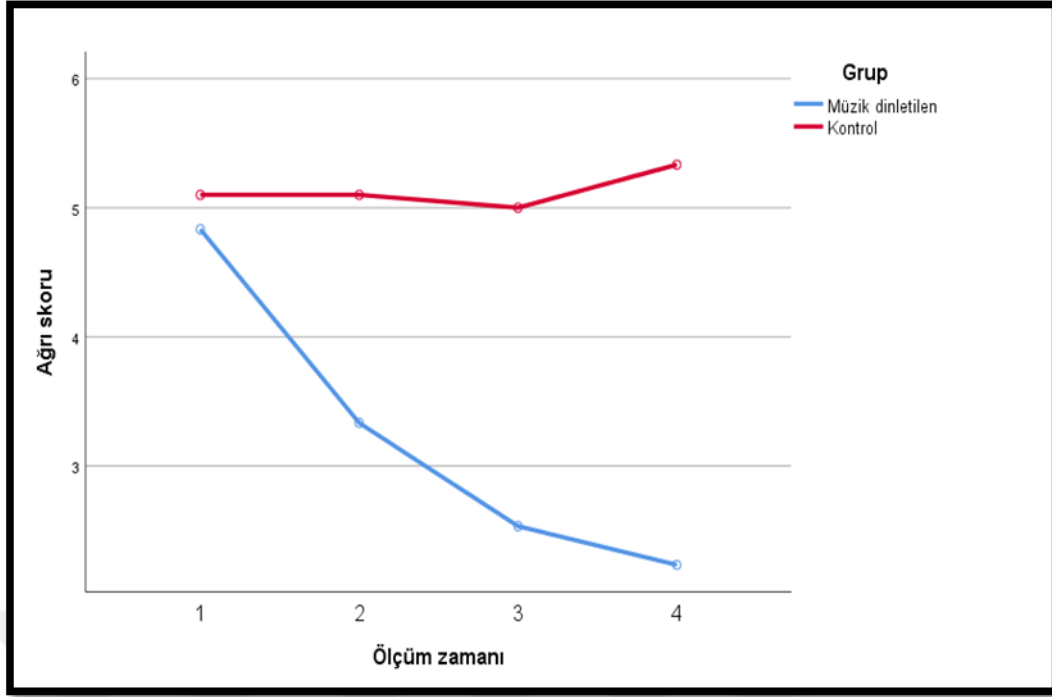
4.6.3. Girişim ve kontrol grubu hastalarının üçüncü müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırılması

Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=28,475$; $p<0,001$; Tablo 12 Grafik 3). Girişim grubunda ağrı ortalaması 4,83 puandan 2,23 puana düşerken, kontrol grubunda ise fazla değişmemiştir. Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($F=399,460$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında da bir etkileşimin olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($Zaman*Grup$ $F=33,379$; $p<0,001$).

Tablo 12: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.

Toplam Ağrı Skoru	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Üçüncü uygulama öncesi ağrı skoru	4,83	1,78	5,10	1,44	Grup F=28,475 p<0,001	F=399,460 p<0,001
Üçüncü uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	3,33	2,24	5,10	1,62		
Üçüncü uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	2,53	1,90	5,00	1,55	Grup*zaman F=33,379 p<0,001	
Üçüncü uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	2,23	1,87	5,33	1,58		

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm Anova Test İstatistiği



Ölçüm zamanı; 1: Uygulama öncesi, 2: 5 dk. sonra, 3: 30 dk. sonra, 4: 60 dk. sonra.

Grafik 3: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.

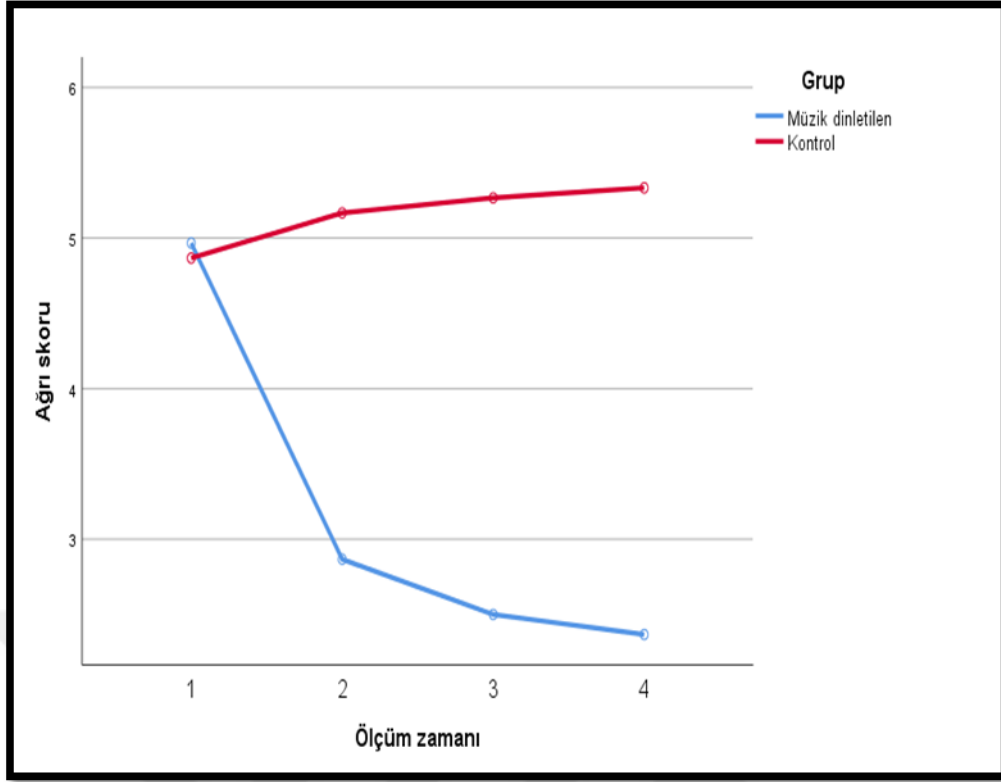
4.6.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının dördüncü müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırılması

Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=17,498$; $p<0,001$; Tablo 13, Grafik 4). Girişim grubunda ağrı ortalaması 4,97 puandan 2,50 puana düşerken, kontrol grubunda ise fazla değişmemiştir. Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($F=395,645$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında da bir etkileşimin olduğu ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ((Zaman*Grup $F=34,406$; $p<0,001$).

Tablo 13: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.

Toplam Ağrı Skoru	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Dördüncü uygulama öncesi ağrı skoru	4,97	1,86	4,87	1,57	Grup	F=395,645 p<0,001
Dördüncü uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	2,87	2,16	5,17	1,59	F=17,498 p<0,001	
Dördüncü uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	2,50	2,06	5,27	1,50	Grup*zaman	
Dördüncü uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	2,37	2,10	5,33	1,47	F=34,406 p<0,001	

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Ölçüm zamanı; 1: Uygulama öncesi, 2: 5 dk. sonra, 3: 30 dk. sonra, 4: 60 dk. sonra.

Grafik 4: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.

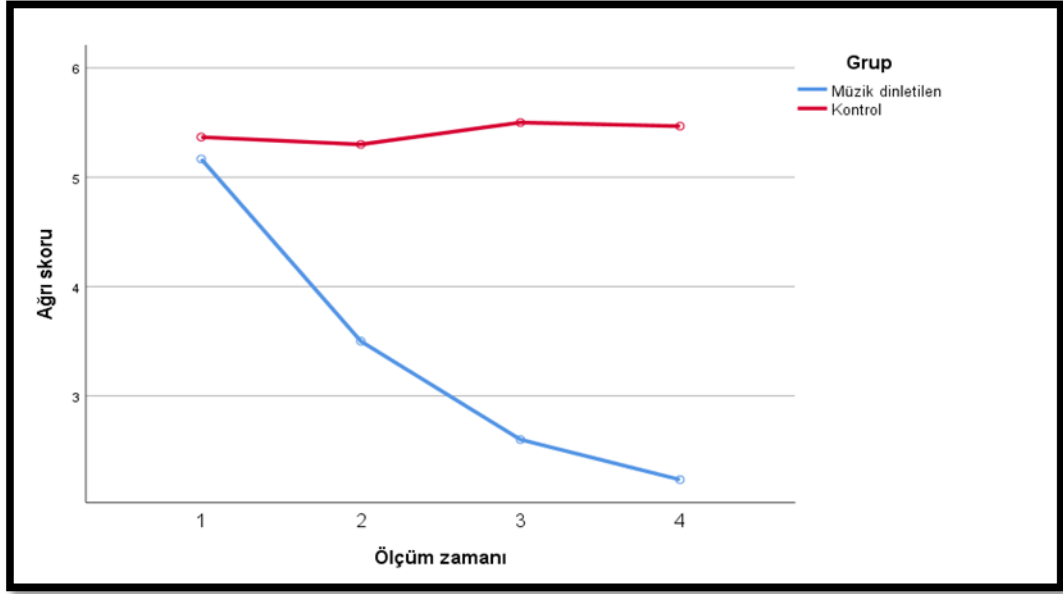
4.6.5. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının beşinci müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırılması

Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=28,545$; $p<0,001$; Tablo 14, Grafik 5). Girişim grubunda ağrı ortalaması 5,17 puandan 2,23 puana düşerken, kontrol grubunun ağrı puanı fazla değişmemiştir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=476,760$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında da bir etkileşimin olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($Zaman*Grup F=34,027$; $p<0,001$).

Tablo 14: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.

Toplam Ağrı Skoru	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Beşinci uygulama öncesi ağrı skoru	5,17	2,15	5,30	1,29	Grup	F=476,760 p<0,001
Beşinci uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	3,50	1,94	5,17	1,59	F=28,545 p<0,001	
Beşinci uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	2,60	1,94	5,50	1,40	Grup*zaman	
Beşinci uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	2,23	1,87	5,47	1,65	F=34,027 p<0,001	

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Ölçüm zamanı; 1: Uygulama öncesi, 2: 5 dk. sonra, 3: 30 dk. sonra, 4: 60 dk. sonra.

Grafik 5: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.

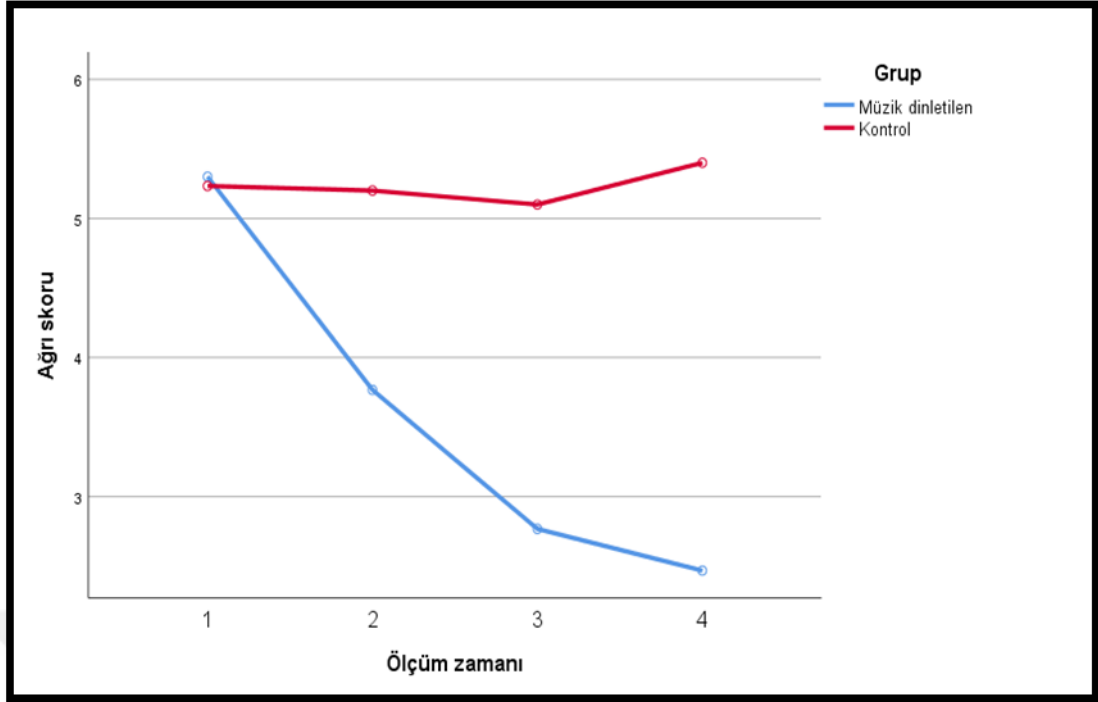
4.6.6. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının altıncı müzik uygulaması ile ağrı düzeylerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırılması

Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=30,761; p<0,001$ Tablo 15, Grafik 6). Girişim grubunda ağrı ortalaması 5,30 puandan 2,47 puana düşerken, kontrol grubunun ağrı puanı fazla değişmemiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=475,739; p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında da bir etkileşimin olduğu bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($[Zaman*Grup F=32,909; p<0,001]$).

Tablo 15: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.

Toplam Ağrı Skoru	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Altıncı uygulama öncesi ağrı skoru	5,30	1,84	5,23	1,59	Grup	F=475,739 p<0,001
Altıncı uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	3,77	1,73	5,20	1,71	F=30,761 p<0,001	
Altıncı uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	2,77	1,85	5,10	1,60	Grup*zaman	
Altıncı uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	2,47	1,87	5,40	1,69	F=32,909 p<0,001	

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Ölçüm zamanı; 1: Uygulama öncesi, 2: 5 dk. sonra, 3: 30 dk. sonra, 4: 60 dk. sonra.

Grafik 6: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde ağrı skorundaki değişimin karşılaştırılması.

4.7. Girişim Gurubu Hastalarının Müzik Uygulamasında Tercih Ettikleri Müzik Makamları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.7.1. Girişim grubunun birinci müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması

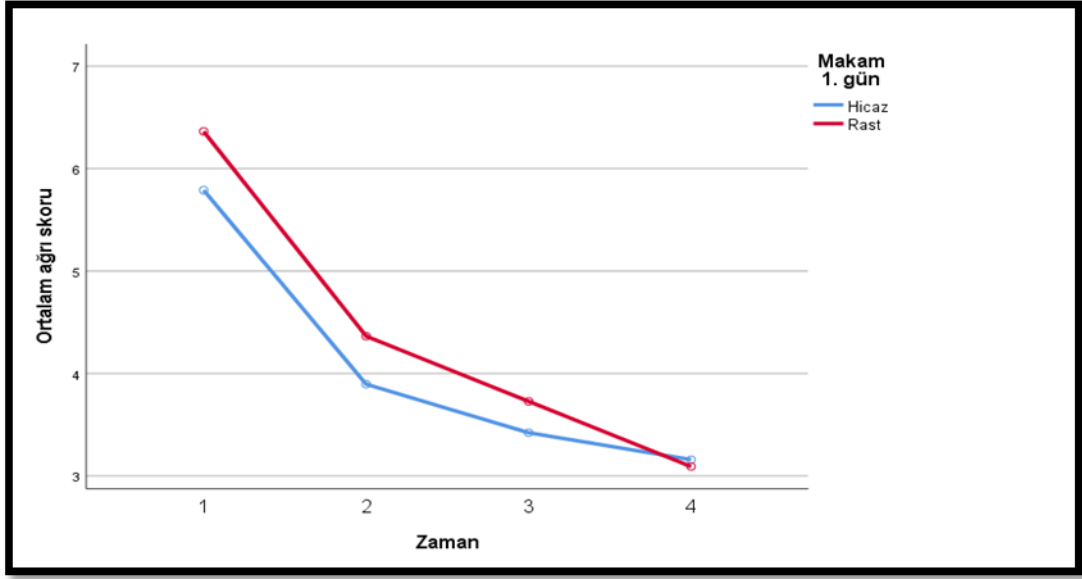
Girişim grubunun birinci müzik uygulamasında tercih ettiği müzik makamları açısından incelendiğinde her iki makam grubunda da birinci uygulamadan sonra ağrı düzeyinde anlamlı bir azalma olurken ($F=31,742$; $p<0,001$) bir zaman*makam etkileşiminin olmadığı görülmüştür (Zaman*Makam $F=0,370$; $p=0,654$). Makamların ağrı üzerine etkileri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır. Rast makamı ile ağrı skoru 6,36'dan 3,09'a düşerken, hicaz makamında düşüş

5,79'dan 3,16'ya olacak şekilde gerçekleşmiş olup rast makamında ağrı düzeyinde daha fazla düşüş olmuştur (F=143,811; p<0,001; Tablo 16, Grafik 7).

Tablo 16: Birinci müzik uygulamasında girişim gurubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.

Toplam Ağrı skoru	Müzik Makamı (1. uygulama)						Test İstatistiği	
	Hicaz			Rast			İkili karşılaştırmalar	Makamlar arası
	\bar{X}	SS	n	\bar{X}	SS	n		
Birinci uygulama öncesi ağrı skoru	5,79	1,78	19	6,36	2,15	11	F=31,742 p<0,001	F=143,811 p<0,001
Birinci uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	3,89	2,13	19	4,36	2,11	11		
Birinci uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	3,42	2,03	19	3,73	1,95	11	F=0,370 p=0,654	
Birinci uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	3,16	2,63	19	3,09	2,11	11		

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 7: Birinci müzik uygulamasında tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.

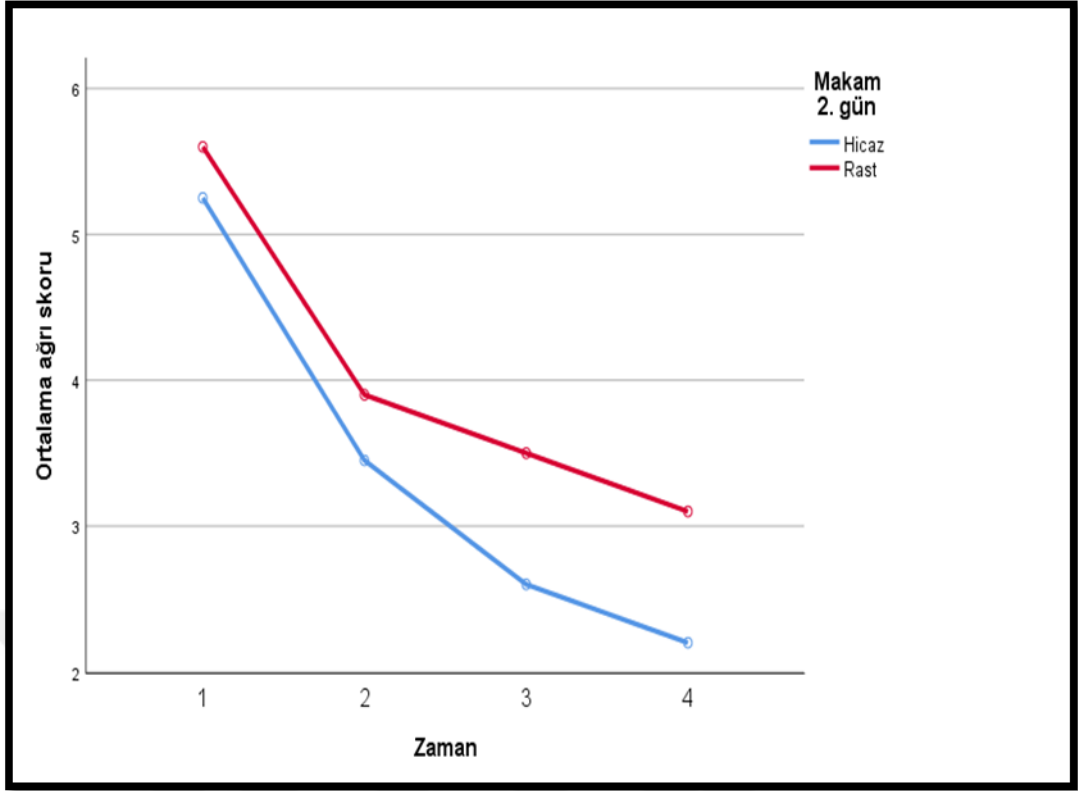
4.7.2. Girişim grubunun ikinci müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması

Girişim grubunun ikinci müzik uygulamasında tercih ettiği müzik makamları açısından incelendiğinde her iki makam grubunda da ikinci uygulamadan sonra ağrıda anlamlı bir azalma olurken ($F=38,344$; $p<0,001$) bir zaman*makam etkileşiminin olmadığı görülmüştür ($Zaman*Makam F=0,544$; $p=0,653$) Makamların ağrı üzerine etkileri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Rast makamı ile ağrı skoru 5,60'tan 3,10'a düşerken, hicaz makamında 5,25'ten 2,20 seviyesine düşecek şekilde bir azalma tespit edilmiş olup hicaz makamında ağrı düzeyinde daha fazla düşüş olmuştur ($F=116,166$; $p<0,001$) (Tablo 17, Grafik 8).

Tablo 17: İkinci müzik uygulamasında girişim gurubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması

Toplam Ağrı skoru	Müzik Makamı (2. uygulama)						Test İstatistiği	
	Hicaz			Rast			İkili karşılaştırmalar	Makamlar arası
	\bar{X}	SS	n	\bar{X}	SS	n	Makam *ağrı	F=116,166 p<0,001
İkinci uygulama öncesi ağrı skoru	5,25	1,88	20	5,60	2,06	10	F=38,344 p<0,001	
İkinci uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	3,45	2,16	20	3,90	2,28	10	Makam*zaman	
İkinci uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	2,60	1,93	20	3,50	1,90	10	F=0,544 p=0,653	
İkinci uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	2,20	1,79	20	3,10	1,91	10		

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 8: İkinci müzik uygulamasında tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması

4.7.3. Girişim grubunun üçüncü müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması

Girişim grubunun üçüncü müzik uygulamasında tercih ettiği müzik makamları açısından incelendiğinde her iki makam grubunda da üçüncü uygulamadan sonra ağrıda anlamlı bir azalma olurken ($F=54,618$; $p<0,001$) bir zaman*makam etkileşiminin olmadığı görülmüştür ($Zaman*Makam F=0,013$; $p=0,911$) Makamların ağrı üzerine etkileri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Rast makamı ile ağrı skoru 4,89'dan 2,32'ye düşerken, hicaz makamında 4,73'ten 2,09 seviyesine düşecek şekilde bir azalma tespit edilmiş olup

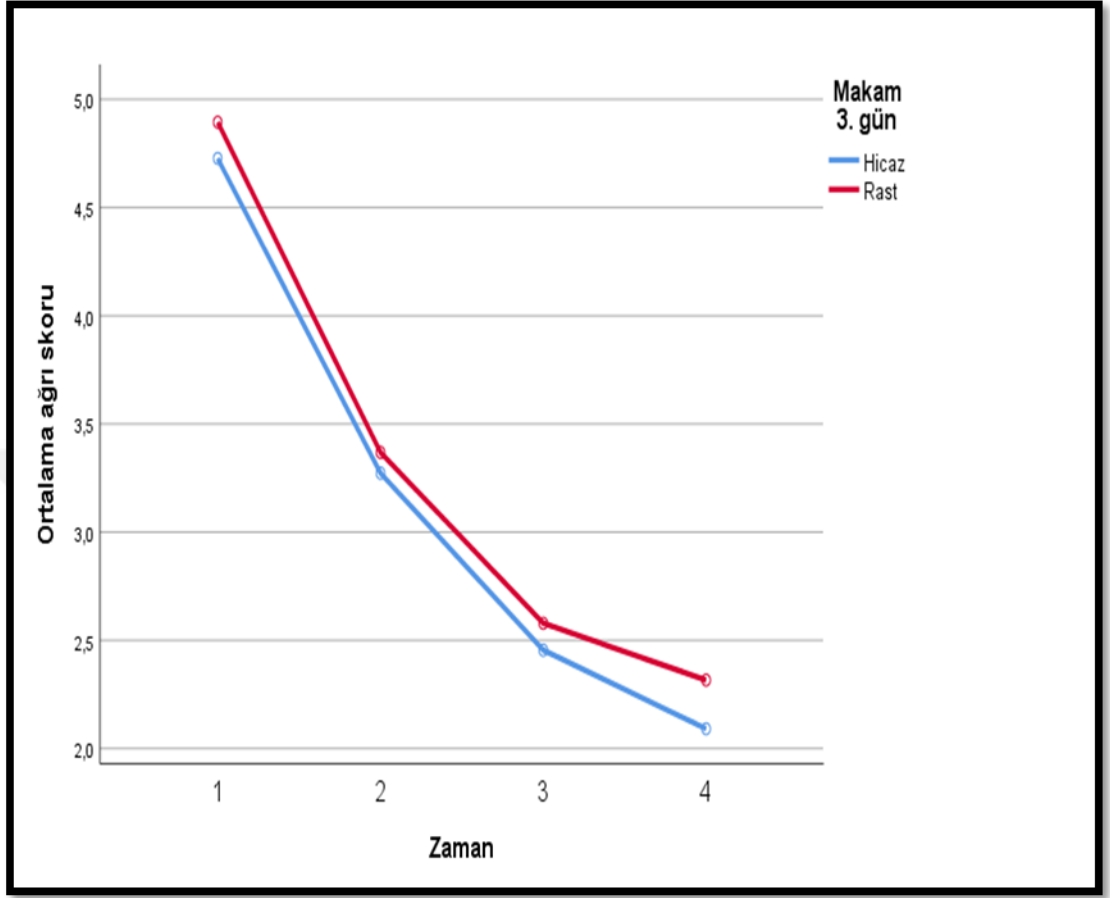
hicaz makamında ağrı düzeyinde düşüş daha fazla olmuştur (F=83,292; p<0,001:

Tablo 18, Grafik 9).

Tablo 18: Üçüncü müzik uygulamasında girişim gurubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması

Toplam Ağrı skoru	Müzik Makamı (3. uygulama)						Test İstatistiği	
	Hicaz			Rast			İkili karşılaştırmalar	Makamlar arası
	\bar{X}	SS	n	\bar{X}	SS	n		
Üçüncü uygulama öncesi ağrı skoru	4,73	2,00	11	4,89	1,69	19	F=54,618 p<0,001	(F=83,292 p<0,001
Üçüncü uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	3,27	2,41	11	3,37	2,21	19		
Üçüncü uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	2,45	2,20	11	2,58	1,77	19	F=0,013 p=0,911	
Üçüncü uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	2,09	1,97	11	2,32	1,85	19		

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 9: Üçüncü müzik uygulamasında tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması

4.7.4. Girişim grubunun dördüncü müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması

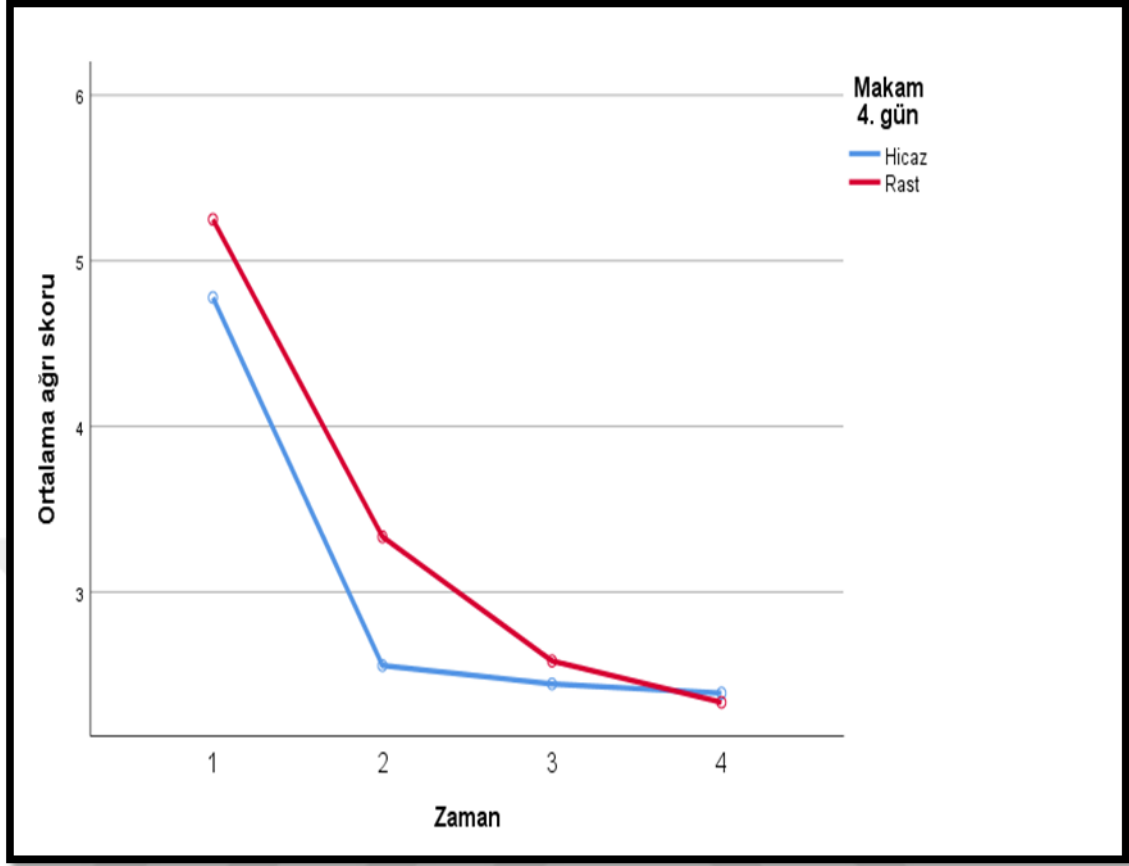
Girişim grubunun dördüncü müzik uygulamasında tercih ettiği müzik makamları açısından incelendiğinde her iki makam grubunda da dördüncü uygulamadan sonra ağrıda anlamlı bir azalma olurken ($F=38,088$; $p<0,001$) bir zaman*makam etkileşiminin olmadığı görülmüştür ($Zaman*Makam F=0,839$; $p=0,368$) Makamların ağrı üzerine etkileri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Rast makamı ile ağrı skoru 5,25'ten 2,33'e düşerken, hicaz makamında 4,78'ten 2,39 seviyesine

düşecek şekilde bir azalma tespit edilmiş olup rast makamında ağrı düzeyinde daha fazla düşüş olmuştur (F=85,822; p<0,001; Tablo 19, Grafik 10).

Tablo 19: Dördüncü müzik uygulamasında girişim gurubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması

Toplam Ağrı skoru	Müzik Makamı (4. uygulama)						Test İstatistiği	
	Hicaz			Rast			İkili karşılaştırmalar	Makamlar arası
	\bar{X}	SS	n	\bar{X}	SS	n		
Dördüncü uygulama öncesi ağrı skoru	4,78	1,86	18	5,25	1,91	12	F=38,088 p<0,001	F=85,822 p<0,001
Dördüncü uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	2,56	2,25	18	3,33	2,02	12		
Dördüncü uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	2,44	2,09	18	2,58	2,11	12	F=0,839 p=0,368	
Dördüncü uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	2,39	2,20	18	2,33	2,06	12		

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 10: Dördüncü müzik uygulamasında tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması

4.7.5. Girişim grubunun beşinci müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması

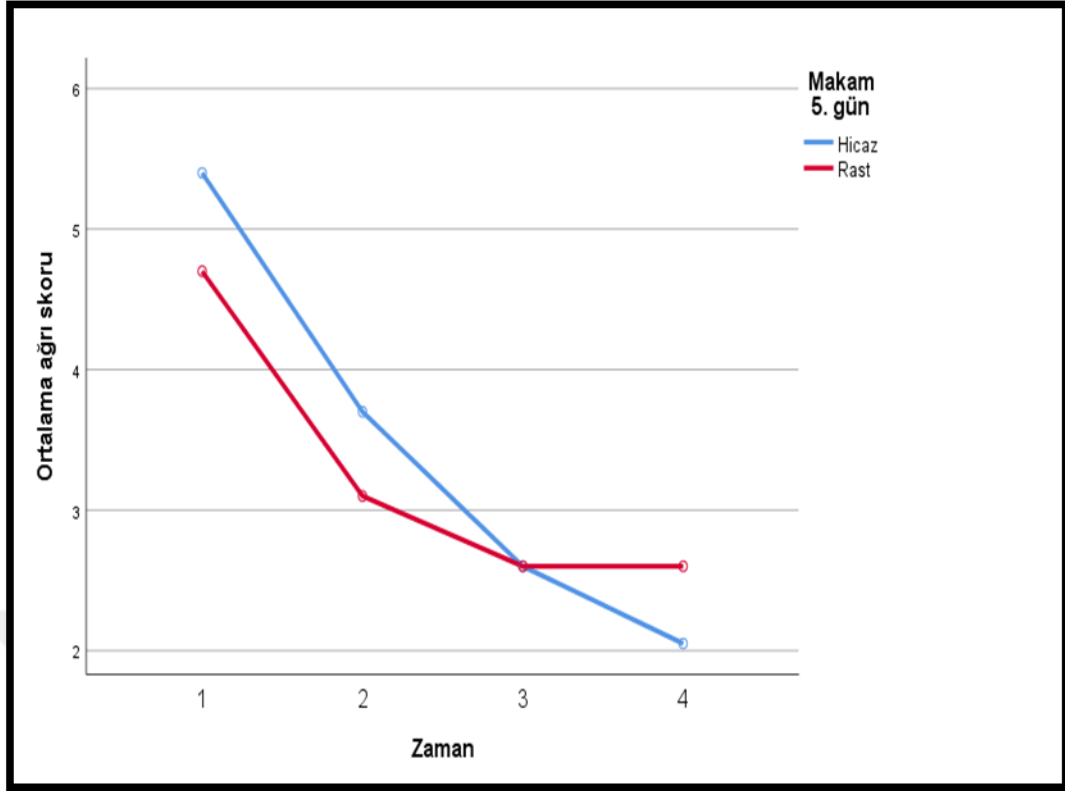
Girişim grubunun beşinci müzik uygulamasında tercih ettiği müzik makamları açısından incelendiğinde her iki makam grubunda da beşinci uygulamadan sonra ağrıda anlamlı bir azalma olurken ($F=41,220$; $p<0,001$) bir zaman*makam etkileşiminin olmadığı görülmüştür ($Zaman*Makam F=3,718$; $p=0,064$) Makamların ağrı üzerine etkileri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Rast makamı ile ağrı skoru 5,73'ten 3,09'a düşerken, hicaz makamında 4,84'ten 1,74 seviyesine

düşecek şekilde bir azalma saptanmış olup hicaz makamında ağrı düzeyinde daha fazla düşüş olmuştur (F=91,503; p<0,001; Tablo 20, Grafik 11).

Tablo 20: Beşinci müzik uygulamasında girişim gurubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması

Toplam Ağrı skoru	Müzik Makamı (5. uygulama)						Test İstatistiği	
	Hicaz			Rast			İkili karşılaştırmalar	Makamlar arası
	\bar{X}	SS	n	\bar{X}	SS	n	Makam *ağrı	F=91,503 p<0,001
Beşinci uygulama öncesi ağrı skoru	4,84	2,34	19	5,73	1,73	11	F=41,220 p<0,001	
Beşinci uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	3,16	2,11	19	4,09	1,51	11	Makam*zaman	
Beşinci uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	2,16	197	19	336	169	11	F=3,718 p=0,064	
Beşinci uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	1,74	1,66	19	3,09	1,97	11		

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 11: Beşinci müzik uygulamasında tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması

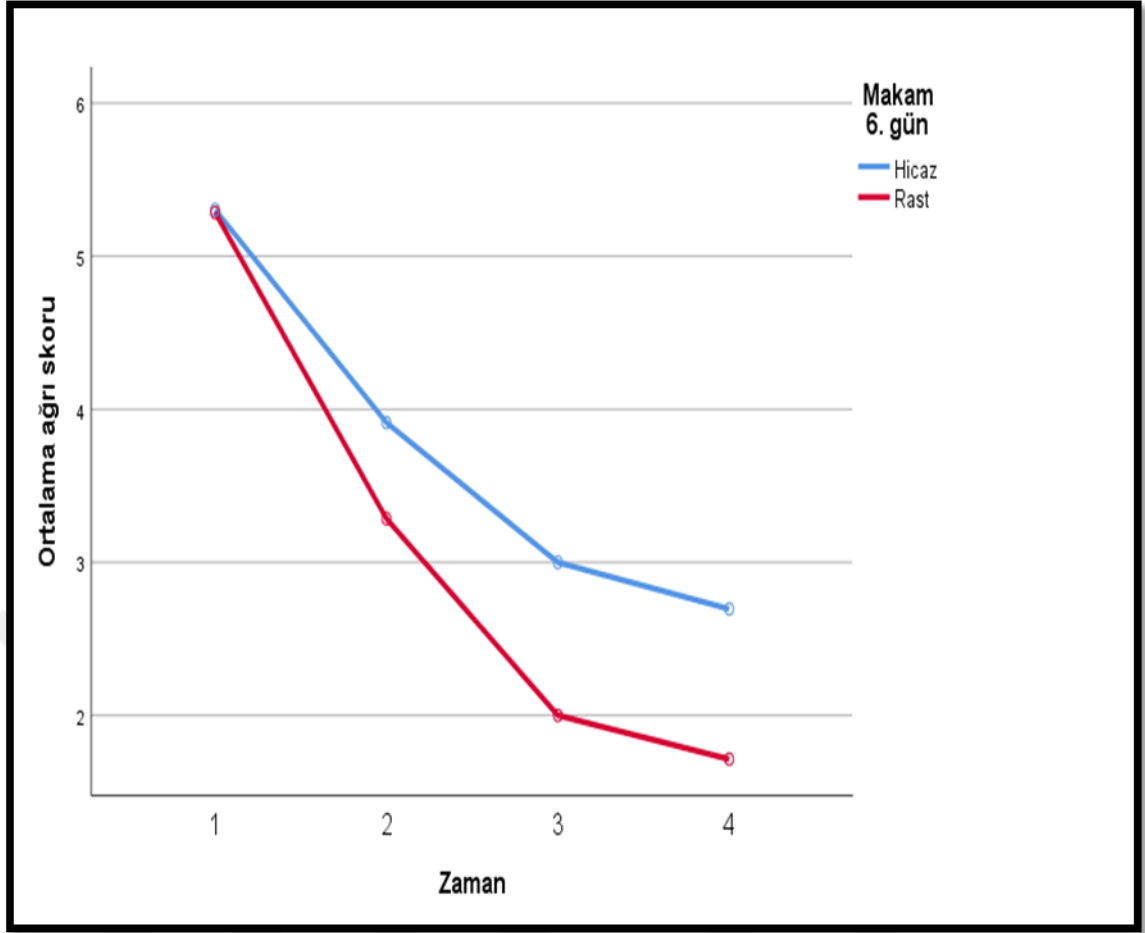
4.7.6. Girişim grubunun altıncı müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından karşılaştırılması

Girişim grubunun altıncı müzik uygulamasında tercih ettiği müzik makamları açısından incelendiğinde her iki makam grubunda da altıncı uygulamadan sonra ağrıda anlamlı bir azalma olurken ($F=48,970$; $p<0,001$) bir zaman*makam etkileşiminin olmadığı görülmüştür ($Zaman*Makam F=2,042$; $p=0,164$) Makamların ağrı üzerine etkileri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Rast makamı ile ağrı skoru 5,73'ten 3,09'a düşerken, hicaz makamında 4,84'ten 1,74 seviyesine düşecek şekilde bir azalma tespit edilmiş olup hicaz makamında ağrı düzeyinde daha fazla düşüş oluştur ($F=92,079$; $p<0,001$; Tablo 21, Grafik 12).

Tablo 21: Altıncı müzik uygulamasında girişim gurubu hastalarının tercih ettiği müzik makamlarının ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması

Toplam Ağrı skoru	Müzik Makamı (6. uygulama)						Test İstatistiği	
	Hicaz			Rast			İkili karşılaştırmalar	Makamlar arası
	\bar{X}	SS	N	\bar{X}	SS	N		
Altıncı uygulama öncesi ağrı skoru	5,30	1,91	23	5,29	1,70	7	F=48,970 p<0,001	F=92,079 p<0,001
Altıncı uygulama sonrası 5.dk ağrı skoru	3,91	1,92	23	3,29	0,75	7		
Altıncı uygulama sonrası 30.dk ağrı skoru	3,00	1,97	23	2,00	1,15	7	F=2,042 p=0,164	
Altıncı uygulama sonrası 60.dk ağrı skoru	2,70	2,03	23	1,71	0,95	7		

SS:Standart Sapma. \bar{X} : Ortalama. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 12: Altıncı müzik uygulamasında tercih edilen makamların ağrı üzerine etkilerinin karşılaştırılması.

4.8. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Kan Basıncı Değerlerinin İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

4.8.1. Girişim ve kontrol grubu hastalarının birinci müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Girişim ve kontrol grubu hastalarının birinci müzik uygulaması ile zaman içinde sistolik kan basıncı (SKB) değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=1,699$; $p= 0,183$) Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=2415,678$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup $F=0,421$; $p=0,679$; Tablo 22).

Tablo 22: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde sistolik kan basıncı (SKB) değerlerindeki değişim

SKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Birinci uygulama öncesi SKB	126,53	24,82	116,23	18,60	Grup	F=2415,678 p<0,001
Birinci uygulama sonrası 5.dk SKB	121,40	30,21	114,53	17,85	F=1,699 p= 0,183	
Birinci uygulama sonrası 30.dk SKB	127,17	20,34	117,27	20,17	Grup*zaman	
Birinci uygulama sonrası 60.dk SKB	122,60	17,73	115,93	18,48	F=0,421 p=0,679	

SKB:Sistolik Kan Basıncı. \bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.8.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının birinci müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0,455; p=0,697) (Tablo 23). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=2125,445; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir (Zaman*Grup F=0,545; p=0,637).

Tablo 23: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim

DKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Birinci uygulama öncesi DKB	73,20	12,38	69,07	13,99	Grup F=0,455 p=0,697	F=2125,445 p<0,001
Birinci uygulama sonrası 5.dk DKB	74,40	19,14	67,77	13,13		
Birinci uygulama sonrası 30.dk DKB	74,17	12,06	70,87	12,80	Grup*zaman	
Birinci uygulama sonrası 60.dk DKB	73,17	11,76	69,40	13,57	F=0,545 p=0,637	

DKB: Diyastolik Kan Basıncı \bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.8.3. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ikinci müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde sistolik kan basıncı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1,640; p=0,196). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=3519,070; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir (Zaman*Grup F=1,374; p=0,257; Tablo 24).

Tablo 24: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde SKB değerlerindeki değişim

SKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
İkinci uygulama öncesi SKB	120,23	19,27	114,93	17,23	Grup F=1,640 p=0,196	F=3519,070 p<0,001
İkinci uygulama sonrası 5.dk SKB	118,70	17,00	115,93	16,40		
İkinci uygulama sonrası 30.dk SKB	115,37	15,37	114,57	16,63	Grup*zaman F=1,374 p=0,257	
İkinci uygulama sonrası 60.dk SKB	116,03	12,06	115,70	17,28		

SKB:Sistolik Kan Basıncı. \bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.8.4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ikinci müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde diyastolik kan basıncı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1,241; p=0,292). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=2395,793; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir (Zaman*Grup F=0,493; p=0,603; Tablo 25).

Tablo 25: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim

DKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
İkinci uygulama öncesi DKB	71,20	13,14	69,63	13,89	Grup	F=2395,79 3 p<0,001
İkinci uygulama sonrası 5.dk DKB	69,20	11,27	68,50	12,21	F=1,241 p=0,292	
İkinci uygulama sonrası 30.dk DKB	67,97	10,77	68,83	11,70	Grup* Zaman	
İkinci uygulama sonrası 60.dk DKB	68,73	10,93	69,17	12,87	F=0,493 p=0,603	

DKB: Diyastolik Kan Basıncı \bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.8.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının üçüncü müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde sistolik kan basıncı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1,227; *p=0,298) (Tablo 26). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=2800,866; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir (Zaman*Grup F=1,256; p=0,289).

Tablo 26: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde SKB değerlerindeki değişim

SKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Üçüncü uygulama öncesi SKB	123,10	21,36	117,93	17,23	Grup F=1,227 p=0,298	F=2800,866 p<0,001
Üçüncü uygulama sonrası 5.dk SKB	120,07	17,70	115,90	16,48		
Üçüncü uygulama sonrası 30.dk SKB	122,03	22,76	116,80	18,75	Grup*zaman F=1,256 p=0,289	
Üçüncü uygulama sonrası 60.dk SKB	118,57	17,77	118,20	16,90		

SKB:Sistolik Kan Basıncı. \bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm

ANOVA test istatistiği

4.8.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının üçüncü müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde diyastolik kan basıncı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=0,849$; $*p=0,469$) (Tablo 27). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=510,980$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir (Zaman*Grup $F=0,938$; $p=0,339$).

Tablo 27: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim

DKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Üçüncü uygulama öncesi DKB	75,87	13,22	70,90	11,87	Grup	F=510,980 p<0,001
Üçüncü uygulama sonrası 5.dk DKB	73,43	10,96	71,43	12,43	F=0,849 p=0,469	
Üçüncü uygulama sonrası 30.dk DKB	70,33	11,11	69,50	12,97	Grup* zaman	
Üçüncü uygulama sonrası 60.dk DKB	69,30	10,93	69,77	11,35	F=0,938 p=0,339	

DKB: Diyastolik Kan Basıncı \bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.8.7. Girişim ve kontrol grubu hastalarının dördüncü müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde sistolik kan basıncı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0,432; *p=0,695) (Tablo 28). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=3087,754; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında da bir etkileşim saptanmıştır (Zaman*Grup F=4,494; p=0,008).

Tablo 28: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde SKB değerlerindeki değişim

SKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Dördüncü uygulama öncesi SKB	122,67	19,98	116,13	16,22	Grup F=0,432 p=0,695	F=3087,754 p<0,001
Dördüncü uygulama sonrası 5.dk SKB	116,77	18,34	119,37	18,42		
Dördüncü uygulama sonrası 30.dk SKB	118,10	16,43	119,23	18,88	Grup*zaman F=4,494 p=0,008	
Dördüncü uygulama sonrası 60.dk SKB	118,60	14,63	117,63	18,09		

SKB:Sistolik Kan Basıncı. \bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.8.8. Girişim ve kontrol grubu hastalarının dördüncü müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde diyastolik kan basıncı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=0,850$; $*p=0,365$) (Tablo 29). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=644,505$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup $F=1,331$; $p=0,255$)).

Tablo 29: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim

DKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Dördüncü uygulama öncesi DKB	73,63	11,36	69,83	11,73	Grup	F=644,505 p<0,001
Dördüncü uygulama sonrası 5.dk DKB	69,33	11,99	70,63	11,34	F=0,850 p=0,365	
Dördüncü uygulama sonrası 30.dk DKB	69,90	13,40	70,53	14,34	Grup* Zaman	
Dördüncü uygulama sonrası 60.dk DKB	71,27	9,70	70,20	13,79	F=1,331 p=0,255	

DKB: Diyastolik Kan Basıncı \bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.8.9. Girişim ve kontrol grubu hastalarının beşinci müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde sistolik kan basıncı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1,141; *p=0,341, Tablo 30). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=2908,166; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup F=1,690; p=0,177).

Tablo 30: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde SKB değerlerindeki değişim

SKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Beşinci uygulama öncesi SKB	118,27	18,87	117,10	19,47	Grup	F=2908,166 p<0,001
Beşinci uygulama sonrası 5.dk SKB	118,63	15,18	118,17	19,15	F=1,141 p=0,341	
Beşinci uygulama sonrası 30.dk SKB	114,67	15,50	117,57	18,57	Grup*zaman	
Beşinci uygulama sonrası 60.dk SKB	118,67	16,98	116,10	18,83	F=1,690 p=0,177	

SKB:Sistolik Kan Basıncı. \bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.8.10. Girişim ve kontrol grubu hastalarının beşinci müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde diyastolik kan basıncı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0,532; *p=0,651, Tablo 31). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=2824,918; $p < 0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup F=0,546; p=0,641).

Tablo 31: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim

DKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Beşinci uygulama öncesi DKB	71,00	10,72	68,70	12,54	Grup	F=2824,918 $p < 0,001$
Beşinci uygulama sonrası 5.dk DKB	70,40	10,33	68,43	11,40	F=0,532 p=0,651	
Beşinci uygulama sonrası 30.dk DKB	69,70	10,14	69,77	12,78	Grup* zaman	
Beşinci uygulama sonrası 60.dk DKB	72,33	12,27	69,43	13,36	F=0,546 p=0,641	

DKB: Diyastolik Kan Basıncı \bar{X} : Ortalama. SS: Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.8.11. Girişim ve kontrol grubu hastalarının altıncı müzik uygulaması ile sistolik kan basıncı (SKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde sistolik kan basıncı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0,726; *p=0,499, Tablo 32). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=3302,770; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup F=1,864; p=0,155).

Tablo 32: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde SKB değerlerindeki değişim

SKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Altıncı uygulama öncesi SKB	119,87	13,74	119,43	18,13	Grup	F=3302,770 p<0,001
Altıncı uygulama sonrası 5.dk SKB	117,50	15,30	117,70	19,08	F=0,726 p=0,499	
Altıncı uygulama sonrası 30.dk SKB	114,23	23,57	121,07	20,18	Grup*zaman	
Altıncı uygulama sonrası 60.dk SKB	117,67	13,86	116,20	20,84	F=1,864 p=0,155	

SKB:Sistolik Kan Basıncı. \bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.8.12. Girişim ve kontrol grubu hastalarının altıncı müzik uygulaması ile diyastolik kan basıncı (DKB) değerlerinin izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde diyastolik kan basıncı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=0,052$; $*p=0,978$, Tablo 33). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=2721,708$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ($(Zaman*Grup F=1,304$; $p=0,276)$).

Tablo 33: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde DKB değerlerindeki değişim.

DKB	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Altıncı uygulama öncesi DKB	73,23	9,16	70,97	13,67	Grup F=0,052 p=0,978	F=2721,708 p<0,001
Altıncı uygulama sonrası 5.dk DKB	71,27	10,75	72,23	13,03		
Altıncı uygulama sonrası 30.dk DKB	70,83	10,46	72,70	13,06	Grup* zaman	
Altıncı uygulama sonrası 60.dk DKB	70,87	10,48	72,47	14,66	F=1,304 p=0,276	

DKB: Diyastolik Kan Basıncı \bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.9. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Nabız Değerlerinin İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Bulguları

4.9.1. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin birinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1,194; p=0,308, Tablo 34). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir. (F=2656,649; $p < 0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup F=1,414; p=0,247).

Tablo 34: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim

Nabız Değeri	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Birinci uygulama öncesi nabız değeri	92,27	19,62	92,67	13,20	Grup	F=2656,64 9p<0,001
Birinci uygulama sonrası 5.dk nabız değeri	88,80	15,15	92,70	13,12	F=1,194 p=0,308	
Birinci uygulama sonrası 30.dk nabız değeri	90,60	14,89	88,20	20,51	Grup* zaman	
Birinci uygulama sonrası 60.dk nabız değeri	89,77	14,50	92,23	14,58	F=1,414 p=0,247	

\bar{X} : Ortalama. SS: Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.9.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin ikinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F= 1,742; p= 0,175, Tablo 35). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir.(F=2394,823; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup F=0,476; p=0,645).

Tablo 35: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim

Nabız Değeri	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
İkinci uygulama öncesi nabız değeri	93,47	17,80	93,80	13,92	Grup F= 1,742 p= 0,175	F=2394,82 $3p<0,001$
İkinci uygulama sonrası 5.dk nabız değeri	93,27	17,07	93,43	14,40		
İkinci uygulama sonrası 30.dk nabız değeri	92,37	16,16	92,50	14,95	Grup* zaman	
İkinci uygulama sonrası 60.dk nabız değeri	90,27	15,26	92,57	14,23		

\bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.9.3. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin üçüncü müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0,925; p=0,342, Tablo 36). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir.(F=673,723; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup F=1,261; p=0,267).

Tablo 36: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim

Nabız Değeri	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Üçüncü uygulama öncesi nabız değeri	94,07	14,83	94,27	13,55	Grup	F=673,723 p<0,001
Üçüncü uygulama sonrası 5.dk nabız değeri	91,97	15,85	94,13	12,01	F=0,925 p=0,342	
Üçüncü uygulama sonrası 30.dk nabız değeri	90,13	13,23	101,93	107,83	Grup* Zaman	
Üçüncü uygulama sonrası 60.dk nabız değeri	91,20	12,72	92,93	13,64	F=0,476; p=0,645	

\bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.9.4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin dördüncü müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0,634; p=0,556, Tablo 37). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir.(F=3496,073; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup F=1,116; p=0,337).

Tablo 37: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim.

Nabız Değeri	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Dördüncü uygulama öncesi nabız değeri	93,43	15,09	93,50	13,85	Grup	F=3496,07 3p<0,001
Dördüncü uygulama sonrası 5.dk nabız değeri	91,60	14,21	95,73	13,42	F=0,634 p=0,556	
Dördüncü uygulama sonrası 30.dk nabız değeri	91,77	13,00	94,57	13,85	Grup* zaman	
Dördüncü uygulama sonrası 60.dk nabız değeri	91,37	11,23	93,03	11,88	F=1,116 p=0,337	

\bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.9.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin beşinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1,065; p=0,346, Tablo 38). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir.(F=3194,494; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup F=2,857; p=0,064).

Tablo 38: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim.

Nabız Değeri	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Beşinci uygulama öncesi nabız değeri	92,97	13,86	88,27	19,95	Grup	F=3194,49 4p<0,001
Beşinci uygulama sonrası 5.dk nabız değeri	92,83	13,96	92,87	13,13	F=1,065 p=0,346	
Beşinci uygulama sonrası 30.dk nabız değeri	90,27	12,06	92,97	14,67	Grup* zaman	
Beşinci uygulama sonrası 60.dk nabız değeri	91,73	11,62	93,13	11,95	F=2,857 p=0,064	

\bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.9.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının nabız değerlerinin altıncı müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0,313; p=0,789, Tablo 39). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir.(F=3925,946; $p < 0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup F=2,004; p=0,124).

Tablo 39: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde nabız değerlerindeki değişim.

Nabız Değeri	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Altıncı uygulama öncesi nabız değeri	91,13	12,47	94,00	13,59	Grup F=0,313 p=0,789	F=3925,94 6 $p < 0,001$
Altıncı uygulama sonrası 5.dk nabız değeri	89,63	10,96	95,73	13,85		
Altıncı uygulama sonrası 30.dk nabız değeri	92,77	9,504	94,17	13,84	Grup* zaman	
Altıncı uygulama sonrası 60.dk nabız değeri	92,07	11,58	94,13	13,50		

\bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği

4.10. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Solunum Sayısının İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

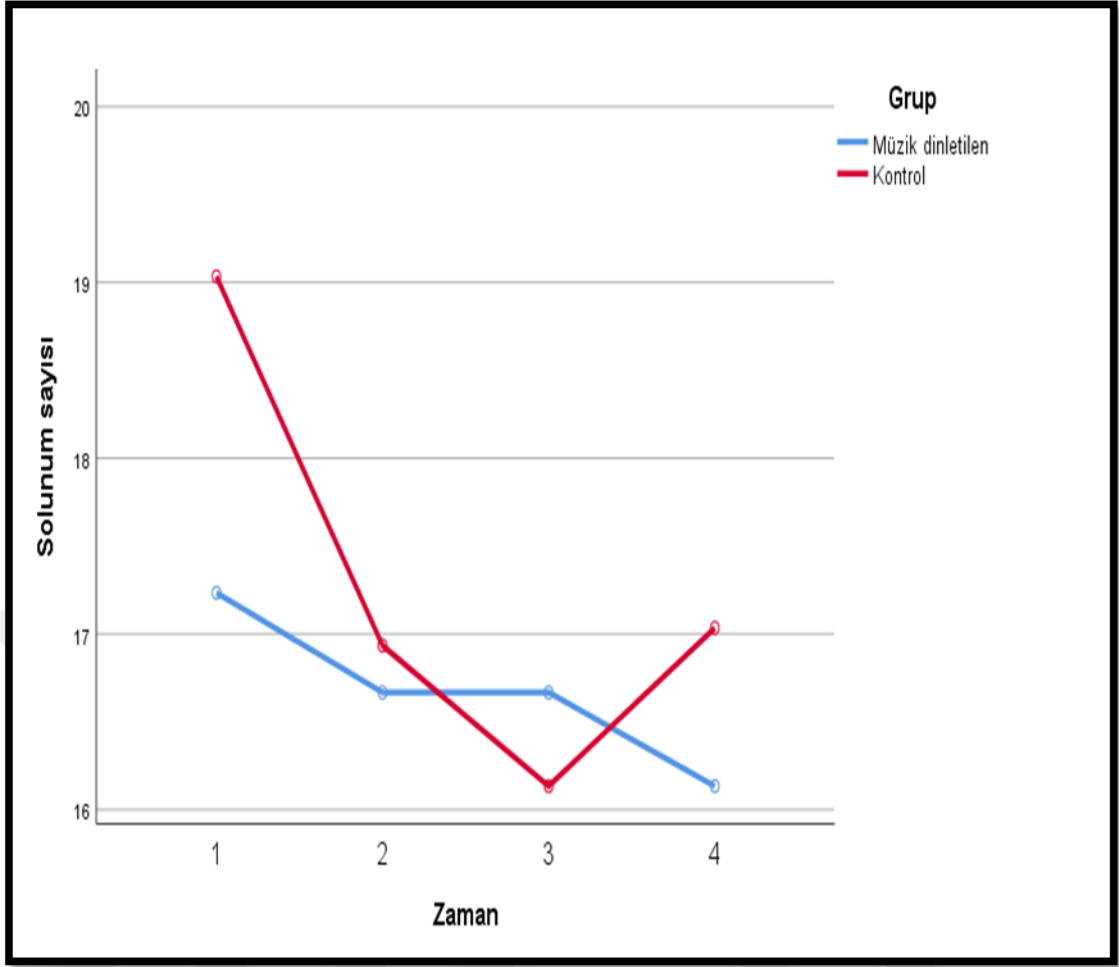
4.10.1. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının birinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1,489; p=0,231) (Tablo 40, Grafik 13). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir.(F=1402,939; p<0,001). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ((Zaman*Grup F=0,233; p=0,631).

Tablo 40: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim

Solunum Sayısı	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Birinci uygulama öncesi solunum sayısı	17,23	3,23	19,03	13,57	Grup	F=1402,99 p<0,001
Birinci uygulama sonrası 5.dk solunum sayısı	16,67	2,74	16,93	3,00	F=1,489 p=0,231	
Birinci uygulama sonrası 30.dk solunum sayısı	16,67	2,89	16,13	3,72	Grup* zaman	
Birinci uygulama sonrası 60.dk solunum sayısı	16,13	2,77	17,03	2,97	F=0,233 p=0,631	

\bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 13: Birinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim

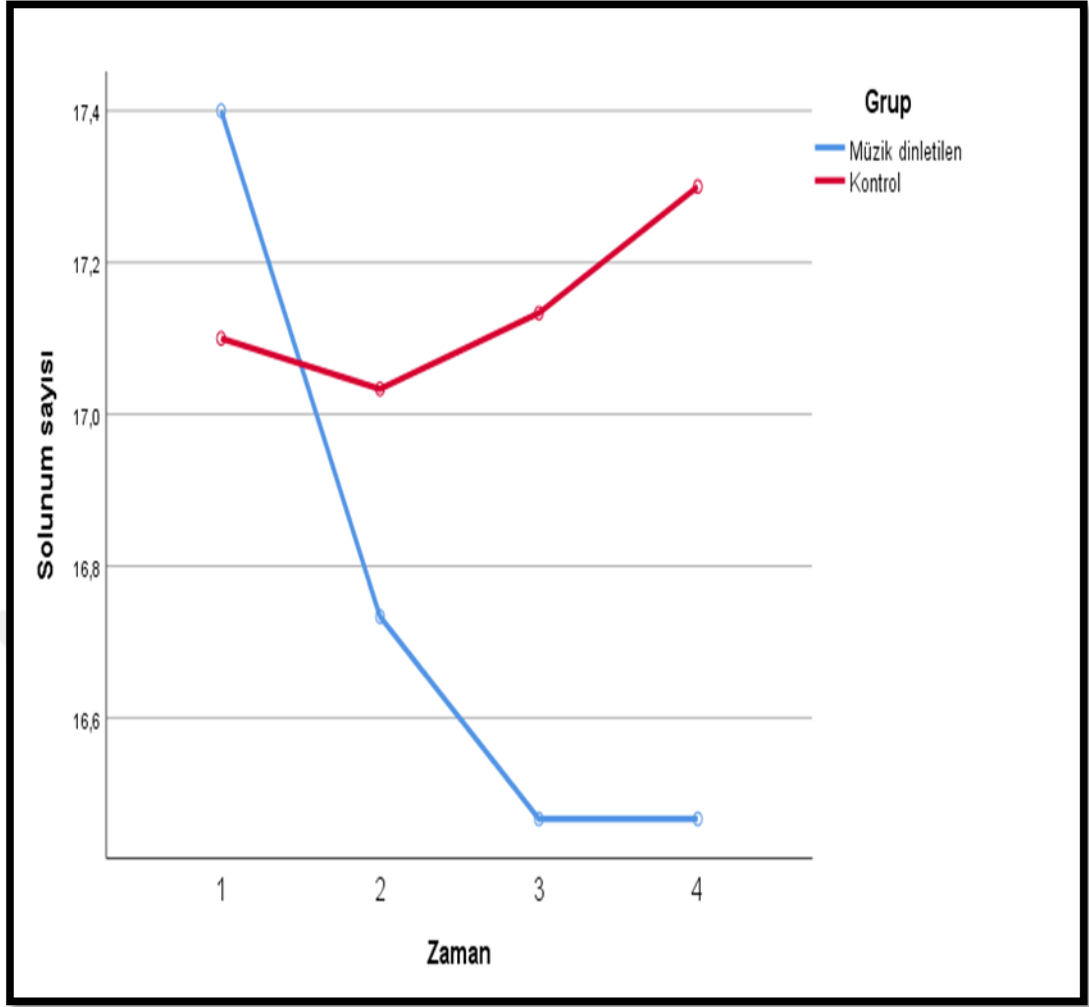
4.10.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının ikinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=1,705$; $p=0,172$). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($F=2021,012$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında da bir etkileşimin olduğu belirlenmiştir ($Zaman*Grup F=6,989$; $p=0,011$). (Tablo 41, Grafik 14).

Tablo 41: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.

Solunum Sayısı	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
İkinci uygulama öncesi solunum sayısı	17,40	3,24	17,10	2,85	Grup	F=2021,01 2 p<0,001
İkinci uygulama sonrası 5.dk solunum sayısı	16,73	3,34	17,03	3,11	F=1,705 p=0,172	
İkinci uygulama sonrası 30.dk solunum sayısı	16,47	2,81	17,13	3,00	Grup* zaman	
İkinci uygulama sonrası 60.dk solunum sayısı	16,47	3,18	17,30	3,19	F=6,989 p=0,011	

\bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 14: İkinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.

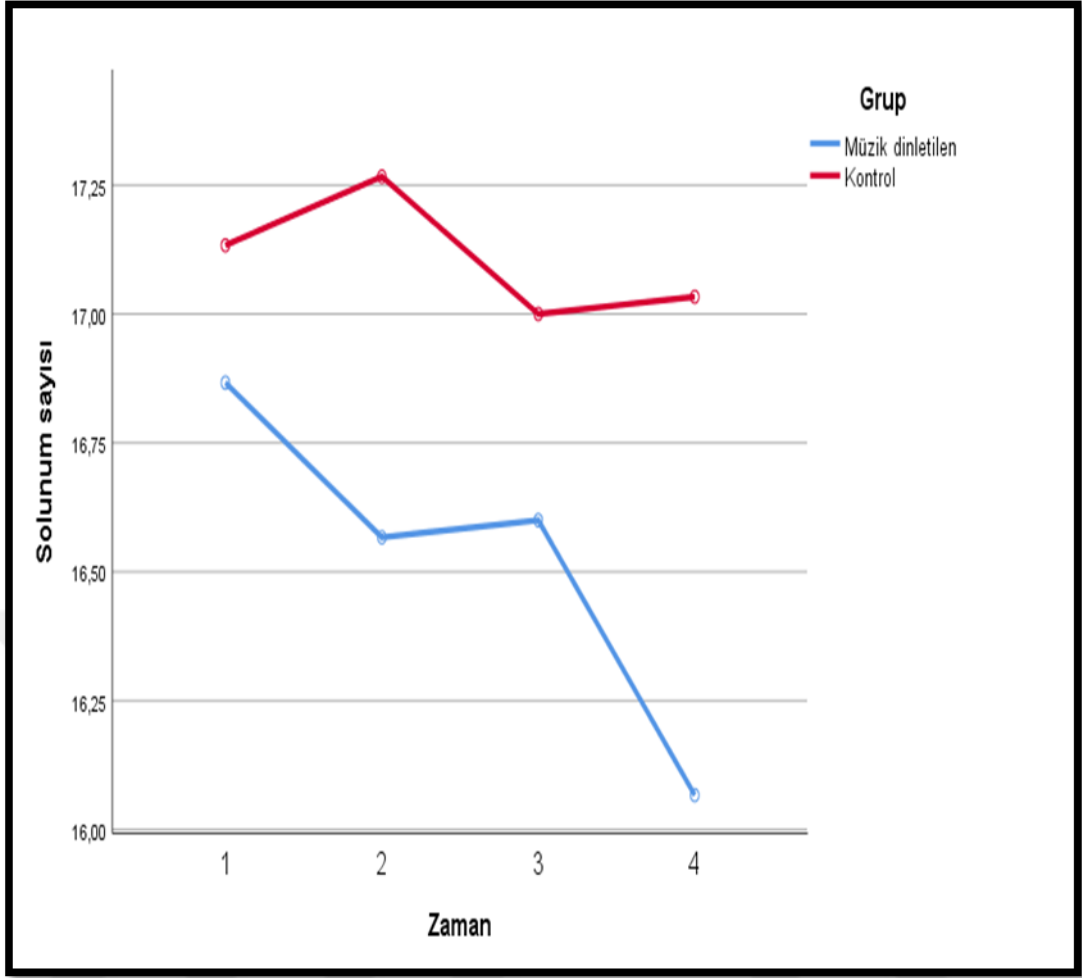
4.10.3. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının üçüncü müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=1,124$; $p=0,334$). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($F=2460,337$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ($F=0,719$; $p=0,542$) (Tablo 42, Grafik 15).

Tablo 42: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim

Solunum Sayısı	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Üçüncü uygulama öncesi solunum sayısı	16,87	3,58	17,13	3,26	Grup	F=2460,33 7 $p < 0,001$
Üçüncü uygulama sonrası 5.dk solunum sayısı	16,57	2,84	17,27	2,86	F=1,124 p=0,334	
Üçüncü uygulama sonrası 30.dk solunum sayısı	16,60	2,73	17,00	3,04	Grup* Zaman	
Üçüncü uygulama sonrası 60.dk solunum sayısı	16,07	1,92	17,03	2,67	F=0,719 p=0,542	

\bar{X} : Ortalama. SS: Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 15: Üçüncü müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim.

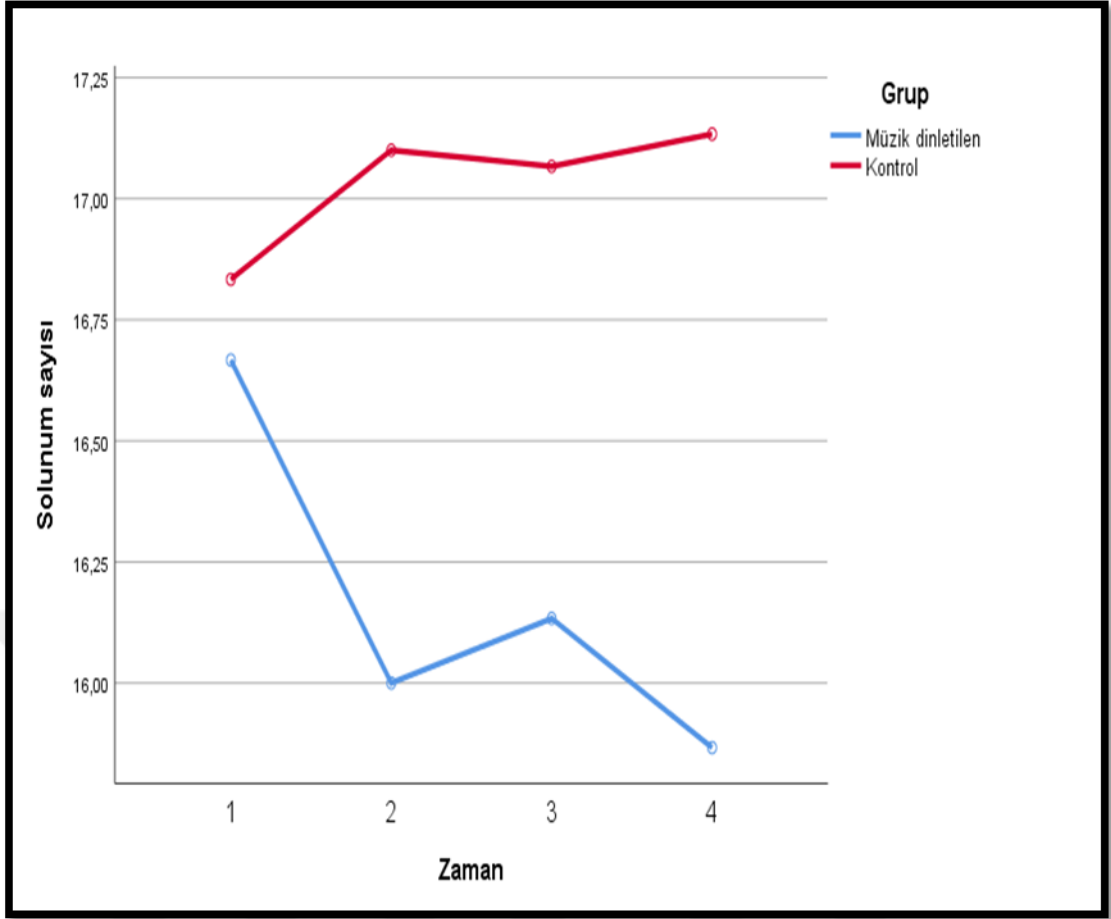
4.10.4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının dördüncü müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=0,531$; $p=0,648$). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($F=2250,349$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında da bir etkileşimin olduğu belirlenmiştir ((Zaman*Grup $F=4,526$; $p=0,038$) (Tablo 43, Grafik 16).

Tablo 43: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim

Solunum Sayısı	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Dördüncü uygulama öncesi solunum sayısı	16,67	2,84	16,83	3,05	Grup	F=2250,34 9 p<0,001
Dördüncü uygulama sonrası 5.dk solunum sayısı	16,00	2,67	17,10	3,15	F=0,531 p=0,648	
Dördüncü uygulama sonrası 30.dk solunum sayısı	16,13	2,46	17,07	3,15	Grup* zaman	
Dördüncü uygulama sonrası 60.dk solunum sayısı	15,87	2,46	17,13	3,18	F=4,526 p=0,038	

\bar{X} : Ortalama. SS: Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 16: Dördüncü müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim

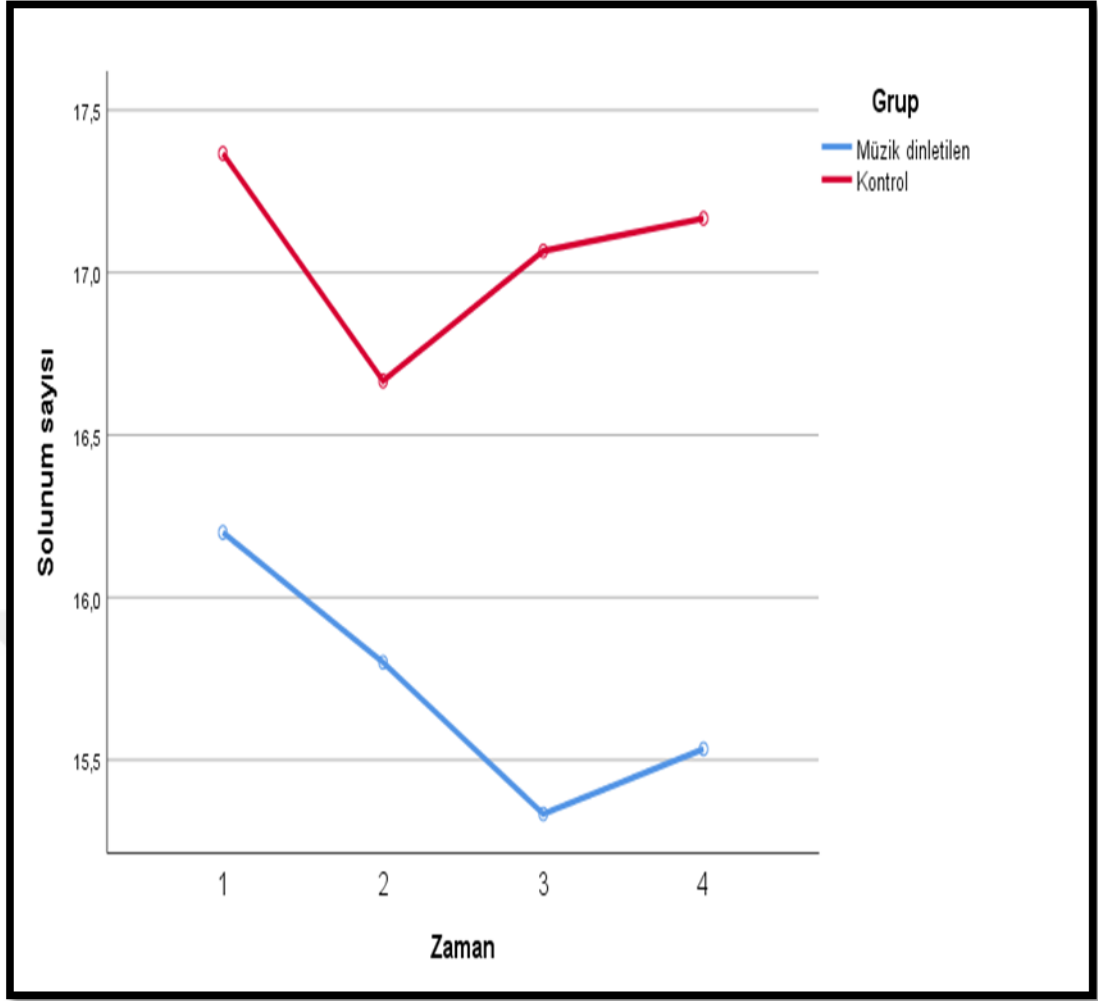
4.10.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının beşinci müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=2,563$; $p=0,062$). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($F=2138,637$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ($F(Zaman*Grup)=1,936$; $p=0,169$) (Tablo 44, Grafik 17).

Tablo 44: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim

Solunum Sayısı	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Beşinci uygulama öncesi solunum sayısı	16,20	3,16	17,37	3,03	Grup	F=2138,63 7 $p < 0,001$
Beşinci uygulama sonrası 5.dk solunum sayısı	15,80	2,59	16,67	3,25	F=2,563 p=0,062	
Beşinci uygulama sonrası 30.dk solunum sayısı	15,33	2,89	17,07	3,14	Grup* zaman	
Beşinci uygulama sonrası 60.dk solunum sayısı	15,53	2,60	17,17	2,98	F=1,936 p=0,169	

\bar{X} : Ortalama. SS: Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 17: Beşinci müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim

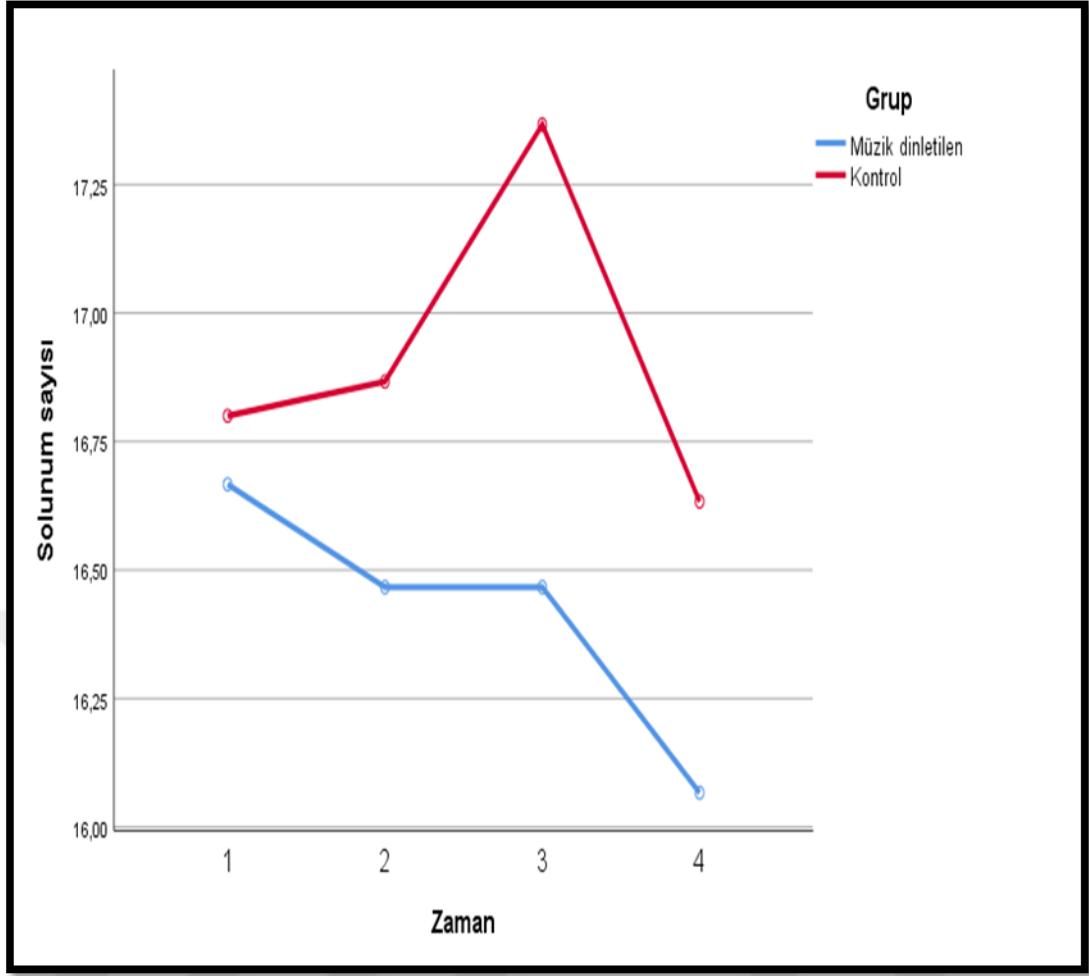
4.10.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının solunum sayısının altıncı müzik uygulaması ile izlem zamanlarına göre karşılaştırması

Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=2,025$; $p=0,117$). Gruplar arası farkın da anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($F=1921,484$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ($F=1,720$; $p=0,195$) (Tablo 45, Grafik 18).

Tablo 45: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim

Solunum Sayısı	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
Altıncı uygulama öncesi solunum sayısı	16,67	2,94	16,80	3,31	Grup	F=1921,48 4 p<0,001
Altıncı uygulama sonrası 5.dk solunum sayısı	16,47	2,90	16,87	3,17	F=2,025 p=0,117	
Altıncı uygulama sonrası 30.dk solunum sayısı	16,47	2,90	17,37	3,80	Grup* zaman	
Altıncı uygulama sonrası 60.dk solunum sayısı	16,07	2,852	16,63	3,178	F=1,720 p=0,195	

\bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Grafik 18: Altıncı müzik uygulaması ile zaman içinde solunum sayısı değerlerindeki değişim

4.11. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Karnofsky Performans Skalası Değerlerinin Müzik Uygulaması İle İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

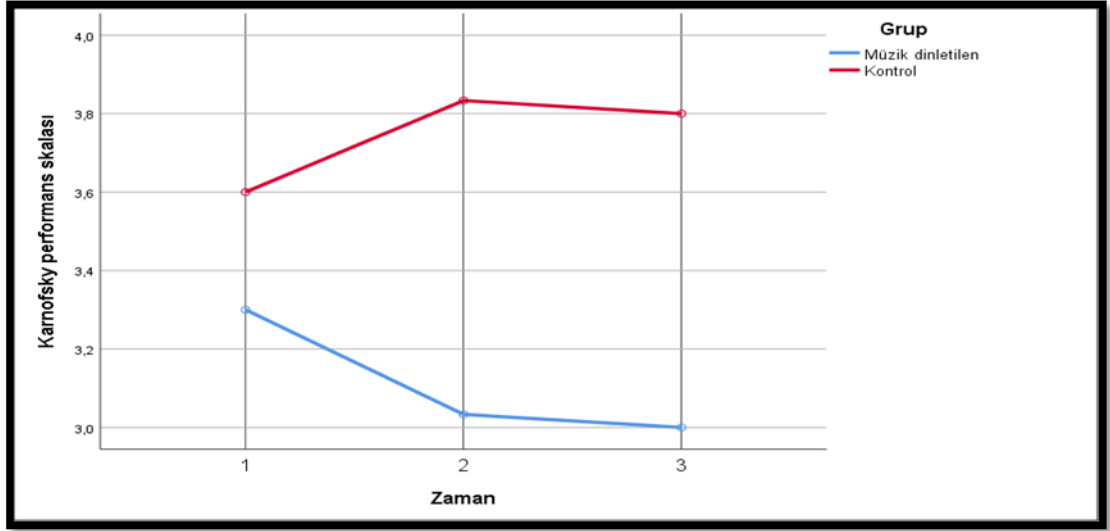
Müzik uygulaması ile zaman içinde Karnofsky Performans Skalası'ndaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=0,419$; $p=0,614$) (Tablo 46, Grafik 19). Girişim grubunda Karnofsky Performans Skalası değerleri 3.30'dan 3,00'e yükselirken kontrol grubunda 3,60'tan 3,80'e gerilemiştir. Gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($F=273,395$; $p<0,001$). Ölçüm

zamanı ve grup arasında da bir etkileşimin olduğu belirlenmiştir (Zaman*Grup
F=13,481; p<0,001)

Tablo 46: Müzik uygulaması ile zaman içinde Karnofsky Performans Skalası'ndaki değişim

Karnofsky Performans Skalası (KPS)	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
KPS ilk değerlendirme	3,30	1,93	3,60	1,40	Grup	F=273,395 p<0,001
KPS ikinci değerlendirme	3,03	1,71	3,83	1,51	F=0,419 p=0,614	
KPS son değerlendirme	3,00	1,68	3,80	1,44	Grup*zaman F=13,481 p<0,001	

\bar{X} : Ortalama. SS: Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Ölçüm zamanı; 1: İlk değerlendirme, 2: İkinci değerlendirme, 3: Son değerlendirme.

Grafik 19: Müzik uygulaması ile zaman içinde Karnofsky Performans Skalası'ndaki değişim

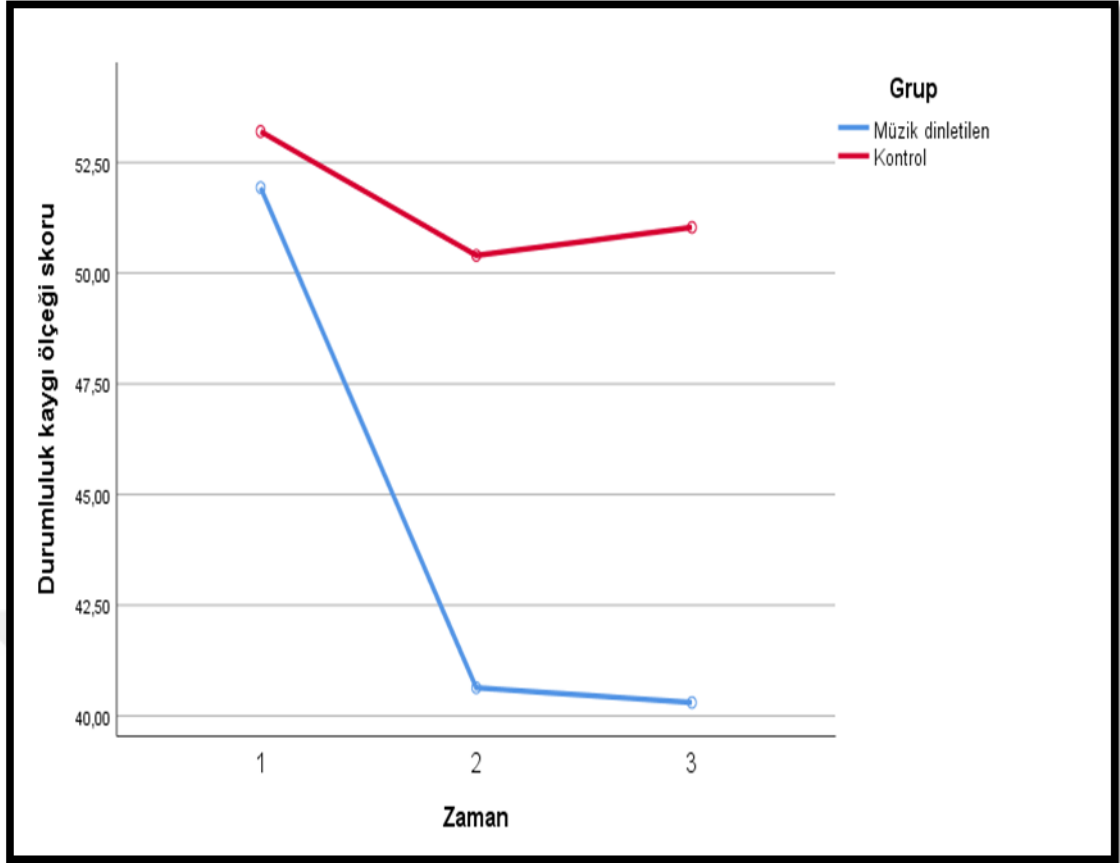
4.12. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Durumluluk Kaygı Ölçeği Değerlerinin Müzik Uygulaması İle İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Müzik uygulaması ile zaman içinde durumluluk kaygı ölçeğindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=56,340$; $p<0,001$) (Tablo 47, Grafik 20). Girişim grubunda durumluluk kaygı ölçeği ilk değerlendirmesi 51,93 puan iken son değerlendirmede 40,30 puana düşmüştür. Kontrol grubunda ise fazla değişim olmamıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=3106,514$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında ise bir etkileşimin olmadığı belirlenmiştir ($Zaman*Grup F=23,560$; $p<0,001$).

Tablo 47: Müzik uygulaması ile zaman içinde durumluluk kaygı ölçeğindeki değişim

Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
DKÖ ilk değerlendirme	51,93	9,94	53,20	10,26	Grup	F=3106,514 p<0,001
DKÖ ikinci değerlendirme	40,63	5,46	50,40	5,79	F=56,340 p<0,001	
DKÖ son değerlendirme	40,30	5,32	51,03	6,27	Grup*zaman F=23,560 p<0,001	

\bar{X} : Ortalama. SS:Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Ölçüm zamanı; 1:İlk değerlendirme, 2: İkinci değerlendirme, 3: Son değerlendirme.

Grafik 20: Müzik uygulaması ile zaman içinde durumluluk kaygı ölçeğindeki değişim

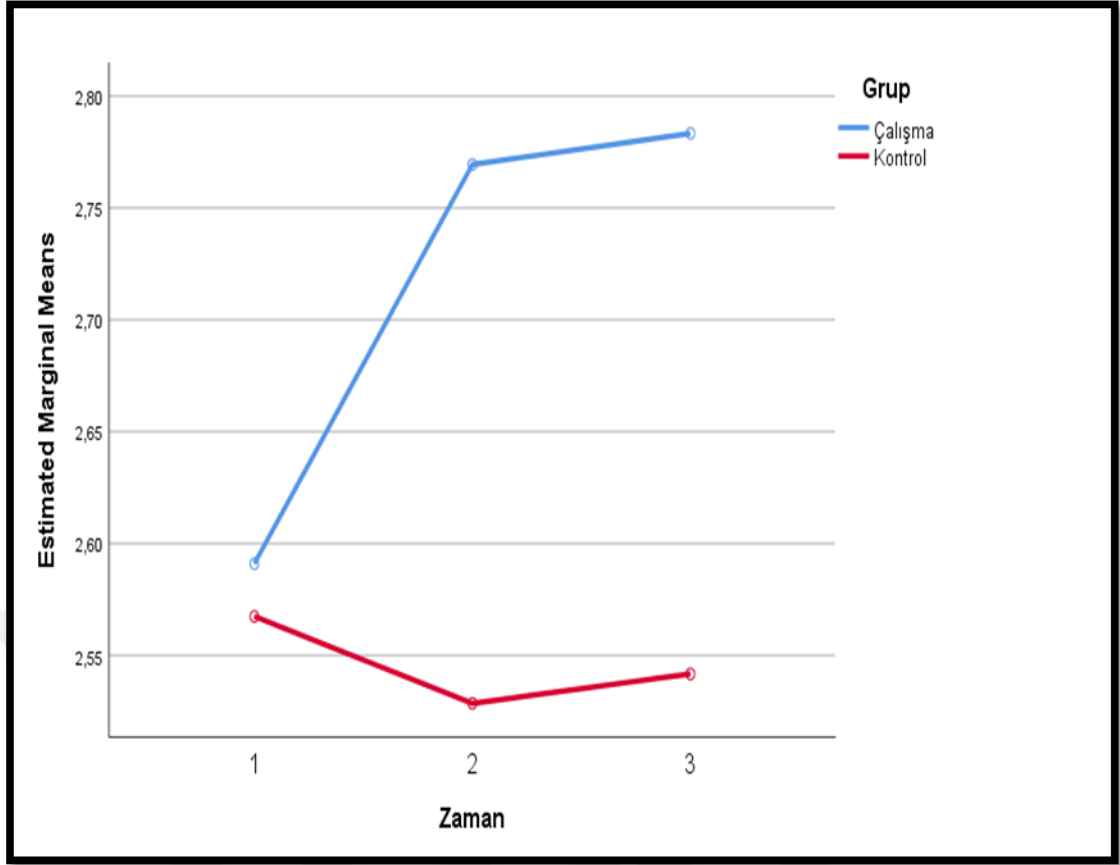
4.13. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Genel Konfor Ölçeği Değerlerinin Müzik Uygulaması İle İzlem Zamanlarına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Müzik uygulaması ile zaman içinde genel konfor ölçeğindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=20,491$; $p<0,001$) (Tablo 48, Grafik 21). Girişim grubunda ilk değerlendirmede 2,59 puan olan konfor düzeyi son uygulamadan sonra 2,78'e yükselmiştir. Kontrol grubunda ise 2,56 puan olan konfor düzeyi 2,54'e gerilemiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=12271,094$; $p<0,001$). Ölçüm zamanı ve grup arasında da bir etkileşimin olduğu belirlenmiştir ((Zaman*Grup $F=69,930$; $p<0,001$)).

Tablo 48: Müzik uygulaması ile zaman içinde genel konfor ölçeğindeki değişim

Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)	Girişim grubu n=30		Kontrol grubu n=30		Test istatistiği	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	Grup içi	Gruplar arası
GKÖ ilk değerlendirme	2,59	0,13	2,56	0,20	Grup	F=12271,094 p<0,001
GKÖ ikinci değerlendirme	2,76	0,15	2,52	0,22	F=20,491 p<0,001	
GKÖ son değerlendirme	2,78	0,15	2,54	0,23	Grup*zaman F=69,930 p<0,001	

\bar{X} : Ortalama. SS: Standart Sapma. F: Tekrarlayan Ölçüm ANOVA test istatistiği



Ölçüm zamanı; 1:İlk değerlendirme, 2: İkinci değerlendirme, 3: Son değerlendirme.

Grafik 21: Müzik uygulaması ile zaman içinde genel konfor ölçeğindeki değişim

4.14. Girişim ve kontrol grubunun İlk ve son ağrı değerlendirme puanlarının durumluluk kaygı, genel konfor ölçeği ve Karnofsky skalası puanları ile korelasyonu

Girişim ve kontrol grubunun müzik uygulaması ağrı puanları ilk değerlendirmesi ve son değerlendirmesi ile ölçek puanlarının korelasyonu incelendiğinde, kontrol grubunda ağrı ilk değerlendirme puanı ile durumluluk kaygı puanı arasında pozitif yönde, orta şiddette (Pearson $r=0,403$; $p=0,027$) bir ilişki saptanmıştır. Girişim grubunda ise ağrı son değerlendirme puanı ile Karnofsky performans skalası puanı arasında pozitif yönde, orta şiddette (Pearson $r=0,416$; $p=0,022$) anlamlı korelasyonların olduğu saptanmıştır (Tablo 49).

Tablo 49: Girişim ve kontrol grubunun İlk ve son ağrı puanlarının durumluluk kaygı ölçeği, genel konfor ölçeği ve Karnofsky performans skalası puanları ile korelasyonu

Ölçekler		Ağrı ilk değerlendirme		Ağrı son değerlendirme	
		Girişim	Kontrol	Girişim	Kontrol
Durumluluk Kaygı Ölçeği Puanı	r	-0,145	0,403	-0,003	0,311
	p	0,444	0,027	0,987	0,094
Genel Konfor Ölçeği puanı	r	0,150	0,064	0,325	-0,160
	p	0,428	0,739	0,080	0,399
Karnofsky Performans Skalası puanı	r	0,196	-0,036	0,416	-0,030
	p	0,299	0,849	0,022	0,874

R: Pearson korelasyon analizi.

4.15. Girişim gurubu hastalarının müzik uygulaması ile ilgili görüşleri

Müzik dinletisi uygulanan girişim grubu hastalarının son seansından sonra müzik dinletisinin onlarda bıraktığı etkiyi bir cümle ile ifade etmeleri istenmiştir. Hastaların bir kısmı benzer cevaplar vermiş olup ortak ifadeler birleştirilmiş olarak sunulmuştur. Hastaların yarısı müzik dinletisini rahatlatıcı bulurken (%50), bir kısmı müzik dinletisinin kendilerini yaşadıkları güzel anılara götürdüğünü (%26.7) ifade etmiştir ve hastaların bütününde olumlu duygulanım yarattığı görülmüştür (Tablo 50).

Tablo 50: Girişim grubu hastalarının müzik dinletisi ile ilgili görüşleri

Görüşler	N	%
Beni çok rahatlattı.	15	50
Ruhumu dinlendirdi.	3	10
Bana kötü olan herşeyi unutturdu.	4	13.3
Beni geçmişe, güzel günlere götürdü.	8	26.7
Toplam	30	100

Tartışma

Palyatif bakım servisleri yaşamı tehdit eden bir hastalığın yol açtığı semptomları hafifletmeye odaklanmakla birlikte hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesini önceleyen bir bakımdır. Özellikle son dönemde beklenen yaşam ömrünün uzamasıyla birlikte hastalar kronik hastalıkların yol açtığı semptomları daha uzun yıllar yaşamaktadır. Bunların başında motor nöron hastalıkları, son dönem organ yetmezlikleri, HIV/AIDS veya tedavi sürecine yanıt vermeyen kanser hastalığı gelmektedir (KM, 2007; Warth M. K., 2015; Şenel G, 2016; Egitici MT, 2019). Özellikle kanser hastalığının seyri, tedavisi ve yarattığı psikolojik etkileri nedeniyle hastaları daha olumsuz etkileyebilmektedir (Molassiotis A, 2005; Düzen KÖ, 2015). Kanser hastalığının doğasının yanında tedavisinin de getirdiği bir çok yan etki nedeniyle hastaların yaşam kalitesi ciddi anlamda bozulmaktadır. Bu nedenle kanser hastalarına ilaç dışı yöntemler ile müdahalelerde bulunulması ve semptom kontrolü sağlanması daha fazla ilaç yan etkisine maruz kalmamaları açısından çok değerlidir. Çalışmamızda müzik dinletisinin girişim grubunun ağrı, kaygı, konfor ve fonksiyonel kapasitesi üzerindeki etkileri değerlendirilmiş ve kontrol grubu ile bu özellikleri karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Araştırma bulguları literatür bilgileri doğrultusunda sekiz bölümde tartışılmıştır. Bu bölümler sırasıyla;

- I. Girişim ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı ve klinik özelliklerine ilişkin bulgularının incelenmesi
- II. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası yaşam bulgularının incelenmesi
- III. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası ağrı puanı ortalamaları ile ilişkili bulgularının incelenmesi
- IV. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası Genel Konfor Ölçeği bulgularının incelenmesi
- V. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası Durumluluk Kaygı Ölçeği bulgularının incelenmesi
- VI. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası Karnofsky Performans Skalası bulgularının incelenmesi

- VII. Girişim ve kontrol grubu hastalarının ilk ve son ağrı puanlarının durumluluk kaygı ölçeği, genel konfor ölçeği ve Karnofsky performans skalası puanları ile korelasyonunun incelenmesi
- VIII. Girişim grubu hastalarının müzik uygulaması ile ilgili görüşlerinin incelenmesi

5.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Tanıtıcı Ve Klinik Özelliklerine

İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, hastalık tanısı ve kronik hastalık varlığı açısından istatistiksel bir fark bulunmamış ($p>0.005$) ve her iki grubun tanıtıcı özellik yönünden homojen olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların özellikleri incelendiğinde yaş ortalamasının $62\pm9,96$ olduğu görülmüştür. Gallagher ve arkadaşların (2018) yaptığı benzer bir çalışmada yaş ortalamasının 60 ± 15 olduğu (Gallagher LM, 2018), Peng ve arkadaşlarının (2019) yaptığı bir araştırmada hastaların yaş ortalamasının 66.8 olduğu görülmektedir (Peng SC, 2019). Palyatif bakım servisinde Warth ve arkadaşları (2015a;2015b) tarafından yapılan iki çalışmada hastaların yaş ortalamasının 59.9 (± 7.15) ve 63, Preissler ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmadan yaş ortalamasının 64 olduğu ve araştırmamızla benzerlik gösterdiği görülmektedir (Warth MK, 2015a; Warth MK, 2015b; Preissler P, 2016). Horne-Thompson ve Bramley'in (2011) Palyatif bakım hastalarında yaptığı çalışmada yaş ortalaması 77 olup bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir (Thompson AH, 2011).

Çalışmamızda örneklemin %80 'nini erkek hastalar oluşturmaktadır. Yapılan benzer çalışmalarda bayan hastaların daha ağırlıkta olduğu görülmekle birlikte cinsiyet dağılımı çalışmamızdan farklılık göstermektedir (Peng SC, 2019; Gallagher LM, 2018; Preissler P, 2016).

Çalışma örnekleminizi oluşturan hastaların %75'nin akciğer kanseri olduğu görülmektedir. Gallagher ve arkadaşların (2018) yaptığı çalışmada da hastalarının %16'sının akciğer kanseri tanılı olduğu ve ilk sırada yer aldığı görülmektedir (Gallagher LM, 2018). Teut ve arkadaşlarının body tambur kullanarak 8 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada hastalardan üçünün akciğer kanseri olduğu görülmekle

birlikte tanı açısından çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Teut M, 2014). Yapılan benzer çalışmalarda örneklem grubu genellikle kanser hastalarından oluşmaktadır. Peng ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada hastaların %29'unu kanser hastalarından oluştuğu ancak hastalık tanısının açıkça belirtilmediği (Peng SC, 2019), Warth ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada 17 hasta ile ilk sırada meme kanserinin yer aldığı görülmektedir (Warth MK., 2015). Preissler ve arkadaşlarının palyatif bakımda yaptığı çalışmada hastaların %34 oranında gastrointestinal sistemi tutan kanserlerin ilk sırada yer aldığı görülmekte ve bu özellikleri ile çalışmamızla kanser tansı açısından farklılık göstermektedir (Preissler P, 2016).

Yaptığımız çalışmada hastalarımızın %75'nin 4. evre kanser hastalarından oluşmaktadır. Literatür incelendiğinde çalışmaların sıklıkla ileri evre kanser hastalarında yapıldığı dikkat çekmektedir. Teut ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sekiz hastanın altısının ileri evre kanser hastası olduğu görülmektedir (Teut M, 2014). Hilliard'ın yaptığı (2003) araştırma örneklemini hospis hastaları oluşturmaktadır (Hilliard RE, 2003). Preissler ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada palyatif bakım servisinde yatan son dönem kanser hastaları yer almakta ve bu özellikleri ile çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Preissler P, 2016).

Çalışmamızda hastalara ağrı ile baş etme yolları sorulduğunda hastaların 71,7'sinin ağrı kesici ilaç aldığı, %11,7'sinin ağrıyan bölgeye masaj uyguladığı, %10'nun da uyumayı tercih ettiği görülmektedir. Ancak çalışmamızda tüm hastalar narkotik ilaç kullanmakta ve buna rağmen ağrıları 3 puan ve altına düşmeyen hastalardan oluşmaktadır. Yapılan benzer çalışmalarda hastaların tümünün narkotik ilaç kullandığı ve ilacın yetersiz kaldığı durumlarda nonfarmakolojik yöntemleri ek olarak tercih ettiği görülmektedir (Hilliard RE, 2005; Gutgsell KJ, 2013; Gallagher LM, 2018; Peng SC, 2019).

Çalışmaya dahil edilen hastaların en çok dinledikleri müzik türü sorgulandığında hastaların %86,7'sinin '*Türk Halk Müziği ve Türk Sanat Müziği*' olduğu belirlenmiştir. Çokmert ve arkadaşlarının (2011) ayaktan kemoterapi alan hastalarda yaptığı bir çalışmada 56 hastanın 21'i (%38) '*Klasik Türk Müziği*', 18'i (%32) '*Türk Halk Müziği*' dinlemeyi tercih etmiştir (Çokmert S, 2011). Farklı ülkelerde yapılan benzer çalışmalarda genellikle hastaların dini müzik türlerini, klasik müziği ya da enstrumental (çalgı müziği) rahatlatıcı müzikleri tercih ettikleri görülmektedir.

Gallagher ve arkadaşlarının (2006) hasta ve hasta yakınları ile yaptığı müzik terapi çalışmasında 200 hastanın 57'si ve 83 hasta yakınının 23'ü kilise müzikleri (ayın müzikleri) tercih ederken ikinci sırada 35 hastanın ve 13 hasta yakınının en çok tercih ettiği müziğin klasik müzik olduğu görülmektedir (Gallagher LM, 2006). Hilliard ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada ise hastaların rahatlatıcı müzikleri tercih ettiği belirtilmektedir (Hilliard RE, 2005). Sales ve arkadaşlarının (2011) Brezilya'lı hastalarla yaptığı çalışmada hastalara yerel Brezilya müzikleri ve kilise müzikleri dinletildiği görülmektedir (Sales CA, 2011). Hastaların müzik uygulamasında kendi tercih ettiği müzikleri dinlemesi çalışmanın etkinliğini arttıran, hastaların en üst düzeyde fayda görmesini sağlayan ve hastanın etkinliğe uyum sağlamasını kolaylaştıran çok önemli bir faktördür (Gutgsell KJ, 2013). Yapılan çalışmalarda da hastaların müzik türünü kendi seçmesi ve ait olduğu topluma ve kültüre hitap eden müzikleri tercih etmesi bizim çalışmamızla paralellik göstermekte ve sonuçlarımızı desteklemektedir.

Yaptığımız çalışmada girişim grubu hastalarına müzik profesyonelinin önerisi ile 10 dakika müzik dinletisi yapılmıştır. Araştırmada Türk müziğinde yaygın olarak kullanılan telli bir saz olan tambur kullanılmıştır. Hastaların rast ya da hicaz makamı tercih etmeleri ile 10 dakika boyunca seçtikleri makama uygun şekilde tambur ile taksim (ritimsiz doğaçlama) yöntemiyle müzik dinletisi yapılmıştır. Araştırmamızda hastaların günlük müzik dinleme süreleri irdelendiğinde girişim ve kontrol grubu hastalarının %48,3'nün 1-20 dakika müzik dinlediği, %15'nin 21-30 dakika, %18,3'nün 31-60 dakika, %18,3'nün ise 60 dakikadan daha fazla müzik dinlediği görülmektedir. Dolayısıyla araştırmada yapılan uzman önerisi ile belirlediğimiz 10 dakikalık tambur eşliğindeki taksim süre olarak yeterli olduğunu düşündürmektedir. Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde müzik dinletisinin süresinin oldukça değişken olduğu görülmektedir. Hilliard'ın (2005) hospis ve palyatif bakımda yaptığı çalışmada 15 dakikalık seansla müzik terapi uyguladığı görülmektedir (Hilliard RE, 2005). Teut ve arkadaşlarının (2014) palyatif bakım servisinde yatan terminal dönem kanser hastalarıyla bady tambur kullanarak yaptığı çalışmada 3 ila 13 dakikalık seanslar uygulandığı ifade edilmektedir (Teut M, 2014). Warth ve arkadaşlarının (2015) 84 palyatif bakım hastasında yaptığı araştırmada hastalara 30 dakikalık terapiler uygulanmıştır (Warth M K. J., 2015). Preissler ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada süre tercihi hastay bırakılarak 20 ila 90

dakika arasında istedikleri kadar dinlediği belirtilmiştir (Preissler P, 2016). McConnell ve arkadaşlarının (2016) yaptığı başka bir çalışmada hastalara 30 ila 45 dakikalık seanslar uygulanmıştır (McConnell T, 2016). Araştırmalarda dinletilen müzik sürelerinin değişken olması nedeniyle araştırmamız ile bire bir aynı özellikleri göstermediği görülmektedir.

5.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası yaşam bulgularının incilenmesi

Araştırmamızda yaptığımız altı uygulamanın tümünde ve her uygulamada toplam dört kez girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşam bulguları (SKB, DKB, nabız ve solunum) değerlendirilmiştir (Tablo 24-47). Hastaların uygulama öncesi yaşam bulguları arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Yapılan izlemler girişim grubu hastalarının uygulama öncesi SKB ve DKB değerlerinin uygulama sonrası 5., 30. ve 60. dakikalarda yapılan tekrarlı ölçümlerinde düştüğü görülmüş olup bu düşüş anlamlı bulunmamıştır. Ancak kontrol grubu ile karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 24-35). Literatürde palyatif bakım hastalarında müzik uygulaması sırasında kan basıncı parametrenin irdelenmediği bu nedenle çalışmamızın ölçüt alınarak karşılaştırma yapılabileceği bir çalışmaya rastlanmamış olup farklı hasta gruplarında müzik uygulaması ile kan basıncı izlemi yapılan çalışmalar ele alınmıştır. Mandel ve arkadaşları (2013) 199 hastayı randomize kontrollü üç gruba ayırarak iki gruba diyabet hastalarına özgü farklı eğitim programları uygularken diğer gruba müzik terapi uygulmuş ve kan basıncı değerlerini, stres, anksiyete, hemogloblin A1c ve beden kitle indeksini değerlendirmiştir. Gruplar arasında SKB ve DKB ölçümleri arasından fark bulunmaz iken, müzik terapi alan grup içindeki hipertansiyon hastalarının SKB değerlerinde daha fazla düşüş olduğu ifade edilmektedir (Mandel S, 2013). Kishida ve arkadaşları (2019) tarafından hemodiyaliz katateri takılan hastalara 3 haftalık period halinde işlem öncesi ya da işlem sırasında banttan kulaklık ile Mozart, beyaz gürültü dinletilmiş ya da herhangi bir müzik müdahalesinde bulunulmamış ve tükürük analizi, ağrı, kaygı, kan basıncı parametreleri değerlendirilmiştir. Uygulama öncesi kan basıncı ölçülen hastalara katater açılması sırasında müzik terapi uygulanmış ve işlem sonrası tekrar kan basıncı ölçümü yapılmış ve müzik terapi alan

hastaların kan basıncında düşüş gözlenmiştir (Kishida M, 2019). Bradt ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları metaanalizde müzik terapi uygulanan koroner kalp hastalarında sistolik kan basıncında istatistiksel olarak anlamlı düşüşler olduğu belirtilmiştir. (Bradt J D. C., 2013). Amaral ve arkadaşlarının (2016) yaptığı meta analiz çalışmasında ve Bekiroğlu'nun (2011) hipertansiyonu olan yaşlı hastalarda Türk müziği kullanarak yaptığı çalışmalarda da müziğin kan basıncı üzerinde olumlu etkileri olduğu ve kan basıncını düşürdüğü belirlenmiştir (do Amaral, 2016; Bekiroğlu T., 2011).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde müzik uygulamasının hastayı rahatlatarak stres düzeyini düşürmesi yoluyla kan basıncında olumlu etkilere yol açabileceği ifade edilmektedir. Bizim çalışmamızda da her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bir kan basıncı düşüşü görülme de girişim ve kontrol grubu arasındaki farkın anlamlı olması ve hastaların uygulama sonrasında order edilenden daha düşük doz antihipertansif ilaç alması ya da serviste bulunan sağlık çalışanları tarafından yapılan çalışmamız dahilinde olmayan 60. dakikadan sonraki ölçümlerde kan basıncının stabil kalarak yükselmemesi müziğin hastalarda yarattığı olumlu duygu durumun sürdüğünü düşündürmektedir. Kan basıncında meydana gelen en anlamlı düşüşün uygulamadan sonraki 5. dakika olduğu göz önüne alındığında hastaların diğer hasta yakınları ya da ziyaretçiler ve hastane işleyişi gereği yapılan girişimlere dahil olduktan sonra uyaranların artması nedeniyle kan basıncı değerlerinin de bu durumdan etkilendiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda girişim grubunun grup içi tekrarlı ölçümlerinde müzik uygulaması sonrası nabız değerleri arasında anlamlı fark saptanmamış ancak gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Literatürde araştırmamıza benzer parametlerin ölçüldüğü Warth ve arkadaşlarının yaptığı (2015) çalışmada palyatif bakım hastalarının nabız değerlerinin tekrarlı ölçümlerde sabit kaldığı ifade edilmiştir (Warth M K. J., 2015). Grup içi ölçümlerinde değişiklik olmaması araştırmamız ile benzer sonuçlar vermiştir. Gâbel ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada müziğin sağlıklı yetişkinlerde nabız değerlerini olumlu etkilendiğini ifade etmiştir (Gâbel C, 2017). Araştırmamızda da girişim ve kontrol grubunda müzik uygulaması sonrası nabız değerleri arasında fark olması yapılan benzer çalışmalarla desteklenmiştir.

Araştırmamızda müzik uygulaması sonrası girişim ve kontrol grubunun solunum sayısı arasında anlamlı fark var iken girişim grubunda tekrarlı ölçümlerde grup içi

ölçüm sonuçlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bradt ve arkadaşlarının (2016) kanser hastalarında müzik terapinin etkilerini sundukları bir metaanalizde solunum hızının düştüğünü ancak bu düşüşün küçük oranlarda olduğunu ifade etmiştir (Bradt J., 2016). Chen ve arkadaşları tarafından (2013) yapılan bir başka çalışmada ranyoterapi öncesi 50 dakika verilen müzik terapiden sonra hastalarda anlamlı düzeyde solunum sayısının düştüğü ifade edilmektedir (Chen LC, 2013). Müzik uygulamasının yapılan araştırmalarda da müziğin solunum hızı üzerindeki olumlu etkileri bizim çalışmamızla benzer sonuçlar vermiştir.

5.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Müzik Uygulaması Öncesi ve Sonrası Ağrı Puanı Ortalamalarına Ait Bulgularının İncelenmesi

Girişim ve kontrol grubunun ilk müzik uygulaması öncesinde ağrı puanı ortalamaları incelendiğinde girişim grubunun ağrı puanı 6,00 iken 5 dakika sonra 4,07'ye, 30 dakika sonra 3,53'e ve 60 dakika sonra 3,13'e gerilediği görülmektedir. Kontrol grubunda ise 4,87 iken sırasıyla 4,07, 5,00 ve 4,97 yükselmiştir. Yapılan diğer 5 müzik uygulamasında da benzer sonuçlar görülmekte olup girişim grubunun tüm uygulamalardan sonra ağrı düzeyinde anlamlı bir düşüş görülürken kontrol grubunda aksine ağrı düzeyinde yükselme saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Sonuçlarımız doğrultusunda **H₁ hipotezi** (Palyatif bakım alan girişim grubu kanser hastalarına dinletilen müzik ağrı düzeyini azaltır) kabul edilmiştir.

Gallagher ve arkadaşlarının palyatif bakım hastalarında yaptığı çalışmada müzik terapiden sonra ağrı düzeyi 2,7'den 2,1'e düşmüştür. Gutgsell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada girişim grubunda ağrı düzeyi 2,38'den 1,76 düşerken kontrol grubunda 2,30'dan 2,19'a düşmüştür (Gallagher LM L. L., 2006; Gutgsell KJ, 2013). Krout'un hospis hastalarında yaptığı (2001) çalışmada tek seanslık müzik terapinin ağrıyı anlamlı düzeyde düşürdüğü ifade edilmektedir (Krout RE, 2001). Peng ve arkadaşlarının (2019) 46 hastada yaptığı çalışmada müzik terapiye katılarak testleri tamamlayan 42 hastanın hepsinin anlamlı düzeyde ağrısının düştüğünü bildirmektedir (Peng SC, 2019). Müzik terapi ile ağrının azaldığını saptayan diğer çalışmalar sırasıyla Clements-Cortes'in (2011) palyatif bakım servisinde yatan 40 hasta ile Kanada'da yaptığı bir çalışma ve Horne-Thompson ve Grocke'nın (2008) Avusturya'da palyatif bakımda yatan 25 hastada yaptığı çalışma araştırmamızı

destekler nitelikteki diğer çalışmalardır (Clements-Cortes, 2011; Horne-Thompson A, 2008). Müzik terapinin ağrı üzerindeki olumlu etkisi bir çok çalışmada kanıt dayalı olarak sunulmuştur.

Yaptığımız araştırmada ağrı düzeyi müzik uygulaması öncesi, uygulama sonrası 5. dakika, 30.dakika ve 60. dakika olacak şekilde dört kez değerlendirilmiştir. Girişim grubundaki hastaların hepsi her dinleti 10 dakika olacak şekilde farklı günlerde toplam altı müzik dinletisi almışlardır. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda izlem sıklığı ve seans sayısı farklılık göstermektedir. Kim'in tez çalışması olarak yaptığı çalışmada (2006) bir haftanın 3 günü, 15-30 dakika müzik terapi uygulanmış ve her uygulama öncesi ve sonrası hastaların negatif ve pozitif duygu durumlarını değerlendirmiştir (Kim SA,, 2006). Gallagher ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada hastalara bir seans müzik terapi uygulanmış, terapi öncesi ve sonrası ağrı, depresyon, solunum güçlüğü, duygudurum ve benzeri parametrelerin ölçümü yapılmıştır (Gallagher LM L. R., 2018). Gutgsell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2013) hastalara 20 dakikalık tek bir sean müzik terapi uygulanmış, uygulama öncesi ve sonrası ağrı ve duygudurumu değerlendiren ölçümler yapılmıştır (Gutgsell KJ, 2013). Krout'un yaptığı (2001) çalışmada ise 80 hastanın 74'e tek seans olmak üzere diğer hastalara 1 ila 4 seans olacak şekilde müzik terapi uygulanmış ve ağrı, konfor düzeyi değerlendirilmiştir (Krout RE, 2001). Yapılan çalışmalarda daha çok tek seans müzik terapi uygulandığı ve gün içinde sadece uygulama öncesi ve sonrası izlem yapıldığı görülmektedir. Çalışmamızda izlem sıklığının ve uygulama sayısının fazlalığı çalışmamızın diğer çalışmalardan daha sık ve daha uzun süre izem olması açısından daha ayrıntılı bilgi verdiğini düşündürmektedir.

5.4. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası Genel Konfor Ölçeği bulgularının incelenmesi

Çalışmamızda girişim vve kontrol grubunun konfor düzeyini değerlendirmek için 'Genel Konfor Ölçeği' kullanılmıştır. Girişim ve kontrol grubunun müzik uygulaması öncesi ve uygulama sonrası ölçüm ortalamaları karşılaştırıldığında girişim grubunun puan ortalaması anlamlı olarak yüksek iken kontrol grubunda puan ortalaması anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Konfor hastalarda yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen önemli kavramlardan biridir. Literatürde müzik uygulaması ile hastaların konfor düzeyinin olumlu yönde değiştiği görülmektedir. Krout'un yaptığı çalışmada (2001) tek seans müzik terapinin hastaların konfor düzeyini anlamlı düzeyde yükseltmiştir (Krout RE, 2001). Teut ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada hastalar sözel olarak müzik uygulamasından sonra kendilerini daha konforlu hissettiklerini ifade etmiştir (Teut M, 2014). Preissler ve arkadaşlarının (2016) 41 hasta ile yaptığı çalışmada hastalara dört seans halinde müzik dinletilmiş ve müzik terapi ile karşılanan ihtiyaçlar yedi ana kategoriye ve dokuz psikososyal boyutta irdelenmiştir. Hastalar müzik terapinin konforlarını arttırdığını ifade etmiş ve bu sonuç psikososyal boyut altında değerlendirilmiştir (Preissler P, 2016). Palyatif bakım hastalarında yapılmış olan bu çalışmalar bizim da araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir. Hilliard tarafından (2005) incelenen 11 makalede müzik terapiden olumlu etkilenen bağımlı değişkenler arasında konfor kavramının yer aldığını belirtmiş ve hastaların iyilik halini yükselttiğini çalışmalar ile desteklendiğini örnek çalışmalar ile sunmuştur (Hilliard RE, 2005).

Kolcaba konforun süreklilik özelliğinden çok durumluk özelliği gösterdiğini, ölçeğin alt bölümler şeklinde değil bir bütün olarak değerlendirilmesini önermektedir (Kolcaba K, 1992). Bu nedenle çalışmamızda alt boyut değerlendirmeleri de istatistiksel olarak girişim grubunda anlamlı çıktığı halde bulgularda bu sonuçlara ölçeğin doğru değerlendirilebilmesi için yer verilmemiştir.

5.5. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası Durumluluk Kaygı Ölçeği bulgularının incelenmesi

Araştırmamızda girişim ve kontrol grubunun müzik uygulaması öncesi ve sonrası kaygı düzeyleri değerlendirmek için Durumluluk Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Girişim ve kontrol grubunun müzik uygulama öncesi ve sonrası kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında girişim grubunun kaygı düzeyi anlamlı olarak düşmüş iken kontrol grubunun kaygı düzeyi de düşmüş ancak girişim grubundaki düşüş ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bireylerin belirli bir durum karşısında göstedikleri anlık kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli (baskılı) durumdan dolayı hissettiği subjektif korku durumluluk kaygısı olarak ifade edilebilmektedir (Kara H A. M., 2012). Araştırmamızda girişim

ve kontrol grubunun her uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı ölçümleri yapılmıştır. Araştırmada girişim ve kontrol grubu hastalarının ilk izlem ve son izlem kan basıncı değerleri arasında istatistiksel fark saptanmıştır. Literatürde yüksek kan basıncı olan bireylerde kaygı düzeyinin de yüksek olabileceği ve hatta bire bir aralarında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir. (Çelik C, 2010). Ifeagwazi ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2018) kaygı düzeyi azaltılabildiğinde ortalama kan basıncı değerlerinde de düşüş sağlanabildiği ifade edilmektedir (Ifeagwazi CM, 2018). Dolayısıyla girişim grubunda elde ettiğimiz kaygı seviyesinde düşüş kan basıncında meydana gelen düşüş ile paralellik göstermekte ve literatürü desteklemektedir.

Kaygı seviyesi kan basıncını olumsuz etkilediği gibi kalp hızında da göreceli olarak değişikliklere neden olabilmektedir. Araştırmamızda müzik uygulaması ile kalp hızının düştüğü ve girişim grubu kalp hızı ile kontrol grubu kalp hızı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu saptanmıştır. Koelsch ve arkadaşının yaptığı (2015) metaanalizde müziğin kalp hızını düşürmesi yolu ile kaygı düzeyini de azalttığı vurgulanmıştır. Bu alanda yapılan çalışmaların yeterli olmadığı ve araştırmalar ile desteklenmesi gerektiği üzerinde durulmuştur (Koelsch S, 2015). Araştırmamız bu alana da yeni bir bilgi sunmuş ve palyatif bakım hastalarında değerlendirilmiş parametreler arasına almıştır.

5.6. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması öncesi ve sonrası Karnofsky Performans Skalası bulgularının incelenmesi

Araştırmamızda girişim ve kontrol grubunun müzik uygulaması öncesi ve sonrası fonksiyonel kapasitelerinin değerlendirilebilmesi için Karnofsky Performans Skalası kullanılmıştır. Çalışmamızda girişim ve kontrol grubunun müzik uygulaması öncesi ve sonrası fonksiyonel kapasitesi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Araştırmada girişim grubunda uygulama sonrası 5., 30, ve 60., dakikalardaki izlem zamanları arasında fark saptanmamış ancak hastaların bir kısmı müzik dinletisi yapılacak odaya tekerlekli sandalye ile gelmiş ve müzik dinletisi sonrası odalarına yürüyerek gitmeyi tercih etmiştir. Bu durum müziğin kişide yarattığı olumlu etkilerden kaynaklandığını düşündürmektedir. Bazı hastalar uygulama sonrası bahçeye inmek istemiş, bazı hastalar ise odada yatmak yerine diğer hastalarla sohbet

etmeyi tercih etmiştir. Hastalarda meydana gelen bu olumlu duygulanım hastaların fiziksel kapasitelerini de olumlu etkilemiştir.

Juan ve arkadaşlarının Çin’de yaptığı (2013) müzik uygulaması sonrası fonksiyonel kapasitenin değerlendirildiği bir çalışmada 170 hasta randomize kontrollü olarak üç gruba ayrılmıştır. İki gruba 5 element müziği ve batı müzikleri dinletilirken bir grubu müzik dinletilmemiş ve fonksiyonel kapasiteleri Karnofsky Performan Skalası ile değerlendirilmiştir. Beş element sesinden oluşan (metal, tahta, su, ateş ve toprak) müzikleri dinleyen grupta fonksiyonel kapasitesi diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Juan L, 2013).

Kanser hastalarında müzik uygulaması ile Karnofsky Performan Skalası kullanılarak yapılmış çok çalışmaya rastlanmamış olup genellikle kanser dışı hastalıklarda fonksiyonel kapasiteyi değerlendirdiği görülmektedir. Garza-Villarreal ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2014) ağrısı olan fibromiyalji hastalarına uygulanan müzik terapi sonrası ağrı düzeyi ve fonksiyonel kapasitelerinin anlamlı düzeyde iyileştiği ifade edilmektedir. (Garza-Villarreal EA., 2014). Bunketorp-Käll ve arkadaşlarının binicilik terapisi ile müzik terapinin fiziksel mobilite üzerindeki etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada inmeli hastalarda binicilik terapisinin fiziksel hareketliliği arttırdığı görülürken müzik terapinin etkisi görülmemiştir. Araştırma bu yönü ile araştırmamızdan farklı bir sonuç göstermiştir (Bunketorp-Käll L, 2019).

Hospis merkezlerinde 301 terminal dönem kanser hastası üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların 239’u günlük yaşam aktivitelerinde zorlandığı ifade edilmektedir (Santiago-Palma J, 2011). Palyatif bakım hastalarının fonksiyonel kapasitelerinin artırılması için uygulanabilecek non-farmakolojik girişimlerden yarar gördüğü çalışmamızla da ortaya çıkmıştır. Bu tür hastaların göz ardı edilmeyerek bu alanda çalışmaların artırılması son derece önemlidir.

5.7. Girişim ve kontrol grubunun ilk ve son ağrı puanlarının durumluluk kaygı ölçeği, genel konfor ölçeği ve Karnofsky performans skalası puanları ile korelasyonunun incelenmesi

Girişim ve kontrol grubu hastalarının ağrı puanları ile ölçek puanlarının korelasyonu incelendiğinde, kontrol grubunda ağrı ilk değerlendirme puanı ile durumluluk kaygı puanı arasında pozitif yönde, orta şiddette (Pearson $r=0,403$; $p=0,027$) korelasyon

saptanmıştır. Kontrol grubu hastalarının ilk değerlendirmede ağrı puanı yüksedikçe kaygı puanlarının arttığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında çevresel ve fiziksel nedenlerle tetiklenen %30 oranında kronik anksiyetenin mevcut olduğunu göstermektedir (Passik S D, 2004). Kontrol grubunun araştırmannın ilk ağrı değerlendirme seviyesi ile kaygı düzeyinin yüksek olması fiziksel ağrı algılarının psikolojik boyutta olumsuz çağrışıma yol açtığını düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda kanser ağrısı olan bireylerde psikolojik faktörlerin ağrı şiddetini ve süregenliğini önemli düzeyde etkilediğini ve ağrı ile kaygı düzeyi arasında güçlü bir ilişki olduğunu desteklemektedir (Güleç G, 2006; Kara H A. E., 2000). Girişim grubunda ağrı son değerlendirme puanı ile Karnofsky skalası puanı arasında pozitif yönde, orta şiddette (Pearson $r=0,416$; $p=0,022$) anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır. Girişim grubu hastalarının ağrı düzeyi düştükçe fiziksel performanslarının arttığı görülmektedir. Palyatif bakım hastalarının son dönemde hastalıkların yol açtığı semptomlar ve ilaç yan etkileri nedeniyle fiziksel kapasiteleri düştüğü için fiziksel mobilitayı değerlendiren çok fazla çalışmaya rastlanamamaktadır. Yapılan araştırmaların da genellikle palyatif bakım hastaları dışındaki diğer hasta gruplarını içerdiği görülmektedir. Garza-Villarreal ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2014) ağrısı olan fibromiyalji hastalarına uygulanan müzik terapi sonrası ağrı düzeyi ve fonksiyonel kapasitelerinin anlamlı düzeyde iyileştiği ifade edilmektedir. (Garza-Villarreal EA., 2014). Bradt ve arkadaşlarının (2016) müziğin fiziksel kapasite üzerindeki etkilerini inceledikleri metaanalizde müziğin orta düzeyde yorğunluğu azalttığı ancak fiziksel kapasite üzerinde anlamlı düzeyde etkili olduğunu gösteren bir kanıtı rastlamadıklarını ifade etmiştir (Bradt J D. C., 2016). Palyatif bakım alanında müziğin ağrı ve fonksiyonel kapasite ile ilişkisini değerlendiren çalışmaya rastlamadığımız için çalışmamız bu yönü ile özgün bir çalışmadır.

5.8. Girişim grubu hastalarının müzik uygulaması ile ilgili görüşlerinin incelenmesi

Girişim grubunda yer alan hastaların müzik uygulamasının son seansını takiben gerekli izlemleri yapıldıktan sonra hastaların tek bir cümle ile müzik uygulamasını değerlendirmeleri istenmiştir. Yapılan değerlendirmede hastaların tümü olumlu geri

bildirimde bulunmuştur. Müzik uygulaması sonrası hastaların sözel olarak ifade ettiği görüşlerine aşağıda yer verilmiştir.

‘Müzik dinledikten sonra kendimi hafiflemiş rahatlamış hissettim’(yaş 42).

Farabi, müziğin ruhu dinlendirdiği ve kişiyi rahatlattığını, özellikle Türk müzikisi makamlarından rast makamının mutluluk verdiğini, hicaz makamının ise alçakgönüllük hissettirdiğini ifade etmiştir ((Kaçar Y., 2008). Müziğin, insanların gevşemesini sağladığı ve konforunu arttırdığı, ağrı, endişe, depresyon, yorgunluk, gibi semptomlarını azaltarak yaşam kalitesini arttırdığı bilinmektedir (Çiftçi H, 2011; Kelleci M, 2011) Literatürde müziğin evrenselliği ilkesi ile dünyanın her yerinde farklı bir çok müzik çeşidi ve estramanı olduğu halde ortak çıktı olarak olumlu duygulanım yaratması açısından benzer sonuçlar elde edilmiştir (Hilliard RE, 2003; Gallagher LM L. R., 2018; Horne-Thompson A, 2008; Peng SC, 2019).

Müzik uygulaması sonrası açıklama yapan başka bir hastanın görüşü ise şöyleydi;

‘Benim ruhumu şahlandırdı, bu müzik dinletisine gelmeden önce benim için her şey bitmişti, buraya kadarmış diyordum, ama bu müzikleri dinledikten sonra dedim ki hayır, daha çok yolum var, pes etmemem lazım, bu müzik beni yeniden hayata bağladı’. (yaş 57).

Müziğin kişilerde olumsuz duyguları baskılayarak olumlu duygular üzerinde yoğunlaşmayı kolaylaştırdığı ve yapılan araştırmaların müziğin bu olumlu duygulanımı arttırdığı görülmektedir. Thomas ve arkadaşlarının (2017) yaşlılarda yaptığı çalışmada hemşirelik uygulamalarında müziğe yer verildiğinde hastaların anksiyete ve depresyon belirtilerinin azaldığı, pozitif duyguların arttığı ve ajitasyonun azaldığı ifade edilmektedir (Thomas KS, 2017). van der Steen ve arkadaşlarının yaptığı (2018) metaanalizde demans hastalarına yapılan müzik temelli tedavi edici girişimlerin iyilik halini arttırdığı, anksiyeteyi azalttığı ve yaşam kalitesini yükselttiği ifade edilmektedir (van der Steen JT, 2018).

Girişim grubundaki başka bir hastanın müzik dinletisi ile ilgili görüşü ise şöyleydi;

‘Beni geçmişe, güzel anılara götürdü, müzik hiç bitmesin istedim’ (yaş 64).

Müziğin en olumlu etkilerinden biri de zihnin olumlu duygulanımı arttıran olaylar ve anılara yönelmesidir. Çalışmamızda 64 yaşındaki hastamız ile benzer ifadeler kullanan hastalarımız olmuştur. Literatürde müziğin olumlu ve güzel anıları

hatırlamayla ilgili geri bildirim alınan çalışmalar mevcuttur. Guetin ve arkadaşlarının (2009) Alzheimer hastalarında yaptıkları mzık terapide, hastalar sözel olarak eski günlerine, çocukluğuna gittiklerini ve güzel anlarının gözünde canlandığını ifade etmişlerdir (Guetin S, 2009). Çalışma bu yönü ile araştırmamızla benzerlik göstermektedir.



Sonuç ve Öneriler

Bu bölümde araştırma sonuçlarının genel bir değerlendirilmesi yapılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunun bu alanda yapılacak yeni çalışmalara ışık tutması amacıyla bazı önerilerde bulunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Araştırmada müzik uygulamasının palyatif bakım hastalarında ağrı, kaygı, konfor ve fonksiyonel kapasiteleri üzerinde etkileri değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçları beş bölümde ele alınmıştır.

6.1.1. Girişim ve kontrol grubu hastaların tanıtıcı ve klinik özellikleri ile ilgili sonuçlar

Araştırmaya 30 girişim, 30 kontrol olmak üzere toplam 60 hasta dahil edilmiştir.

- Hastaların %80'i erkek hastalardan oluşmakta
- Yaş ortalaması 62 olup yaş aralığı 41-79'dur.
- Hastaların %50'si evli,
- %48.3'nün ilkokul mezunudur.
- %56,7'sinin ilçede yaşamaktadır.
- Hastaların %45'nin emeklidir.
- Hastaların %75'i akciğer kanseri tanısı ile hastanede yatmakta ve %75'i 4. evre kanser hastasıdır.
- Hastaların %40'nın kanser dışında başka kronik hastalığı yok iken hastalıkları olan hastalarda %16,7 oranında en yaygın DM, %15 oranında HT ve %15 oranında romatizmal hastalıkların olduğu görülmüştür.

- Hastanede yatma süresi açısından değerlendirildiğinde hastaların %48.3'nün bir haftadan daha kısa süre serviste yattığı saptanmıştır.

6.1.2. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması sonrası ağrı, kaygı, konfor ve fonksiyonel kapasitesi ile ilgili sonuçlar

- Girişim ve kontrol grubunun müzik uygulama öncesi ve sonrası toplam ağrı puanı ortalamaları arasında fark vardır. Müzik uygulaması palyatif bakım alan girişim grubu kanser hastalarına dinletilen müzik ağrı düzeyini azaltmıştır. Bu sonuca göre H^1 hipotezi kabul edilmiştir.
- Girişim ve kontrol grubunun müzik uygulama öncesi ve sonrası Durumluluk Kaygı Ölçeği toplam puanları arasında fark vardır. Müzik uygulaması öncesi gruplar arasında Durumluluk Kaygı Ölçeği puanları arasında bir fark yok iken müzik uygulaması sonrası girişim grubunun kaygı ölçeği toplam puanı kontrol grubundan daha düşüktür.
- Girişim ve kontrol grubunun müzik uygulama öncesi ve sonrası Genel Konfor Ölçeği toplam puanları arasında fark vardır. Müzik uygulaması öncesi gruplar arasında Genel Konfor Ölçeği puanları arasında bir fark yok iken müzik uygulaması sonrası girişim grubunun konfor ölçeği toplam puanı kontrol grubundan daha yüksektir.
- Girişim ve kontrol grubunun müzik uygulama öncesi ve sonrası Karnofsky Performans Skalası puanları arasında fark vardır. Müzik uygulaması öncesi gruplar arasında Karnofsky Performans Skalası puanları arasında bir fark yok iken müzik uygulaması sonrası girişim grubunun performans puanı kontrol grubundan daha düşük olup fiziksel mobilitede artış sağlamıştır.
- Kontrol grubunda ağrı ilk değerlendirme puanı ile durumluluk kaygı puanı arasında pozitif yönde, orta şiddette, girişim grubunda ise ağrı son değerlendirme puanı ile Karnofsky skalası puanı arasında pozitif yönde, orta şiddette anlamlı korelasyon vardır.

6.1.3. Girişim ve kontrol grubu hastalarının müzik uygulaması ile yaşam bulguları (SKB, DKB, nabız, solunum sayısı) ile ilgili sonuçları

- Girişim ve kontrol grubunun müzik uygulaması öncesi yaşam bulguları arasında bir fark yoktu. Müzik uygulaması sonrası girişim grubu ile kontrol grubu arasında yaşam bulguları açısından bulunan fark anlamlıydı. Girişim grubunun müzik uygulaması sonrasında kan basıncı, nabız ve solunum sayısı kontrol grubundan daha düşüktü.

6.1.4. Girişim gurubu hastalarının müzik uygulamasında tercih ettikleri müzik makamları açısından ağrı düzeyleri ile ilgili sonuçlar

- Girişim grubu hastaları müzik uygulaması sırasında rast ya da hicaz makamından birini seçmiştir. Seçtikleri her iki makamda da müzik uygulaması sonrası ağrı puanları anlamlı düzeyde düşmüştür. Ancak hicaz makamı tercih eden hastaların ağrı puanı rast makamı tercih eden hastalardan daha düşüktür.

6.1.5. Girişim grubu hastalarının müzik uygulaması ilişkin görüşleri ile ilgili sonuçlar

- Girişim grubundaki hastaların tümü (%100) müzik uygulamasından memnun kaldıklarını belirtmiştir. Hastaların yarısı müzik uygulaması için '*Beni çok rahatlattı*' şeklinde ifade ederken, %10'u '*Ruhumu dinlendirdi*', %13,3'ü '*Bana kötü olan her şeyi unutturdu*', %26,7'si ise '*Beni geçmişse, güzel günlere götürdü*' şeklinde yanıtlamışlardır.

6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda bazı öneriler sunulmuştur;

- Tamamlayıcı ve bütünleştirici yöntemlerden olan müziğin hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından profesyonel eğitim alındıktan sonra ağrısı olan hastalarda uygulanabileceği,
- Hastaların konforunu arttırması ve kaygısını azaltması nedeniyle olumlu çıktıkların hastane yönetimiyle paylaşılabilceği,
- Maliyeti olmaması ve olumlu sonuçlar elde edilebilmesi nedeniyle müzik uygulamasının tüm palyatif bakım servislerinde yaygınlaştırılabilceği,
- Hastaların tercih ettiği müzik türünün daha etkin olması nedeniyle müzik uygulamasında bu konuya dikkat edilmesinin yararlı olacağı
- Palyatif bakım servislerinde banttan ya da canlı müzik uygulamasının sürekliliğinin olmasının olumlu sonuçlarının uzun vadede daha iyi değerlendirebileceği için önemli olduğu,
- Palyatif bakım servislerinde müzik uygulamasının terapi olarak uygulanabilmesi için eğitim alındıktan sonra bu alanda çalışmaların arttırılabilceği,
- Kanser hastaları dışında farklı örneklem grubunda yeni müzik çalışmaları yapılabileceği,
- Hemşirelere müzik uygulaması konusunda hizmet içi eğitim verilerek farkındalıklarının arttırılması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Adams DP., Melissa L., Gary J. et al. (2008). Non-Pharmacologic pain management intervention. *Clin Podiatr Med Surg* , 409-429.
- Aker SN., Akar SA. (2014). *Türk müziği makamlarının etkilerinin EEG dalga formları ile incelenmesi*. 11 08, 2019 tarihinde www.biyoklinikder.org: http://biyoklinikder.org/tiptekno14/TIPTEKNO_14_bildiriler/T%C3%BCrk%20M%C3%BCzi%C4%9Fi%20Makamlar%C4%B1n%C4%B1n%20Etkilerinin%20EEG%20Dalga%20Formlar%C4%B adresinden alındı
- Aliustaoğlu M. (2008). *Temel Kanser Fizyopatolojisi*. 12 21, 2019 tarihinde [www.klinikgelisim.org.tr:](http://www.klinikgelisim.org.tr) http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg22_3/8.pdf adresinden alındı
- Alparslan GB., Babadağ B., Özkaraman A., ve ark. (2016). Effects of music on pain in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol* , 35, 1317-1321.
- Anderson, K. O., Cohen, M. Z., Mendoza, T. R. et al. (2006). Brief cognitive-behavioral audiotape interventions for cancer-related pain: Immediate but not long-term effectiveness. *Cancer: Interdisciplinary International. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society* , 107 (1), 207-214.
- Aslan FE., Badır A. (2005). Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı* , 17 (2), 44-51.
- Aydın E. (2012). *Müzik Terapi: İşleyiş ve Yaklaşımlar*. 01 24, 2020 tarihinde [academia.edu.documents:](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35735158/aydin_esma_muzik_terapi_isleyis_ve_yaklasimlar.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMUZIK_TERAPI_ISLEYIS_VE_YAKLASIMLAR.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAI) https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35735158/aydin_esma_muzik_terapi_isleyis_ve_yaklasimlar.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMUZIK_TERAPI_ISLEYIS_VE_YAKLASIMLAR.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAI adresinden alındı
- Aydın O.N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* , 37-48.
- Azevedo SLF., Kimura M., Jacobsen Teixeira M. (2006). The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? *Support Care Cancer* , 1086-1093.

- Barrett K.E., Barman S.M., Boitano S., et al. (2011). *Ganong'un Tıbbi Fizyolojisi, 23. Edisyon, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011*. İzmir: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bekiroğlu T. (2011). *Klasik Türk müziğinin hipertansiyon hastalarının kan basınçlarına ve anksiyete düzeylerine etkisi*. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Birkan I. (2014). Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi* , 37-49.
- Bışak Özdemir G. (2018). Türk Makam Müziğinde Tanbur Çalgısının Yeri ve Önemi. *Fine Arts (NWSAFA)* , 13 (4), 133-140.
- Borman P. (2009). Nöropatik ağrı tedavisinde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri. *Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences* , 12 (3), 151-156.
- Bowers TA., Wetsel MA. (2014). Utilization of Music Therapy in Palliative and Hospice Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* , 16 (4), 231-239.
- Bradt J., Dileo C., Magill L. et al. (2016). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* , 15 (8), 1-30.
- Bradt J., Dileo C., Potvin N. (2013). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 28;(12):* , 28 (12), 8.
- Bunketorp-Käll L., Pekna M., Pekny M. et al. (2019). Effects of horse-riding therapy and rhythm-and music based therapy on functional mobility in late phase after stroke. *NeuroRehabilitation* , 1-10.
- Büyüköztürk Ş. (2007). *Deneysel desenler öntest-son test kontrol grubu desen ve veri analizi*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Camu F., Vanlersberghe C. (2002). Pharmacology of systemic analgesics. *Best Practice and Research Clinical Anesthesiology* , 475-488.
- Chen LC. (2013). Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients. *Eur J Oncol Nurs.* , 17 (4), 436-441.
- Chlan LL. (2000). Music Therapy as a Nursing intervention for supported by mechanical ventilation. *AACN Clin Issues (Electronic Journal)* , 11 (1), 128-138.

- Christo PJ., Mazloomdoost D. (2008). Cancer pain and analgesia. *Annals of the New York Academy of Sciences* , 278–298.
- Clements-Cortes A. (2011). The Effect of Live Music Vs. Taped Music On Pain and Comfort in Palliative Care. *Korean Journal of Music Therapy* , 13 (1), 107-122.
- Çelik C, Özdemir B. (2010). Esansiyel Hipertansiyonda Psikolojik Etmenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2(1):5265* , 2 (1), 52-65.
- Çiftçi H. (2011). *Müziğin yoğun bakım ünitesinde serebro vasküler olay tanısıyla yatan hastalarda konfor, anksiyete ve ağrıya etkisinin incelenmesi*. Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Çokmert S., Yavuzşen T., Ünek İT. (2011). Ayaktan Tedavi Gören Kanser Hastalarının Kemoterapi Sırasında Uğraşı Seçimleri: Anket Çalışmasının Sonuçları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2 (1), 31-36.
- Davis MP., Lasheen W., Gamier P. (2007). Practical guide to opioids and their complications in managing cancer pain. What oncologists need to know. *Oncology (Williston Park)* , 21 (10), 1229-1238.
- do Amaral M.A.S., Neto, M. G., de Queiroz, J. G., et al. (2016). Effect of music therapy on blood pressure of individuals with hypertension: A systematic review and Meta-analysis. *International journal of cardiology* , 461-464.
- Dueñas M, Salazar A, Ojeda B, et al. (2015). A nationwide study of chronic pain prevalence in the general Spanish population: Identifying clinical subgroups through cluster analysis. *Pain Med* (16), 811-822.
- Düzen KÖ., Korkmaz M. (2015). Kanser Hastalarında, Semptom Kontrolü Ve Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* , 8 (2), 67-76.
- Eğitici MT., Can MK., Toprak D., ve ark. (2019). Palyatif Bakım Merkezlerinde Tedavi Gören Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükleri ve Tükenmişlik Durumları. *JAREN* , 5 (2), 123-131.
- Esch T, Guarna M, Bianchi E, et al. (2004). Commonalities in the central nervous system's involvement with complementary medical therapies: limbic morphinergic processes. *Med Sci Monit* , 10 (6), 6-17.
- Eti AF. (2002). Ağrıya ilişkin yanlışlar ve gerçekler. *Sendrom* , 94-98.
- Eti F. (2005). Kanserde ağrı tedavisi. *Üroonkoloji Bülteni* , 17-20.

- Eti Z. (2006). Ağrı tedavisi. *Turkish Family Physician* , 68, 22-29.
- Faul F , Erdfelder E , Buchner A , et al. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* , 1149-1160.
- Fayaz A., Croft P., Langford RM. et al. (2016). Prevalence of chronic pain in the UK: A systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open* , 6 (6), 1-13.
- Finlay KA. (2014). Music-induced analgesia in chronic pain: Efficacy and assessment through a primary-task paradigm. *Psychology of Music* , 42, 325-346.
- Gäbel C, Garrido N, Koenig J, et al. (2017). Effects of Monochord Music on Heart Rate Variability and Self-Reports of Relaxation in Healthy Adults. *Complement Med Res* , 24 (2), 97-103.
- Gallagher LM, Lagman L, Walsh D, et al. (2006). The clinical effects of music therapy in palliative medicine. *Support Care Cancer* (14), 859–866.
- Gallagher LM., Lagman R., Rybicki L. (2018). Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* , 250-257.
- Garza-Villarreal EA., Pando V., Vuust P. et al. (2017). Music-Induced analgesia in chronic pain conditions: a systematic review and metaanalysis. *Pain Physician* , 20, 597-610.
- Garza-Villarreal EA., Wilson AD, Vase L, et al. (2014). Music reduces pain and increases functional mobility in fibromyalgia. *Front Psychol* , 11 (5), 90.
- Gemalmaz A., Avşar G. (2015). Kanser Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. *HEAD* , 12 (2), 93-98.
- Gençel Ö. (2006). Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* , 14 (2), 697-706.
- Gold C. (2004). The use of effect sizes in music therapy research. *Music Therapy Perspectives* , 22 (2), 91-95.
- Groen KM. (2007). Pain assessment and management in end of lifecare: a survey of assessment and treatment practices of hospice music therapy and nursing professionals. *J Music Ther* , 44 (2), 90-112.

- Guetin S, Portet F, Picot MC, et al. (2009). Impact of music therapy on anxiety and depression for patients with Alzheimer's disease and on the burden felt by the main caregiver (feasibility study). *Encephale* , 35 (1), 57-65.
- Gutgsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, et al. (2013). Music therapy reduces pain in palliative care patients: A randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* , 45, 822-831.
- Güleç G., Güleç S. (2006). Ağrı ve Ağrı Davranışı. *Ağrı* , 18 (4), 5-9.
- Gültekin M., Özgül N., Olcayto E., et al. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* , 1-6.
- Hilliard RE. (2005). Music Therapy in Hospice and Palliative Care:a Review of the Empirical Data. *eCAM* , 2 (2), 173–178.
- Hilliard RE. (2003). The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *Journal of Music therapy* , 40 (2), 113-137.
- Hole J, Hirsch M, Ball E, et al. (2015). Music as an aid for postoperative recovery in adults: A systematic review and metaanalysis. *Lancet* (386), 1659-1671.
- Horne-Thompson A., Grocke D. (2008). The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. *J Palliat Med* , 11 (4), 582-590.
- İçli F., Akbulut H. (2005). Onkolojiye Giriş. B. K. için G. içinde, *İç Hastalıkları* (s. 2007- 2014). İzmir: Güneş Kitapevi.
- Ifeagwazi CM, Egberi HE, Chukwuorji JC. (2018). Emotional reactivity and blood pressure elevations: anxiety as a mediator. *Psychol Health Med* , 23 (5), 585-592.
- Israel FJ., Parker G., Charles M. et al. (2010). Lack of benefit from paracetamol (acetaminophen) for palliative cancer patients requiring high-dose strong opioids: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Manage* , 548-554.
- Johnson M., Bland MJ., Davidson PM. et al. (2014). The relationship between two performance scales: new york heart association classification and karnofsky performance status scale. *Journal of Pain and Symptom Management* , 47 (3), 654-658.

- Juan L, Yu-fei Y, Cohen L, et al. (2013). Effects of Chinese Medicine Five-Element Music on the Quality of Life for Advanced Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *Chin J Integr Med* , 19 (10), 736-740.
- Kabalak A.A., Öztürk A.A., Çağıl H. (2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu: Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* , 11 (2), 56-70.
- Kaçar Y. (2008). Türk musikisinde makam. *İslam, San'at, Tarih, Edebiyat ve Musikisi Dergisi* , 6 (11), 145-158.
- Kara H., Abay E. (2000). Kronik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 1 (2), 89-99.
- Kara H., Açet M. (2012). Spor yöneticilerinde durumluk kaygısının otomatik düşünceler üzerindeki etkisinin incelenmesi. *e-Journal of New World Sciences Academy* , 244-258.
- Karadağ E, Karadakovan A. (2015). The effect of music on the sleep quality and vital signs of the chronic renal failure patients who are getting hemodialysis treatment. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* , 79-89.
- Kav S., Hanoğlu Z., Algier L. (2008). Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* , 18 (1).
- Keefe FA., Abernethy AP., Campbell CL. . (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease related pain. *Annual Rev Psycho* , 1-22.
- Kelleci M., Ata E. (2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 105-110.
- Kim MH., Lee KY., Park S. et al. (2017). Effects of systemic lidocaine versus magnesium administration on postoperative functional recovery and chronic pain in patients undergoing breast cancer surgery: A prospective, randomized, double-blind, comparative clinical trial. *PLoS One* , 12 (3), 3-13.
- Kim SA. (2006). The Effect of Music Listening on Mood State and Relaxation of Hospice Patients and Caregivers. Florida, Florida, ABD.
- Kishida M., Yamada Y., Inayama E. et al. (2019). Effectiveness of music therapy for alleviating pain during haemodialysis access cannulation for patients undergoing haemodialysis: a multi-facility, single-blind, randomised controlled trial. *Trials* , 20 (1), 631.

- Koelsch S., Jäncke L. (2015). Music and the heart. *Eur Heart J*, 44, 3043-3049.
- Kolcaba K. (1992). Holistic Comfort: operationanalizing the construct as a nurse – sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15 (1), 1-10.
- Kolukışık K. (2014). Bir İşlâm Filozofu Olan Farâbî'nin Müzik Yönü. *ERUIFD*, 2 (19), 29-53.
- Kozier B., Berman A., Snyder S. et al. (2008). *Fundamentals of nursing concepts, process and practice. 8nd Edition*. New Jersey: Prentice Hall.
- Krout RE. (2001). The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 18 (6), 383-390.
- Kuğuoğlu S, Karabacak Ü. (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16 (61), 16-23.
- Kurumu, T. D. (2019). *Türk Dil Kurumu Sözlüğü*. 01 24, 2020 tarihinde <https://sozluk.gov.tr/?kelime=> <https://sozluk.gov.tr/?kelime=> adresinden alındı
- Kwan M. (2010). Music therapists' experiences with adults in pain: Implications for clinical practice. *Qualitative Inquiries in Music Therapy* (5), 43-85.
- Leleszi JP., Lewandowski JG. (2005). Pain management in end-of-life care. *J Am Osteopath Assoc*, 6-11.
- Mandel S., Davis BA., Secic M. (2013). Effects of Music Therapy and Music-Assisted Relaxation and Imagery on HealthRelated Outcomes in Diabetes Education. *Diabetes Educ*, 39 (4), 568-581.
- McConnell T., Graham-Wisener L., J Regan J. et al. (2016). Evaluation of the effectiveness of music therapy in improving the quality of life of palliative care patients: a randomised controlled pilot and feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies*, 2 (70), 2-8.
- Mitra R., Jones S. (2012). Adjuvant analgesics in cancer pain: a review. *Am J Hosp Palliat Car*, 29 (1), 70-79.
- Molassiotis A., Fernadez-Ortega P., Pud D. et al. (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European surve. *Ann Oncol*, 16 (4), 655-663.

- Moreno JJ. (2001). *İçimizdeki müziği eylemek, müzik terapi ve psikodrama*. (D. İ., Çev.) İzmir: Atadost matbaacılık ve yayıncılık A.Ş.
- Nahin RL. (2015). Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States, 2012. *J Pain* (16), 769-780.
- Nicholson B. (2006). Differential Diagnosis: Nociceptive and Neuropathic Pain. *Pain Am J Manag Care* , 256-262.
- Oğur G. (2011). *Kanser ve genetik*. 01 20, 2019 tarihinde portal.uzem.omu.edu.tr: http://portal.uzem.omu.edu.tr/dersler/2011/syu407/unite_19/kim/syu407_unit_e19.pdf adresinden alındı
- Önal AS. (2006). Analjezik adjuvanlar. *Ağrı* (18), 10-23.
- Öner N. (1997). *Türkiye’de kullanılan psikolojik testler, bir başvuru kaynağı*. 3. Basım Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Öner N., Le Compte A. (1985). *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özçelik H, Fadiloğlu Ç. (2009). Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi* , 24 (1), 48-52.
- Özdemir GB. (2018). Türk Makam Müziğinde Tanbur Çalgısının Yeri ve Önemi. *Fine Arts (NWSAFA)* , 13 (4), 133-140.
- Özdemir O. (2009). Örneklem ve Randomizasyon. *İKU* , 32-41.
- Özveren H. . (2011). Ağrı Kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* , 83-92.
- Passik SD., Kirsh KL. (2004). Psycho-oncology. *Business Briefing: US Oncology Review* , 1-4.
- Passik SD., Weinreb HJ. (2000). Managing chronic nonmalignant pain: overcoming obstacles to the use of opioids. *Adv Ther* , 17 (2), 70-83.
- Peng SC, Baxter K, Lally KM. (2019). Music Intervention as a Tool in Improving Patient Experience in Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* , 36 (1), 45-49.
- Porter S., McConnell T., Clarke M. et al. (2017). A critical realist evaluation of a music therapy intervention in palliative care. *BMC Palliat Care* , 16 (1).
- Pratt RR. (2004). Art, Dance and Music Therapy. *Med Rehabil Clin N Am (Electronic Journal)* , 15 (4), 827-941.

- Preissler P., Kordovan S., Ullrich A. et al. (2016). Favored subjects and psychosocial needs in music therapy in terminally ill cancer patients: a content analysis. *15* (48), 3-9.
- Rio RE, Tenney KS. (2002). Music therapy for offenders in residential treatment. *Music Therapy Perspectives* , 22 (1), 89-97.
- Ripamonti CI, Bandieri E, Roila F. (2011). 2011, ESMO Guidelines working group. management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* , 22 (6), 69-77.
- Sağlantımur B., Oyan S. (2016). Müziğin insanlar ve çeşitli canlılar üzerine etkilerinin değerlendirilmesi. *İnönü University Journal of Culture and Art* , 2 (1), 77-82.
- Sales CA, Silva VA, Pilger C, et al. (2011). Music in human terminality: the family members' conceptions. *Rev Esc Enferm USP* , 15 (1), 134-140.
- Santiago-Palma J., Payne R. (2011). Palliative care and rehabilitation Cancer. *Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society* , 1049-1052.
- Sarihan E., Kadioğlu E., İğde FA. (2012). Kanser ağrısı, tedavi prensipleri ve dünya sağlık örgütü ağrı basamak tedavisi. *Nobel Med* , 5-15.
- Scott F., Nadler DO. (2004). Nonpharmacologic Management of Pain. *The Journal of the American Osteopathic Association* , 6-12.
- Somakçı P. (2003). Tüklerde müzikle tedavi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 131-140.
- ST Kavradım., ZC Özer. (2014). Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 6 (2), 154-164.
- Şenel G., Oğuz G., Koçak N. et al. (2016). Palyatif bakım kliniğinde yatan kanser hastalarında ağrı tedavisi ve opioid kullanımı. *Agri* , 28 (4), 171-176.
- Tekçam G. (2017). Eski Mısır Uygarlığında Müzik ve Müzik Enstrümanları. *İğd Üniv Sos Bil Der* , 155-170.
- Teut M., Dietrich C., Deutz B. et al. (2014). Perceived outcomes of music therapy with Body Tambura in end of life care – a qualitative pilot study. *BMC palliative care* , 13 (1), 1-6.

- Thomas KS., Baier R., Kosar C. et al. (2017). Individualized Music Program is Associated with Improved Outcomes for U.S. Nursing Home Residents with Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* , 25 (9), 931-938.
- Thompson AH, Bramley R. (2011). The benefits of interdisciplinary practice in a palliative care setting: a music therapy and physiotherapy pilot project. *Progress in Palliative Care* , 9 (6), 304-308.
- Treede R. D. (2018). The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain reports* , 2.
- Tuncer S. (2012). Kanser ağrısı nedenleri; kanser ağrısından sorumlu yeni mekanizmalar; sitokinler ve kanserağrısı, kanserde ağrı sendromları, kanserde akut ağrı. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topic* , 5 (2), 1-14.
- Turan N, Öztürk A, Kaya N. (2010). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* , 3 (1), 93-98.
- Turan N., Öztürk A., Kaya N. (2010). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* , 3 (1), 93-98.
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü. (2019). <https://sozluk.gov.tr/?kelime=>. 01 24, 2020 tarihinde Türk Dil Kurumu: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=> adresinden alındı
- Uyar M., Korhon E. (2011). Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi . *Ağrı* , 23 (4), 139-146.
- Ünal FS. (2015). *Geleneksel müziğimizin insan sağlığı üzerindeki etkisi ve müzikle tedavi*. 11 06 2019 tarihinde www.ayk.gov.tr: <http://www.ayk.gov.tr/wp-content/uploads/2015/01/%c3%9cnal-funda-sevilay-geleneksel-m%c3%9cz%c4%b0%c4%9e%c4%b0m%c4%b0z%c4%b0n-%c4%b0nsan-sa%c4%9el%c4%9e1-%c3%9czer%c4%b0ndek%c4%b0-etk%c4%b0s%c4%b0-ve-m%c3%9cz%c4%b0kle-tedav%c4%b0.pdf> adresinden alındı
- van den Beuken-van Everdingen MH., de Rijke JM., Kessels AG. et al. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* , 18 (9), 1437-1449.

- van der Heijden MJ., Oliai Araghi S., van Dijk M. et al. (2015). The effects of perioperative music interventions in pediatric surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* , 1-11.
- van der Steen JT., Smaling HJ., van der Wouden JC. et al. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia (Review). *Cochrane Database Syst Rev* , 23 (7), 2.
- Warth M., Keßler J., Hillecke TK. et al. (2015). Music therapy in palliative care: A randomized controlled trial to evaluate effects on relaxation. *Deutsches Ärzteblatt International* , 112 (46), 788.
- Warth M., Kessler J., Kotz S. (2015). Effects of vibroacoustic stimulation in music therapy for palliative care patients: A feasibility study. *Complementary and Alternative Medicine* , 15 (1), 436.
- WHO palliative care definition. (2002). *www.who.int*. 12 22, 2019 tarihinde <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> adresinden alındı
- Yakut E., Bayar K., Uygur F. (2007). Reliability and validity of the Turkish version short-form McGill pain questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology* , 26, 1083-1087.
- Yazıcı D. (2017). Müziğin İnsan beyni üzerindeki etkisi. *International Journal of Cultural and Social Studies* , 3 (1), 88-103.
- Yener YA. (2011). Müziğin çocuklar ve yaşlılar üzerindeki etkileri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* (29), 119-124.
- Yılmaz A. (2015). *Palyatif bakım biriminde tedavi almakta olan kanser hastalarında semptom sıklığı ve palyatif bakım tedavisinin semptom kontrolündeki yeri*. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi / İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Ekler

Ek-I Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu için)

PROTOKOL NO:

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışma, palyatif bakım servisinde yatan kanser hastalarına dinletilen müziğin ağrı, kaygı, konfor ve fonksiyonel kapasite üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın kontrol grubunu oluşturan sizlere, ilk görüşme sonrası ve süreç boyunca toplam 6 defa araştırmacı tarafından belirli ölçekler (ağrı, kaygı, konfor, fonksiyonel kapasiteyi değerlendiren) uygulanacak ve bazı ölçümler (tansiyon, nabız, solunum sayısı) yapılacaktır. Uygulama esnasında herhangi bir rahatsızlık hissetmeyeceksiniz. İşlemlerle ilgili gerek duyduğunuz tüm bilgileri öğrenmeye ve soru sormaya hakkınız vardır. Bu çalışmadan hiçbir gerekçe belirtmeksizin herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Uzman Hemşire Gönül DÜZGÜN

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

İç Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Ben,yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:/...../.....

İmza

Ek-II Aydınlatılmış Onam Formu (Girişim Grubu için)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışma, palyatif bakım servisinde yatan kanser hastalarına dinletilen müziğin ağrı, kaygı, konfor ve fonksiyonel kapasite üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Alanında uzman bir müzik profesyoneliyle birlikte size müzik dinletilecektir. Uygulama 10 dakika sürecektir. İlk görüşme sonrası ve süreç boyunca toplam 6 defa araştırmacı tarafından size belirli ölçekler (ağrı, kaygı, konfor, fonksiyonel kapasiteyi değerlendiren) uygulanacak ve bazı ölçümler (tansiyon, nabız, solunum sayısı) yapılacaktır.

Uygulama esnasında herhangi bir rahatsızlık hissetmeyeceksiniz. İşlemlerle ilgili gerek duyduğunuz tüm bilgileri öğrenmeye ve soru sormaya hakkınız vardır. Bu çalışmadan hiçbir gerekçe belirtmeksizin herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Uzman Hemşire Gönül DÜZGÜN
Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
İç Hastahkları Hemşireliği A.D.

Ben,yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmacının herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar benimle ilgili bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı :

Tarih :/...../.....

İmza

Ek –III Hasta Tanıtım Formu

1. **Katılımcı No;**.....

2. **Cinsiyetiniz**

- a. Kadın
- b. Erkek

3. **Medeni haliniz?**

- a. Evli
- b. Bekar
- c. Dul
- d. Boşanmış

4. **Kaç yaşındasınız?.....**

5. **Eğitim durumunuz nedir?**

- a. Okur- yazar
- b. İlkokul
- c. Ortaokul
- d. Lise
- e. Üniversite

6. **Nerede yaşıyorsunuz?**

- a. Büyükşehir
- b. İlçe
- c. Köy

7. **Mesleğiniz nedir?**

- a. Çalışmıyorum
- b. Memur
- c. İşçi
- d. Emekli
- e. Özel sektör

8. Ne zamandan beri palyatif bakım servisinde yatmakta sınız?

- a. 1 haftadan az
- b. 1-2 hafta
- c. 3-4 hafta
- d. 1 aydan fazla

9. Hastalık tanınız nedir?

- a. Akciğer kanseri
- b. Pankreas kanseri
- c. Mide kanseri
- d. Kolon kanseri
- e. Diğer.....

10. Hastalığınız hangi evrededir?

- a. Birinci evde
- b. İkinci evre
- c. Üçüncü evre
- d. Dördüncü evre

11. Bilinen hastalığınızın dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?

- a. Yok
- b. Diabetes Mellitus
- c. Hipertansiyon
- d. KOAH
- e. Romatizmal hastalık
- f. Diğer

12. Normal yaşantınızda çok sık ağrı yaşar mısınız?

- a. Evet
- b. Hayır

13. Normal yaşantınızda ağrı yaşadığınızda ağrınızla nasıl baş edersiniz?

- a. Ağrı kesici alırım
- b. Uyurum
- c. Müzik dinlerim
- d. Sıcak uygulama yaparım
- e. Soğuk uygulama yaparım
- f. Ağrıyan yere masaj yaparım
- g. Diğer.....

14. Ne kadar sıklıkla müzik dinler siniz?

- a. Her gün
- b. Haftada bir iki kez
- c. Ayda bir iki kez
- d. Müzik dinlemem

15. Ne tür müzikler dinlemekten hoşlanırsınız?

- a. Türk halk /sanat müziği
- b. Klasik müzik
- c. Pop müzik
- d. Rock müzik
- e. Diğer.....

16. Bir günde müzik dinleme süreniz ortalama ne kadardır?

- a. 1-20 dakika
- b. 30 dakika
- c. 30 dakika -60 dakika arasında
- d. 60 dakikadan fazla

Ek- IV Hasta İzlem Formu

Katılımcı No;.....

YAŞAM BULGULARI İZLEM ÇİZELGESİ

İzlemler	Uygulama Öncesi			5. Dakika			30. Dakika			1. Saat			Makam	
	KB	Nb	S	KB	Nb	S	KB	Nb	S	KB	Nb	S	Rast	Hicaz
1. izlem														
2. izlem														
3. izlem														
4. izlem														
5. izlem														
6. izlem														

AĞRI PUANI İZLEM ÇİZELGESİ

	Uygulama Öncesi Ağrı Puanı	Uygulama Sonrası Ağrı Puanı		
		5 dakika sonra	30 dakika sonra	60 dakika sonra
1. izlem				
2. izlem				
3. izlem				
4. izlem				
5. izlem				
6. izlem				

Ek- V Kısa McGill Ağrı Soru Formu (K-MASF)

AĞRI NİTELİĞİ	YOK (0)	HAFİF (1)	ORTA (2)	ŞİDDETLİ (3)
1. Zonklama				
2. Şimşek çarpar gibi				
3. Bıçak saplanır gibi				
4. Keskin				
5. Kramp tarzında				
6. Kemirici				
7. Sıcak – yanıcı				
8. Sancı verici				
9. Ezici				
10. Hassaslaştırıcı				
11. Yarıcı, parçalayıcı				
12. Yoran, takatsız bırakan				
13. Hasta edici				
14. Korkutucu				
15. Cezalandırıcı-zalimce				

A. Duyusal /Algısal Boyut (Sensory)

B. Duygusal/ Emosyonel Boyut (Affective)

II. AĞRININ ŞİDDETİ (GKÖ)

Ağrı yok Dayanılmaz derecede ağrı

III. GENEL AĞRI ŞİDDETİ

		PUAN
0 Ağrı yok		
1 Hafif	I- A	Duyusal /Algısal Boyut (Sensory)
2 Rahatsız edici	I- B	Duygusal/ Emosyonel Boyut (Affective)
3 Sıkıntı verici	I- A+B	Toplam Ağrı Niteliği
4 Berbat	II	Görsel Kıyaslama Ölçeği GKÖ
5 Dayanılmaz	III	Genel Ağrı Şiddeti Değerlendirmesi

Ek- VI Genel Konfor Ölçeği

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

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

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

Ek- VII Durumluluk Kaygı Ölçeği (State- Trait Anxiety Inventory-STAI)

YÖNERGE

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeksizin, uygun olanını belirtin.

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

Ek- VIII Karnofski Performans Skalası

Karnofsky Performans Skalası :	
% 100	Normal, yakınması yok, semptom yok
% 90	Normal aktivitesini sürdürebilir, hastalığın birkaç semptomu veya bulgusu olabilir
% 80	Bazı zorluklarla beraber normal aktivitesini sürdürür, hastalığın minör bulgu ve belirtisi var
% 70	Kendine bakabilir, normal aktivite ve işini yapamaz
% 60	Gereksinimlerini karşılayabilir, nadiren yardım gerekir, biraz yardıma ihtiyaç duyar
% 50	Sıkça yardım ve tıbbi bakım gerekir
% 40	Özel bakım ve yardım gerekir
% 30	Hastane bakımı gerektirecek derecede sakat fakat ölüm riski yok
% 20	Çok hasta, hastanede aktif destek tedavisi gereksinimi var
% 10	Ölmek üzere
% 0	Ölüm

Ek-IX Etik Kurul İzin Belgeleri

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	PALYATİF BAKIM SERVİSİNDE YATAN KANSER HASTALARINA DİNLETİLEN MÜZİĞİN AĞRI DÜZEYİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar/İZMİR
	TELEFON	0232 245 04 38
	FAKS	0232 245 04 38
	E-POSTA	-

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	--			
	DESTEKLEYİCİ	--			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	--			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	--			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Dr. Öğr. Üyesi Barış KARADAŞ



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	PALYATİF BAKIM SERVİSİNDE YATAN KANSER HASTALARINA DİNLETİLEN MÜZİĞİN AĞRI DÜZEYİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	31.07.2018	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	31.07.2018	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	31.07.2018		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	-		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>


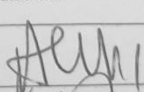

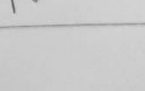
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Açıklama		
				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	SIGORTA			<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ			<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU			<input type="checkbox"/>		
	ILAN			<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM			<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU			<input type="checkbox"/>		
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ			<input type="checkbox"/>		
	DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/>		-İlaç dışı klinik araştırmalar başvuru formu(imza tarihi 31.07.2018) -Ön bilgi formu (18.06.2018) -Yasemin Kılınc Öztürk 31.07.2018 -Gönül Düzgün 18.06.2018 -Ayfer Kadarakovan 18.06.2018 özgeçmiş formu -Araştırma Ekibini İKU VE İLU Çerçevesinde Bilgilendirme Belgesi (imza tarihi 18.06.2018) -Dünya Tıp Helsinki Bildirgesi -Akış Şeması -Müzik Terapi Uygulamaları ve Bazı Ülkelerdeki Eğitim Kılavuzu (Türkçe/İngilizce)		

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:96	Tarih:09.08.2018
-----------------	-------------	------------------

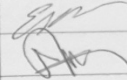
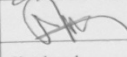
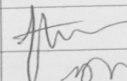
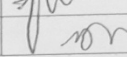
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili 05.07.2018 tarihli etik kurul toplantısında istenen düzeltmeler araştırmacılar tarafından yapılmış uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Dr. Öğr. Üyesi Barış KARADAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Barış KARADAŞ / Başkan	Tıbbi Farmakoloji	İKÇÜTF	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nihal OLGAC DÜNDAR / Başkan Yardımcısı	Çocuk Nörolojisi	İKÇÜTF	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof. Dr. Servet AKAR	İç Hastalıkları/ Romatoloji	İKÇÜTF	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Abdi SAĞCAN	Kardiyoloji	Kent Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Korhan Barış BAYRAM	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	İKÇÜ ATATÜRK EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Melih Kaan SÖZMEN	Halk Sağlığı	İKÇÜTF	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI			PALYATİF BAKIM SERVİSİNDE YATAN KANSER HASTALARINA DİNLETİLEN MÜZİĞİN AĞRI DÜZEYİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			-						
Doç. Dr. Ebru KÜÇÜKYILMAZ	Pedodonti	İKÇÜDHF	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Hatice Sabiha TÜRE	Nöroloji	İKÇÜTF	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Utku Kürşat ERCAN	Biyomedikal Mühendisliği	İKÇÜMMF	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Av. Fatma GÜLMEZOĞLU	Hukuk	İKÇÜ	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Meral MEHREKULA	Sivil	İKÇÜ ATATÜRK EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Dr. Öğr. Üyesi Barış KARADAS



Ek X Tez Konusu İzin Belgesi

Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 17/04/2018-E.111589



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Kurul İşleri



Sayı : 86991637-302.14.01
Konu : Gönül DÜZGÜN'ün tez konusu

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Gönül DÜZGÜN'ün tez konusunun "Palyatif Bakım Servisinde Yatan Hastalara Dinletilen Müziğin Ağrı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma" olarak belirlenmesi Enstitümüz Yönetim Kurulu'nun 11.04.2018 tarih ve 17/16 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Güldane KOTUROĞLU
Müdür V.

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova -İzmir
Telefon No: 0 (232) 311 44 93 Faks No: 0 (232) 311 44 36
E-Posta: abckural@gmail.com.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Burcu ÜNALIK
Uzman Şef
Telefon No: 3114495

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

Ek XI Ölçek İzinleri

ZGÜN - Outlook x +

outlook.live.com/mail/0/search/id/AQQkADAwATY3ZmYAZS05YjlmLTkwN2ItMDACLTAwCg

Maneviyat Ölçeği [...], Hastalık Aktivite Sk..., Fringe 1. Sezon 6. B..., KUHEAD_13_2_129_...

Yavuz YAKUT x

Sil Arşivle Gereksiz Taşı Kategorilere Ayr

Kısa McGill Ağrı Soru Formu izin hakkında

YY Yavuz YAKUT <yavuz.yakut@hku.edu.tr>
23.03.2018 Cum 22:25
Siz

Rica ederim.
İyi çalışmalar
Yavuz Yakut

23 Mar 2018 Cum 20:31 tarihinde gönül DÜZGÜN <gonulgurbuz84@hotmail.com> şunu yazdı:
Sayın Yavuz hocam desteğiniz için teşekkür eder saygılar sunarım.

Samsung Galaxy akıllı telefonundan gönderildi.

----- Orijinal mesaj -----
Başlangıç tarihi: Yavuz YAKUT <yavuz.yakut@hku.edu.tr>
Tarih: 23.03.2018 17:45 (GMT+03:00)
Alıcı: gönül DÜZGÜN <gonulgurbuz84@hotmail.com>
Konu: Re: Kısa McGill Ağrı Soru Formu izin hakkında

Merhaba
Kullanabilirsiniz
İyi çalışmalar
Yavuz Yakut

22 Mar 2018 Per 22:39 tarihinde gönül DÜZGÜN <gonulgurbuz84@hotmail.com> şunu yazdı:

ZGÜN - Outlook x +

outlook.live.com/mail/0/search/id/AQQkADAwATY3ZmYAZS05YjlmLTkwN2ItMDACLTAwCgAQAIQIUdEJ0CJJvgbi%2FMhxQ

Maneviyat Ölçeği |... Hastalık Aktivite Sk... Fringe 1. Sezon 6. B... KUHEAD_13_2_129... Fringe 3.Sezon 3.Bö... E

Ük Ükke KARABACAK x

Sil Arşivle Gereksiz v Taşı v Kategorilere Ayır v ...

(Konu yok)


...

Ük Ükke KARABACAK <ukke.karabacak@acibadem.edu.tr>
23.03.2018 Cum 10:02
Siz ı:

Merhaba Gönül,


Öncelikle çalışmalarınızda başarılar diliyorum, elbette ölçeği kullanabilirsiniz, süreç içerisinde destek olabileceğim başka konular olursa memnuniyetle elimden geleni yaparım.

İyi çalışmalar.


ACIBADEM
MEHMET ALI AYDINLAR
ÜNİVERSİTESİ

Prof. Dr. Ükke KARABACAK
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dekan Yardımcısı
Hemşirelik Bölüm Başkanı
Keren Aydınlar Kampüsü
Kayışdağı Cad. 32 Ataşehir 34752 İstanbul
Tel: 0 216 500 41 53-4160 Faks: 0 216 516 50 76
www.acibadem.edu.tr

...

 gönül DÜZGÜN
Sayın Ükke KARABACAK, Ben Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği doktora öğrencisi Gönül Düzgün. Tez danışmanım Sayın Ayfer Karadokovan hocamla doktora tez önerisi hazırlama aşamasında bulunm

Teşekkür

Doktora eğitim sürecimin her aşamasında sabırla bana yol gösteren, bilgi ve tecrübesinden beni mahrum etmeyen, özgün düşünme konusunda her zaman bana sonsuz cesaret veren, yolumu ve akademik hayatımı bir ışık gibi aydınlatan, her zaman örnek aldığım ve öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli tez danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN'a,

Tez sürecinde engin bilgi ve birikimini benden esirgemeyen ve tezime çok önemli katkılar sunan Sayın Doç. Dr. Öznur USTA YEŞİLBALKAN, Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ ve Doç. Dr. Ali Maruf ALASKAN hocama,

Tezimin tüm aşamalarında her daim bana destek olan, yardımlarını esirgemeyen ve en az benim kadar emek veren değerli eşim, hayat arkadaşım Savaş DÜZGÜN'e, ve beni sevgileri ile motive eden oğullarım Deniz DÜZGÜN ve Erdem DÜZGÜN'e,

Yürüdüğüm akademik yolda bana her zaman cesaret veren ve arkamda bir dağ gibi hissettiğim çok değerli Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servis'inde çalışan hemşire arkadaşlarımdan başta Ürküş GÜNEY, Rıza BOR, Aysun YILMAZ, Serpil YILDIZ, Seyhan TUNA, Ayşen DENK, Nuray MUTLU AYAN, Gülümser GÜRAKAN, Zeynep GÖZBABA, Özlem EMRE, Yeliz AKATIN'a olmak üzere bakım personeli Gözde AYTEN, Hüsna BEYAZIT, temizlik personelleri, Erdinç YETER, Hamit KIZILÇUKUR, Yasin BULUŞ, Mehmet ALTAN'a,

Doktoraya başlamama vesile olan ve ders aşamasında bana büyük destek veren hemşire Döndü YEŞİLÖZ ÇELİK ve Dr. Özgür SÖNMEZ'e,

Tolantılarım ve tez izlemlerim sırasında bana destek olan Öznur Bakıcı ve Songül MERTOĞLU, Ali Haydar MERTOĞLU ve Berk MERTOĞLU ailesine,

Saygı ve sevgilerimi sunar, teşekkür ederim...

İzmir, 12.03.2020

Gönül DÜZGÜN

Özgeçmiş

20 Mayıs 1984'de Erzurum'da doğdu. İlk ve orta okulu Güzeltepe İlköğretim Okulu'nda, 1999 yılında girdiği lise öğrenimini Teğmen Ali Rıza Akıncı Lisesi'nde tamamladı. 2003 yılında kazandığı Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 2008 yılında mezun oldu. Aynı yıl Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi'nde klinik hemşiresi olarak çalışmaya başladı. 2010 yılında Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'ne atanarak Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi İç Hastalıkları bölümlerinde hemşirelik yaptı. 2010 yılında Ege Üniversitesi'nde İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı Geriatri Hemşireliği'ni kazandı ve 2012'de 'Huzur Evinde Kalan Yaşlılarda Doğal Güneş Işığının Uyku Sorunları ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi' konulu bitirme teziyle mezun oldu. Aynı yıl Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis sorumlu hemşireliği yaptı. 2013 yılında İzmir'de ilk açılan Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım servisi sorumlu hemşiresi olarak görev yaptı. 2014 yılında Çiğli Bölge Hastanesi'ni kurmak amacıyla yaklaşık 18 ay hastane kurucu komisyon görevinde bulundu. 2015 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı'na başladı. 2013 yılında başladığı Palyatif Bakım Servis'ndeki görevine halen devam etmektedir. Evli, Deniz ve Erdem adında iki erkek çocuğu vardır.

gonulgurbuz84@hotmail.com