

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINA DİNLETİLEN MÜZİĞİN,  
KEMOTERAPİ YAN ETKİLERİNE VE  
DURUMLUK - SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİNE  
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

124276

Psikiyatri Hemşireliği Programı  
Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan  
Serap ÇAM YILDIRIM

124276

Danışman Öğretim Üyesi: Yard. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İZMİR- 2003

## DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

**Başkan (Danışman) :** Yard.Doç.Dr. Ayça GÜRKAN

**Üye :** Yard.Doç.Dr. Aycan KARAASLAN

**Üye :** Yard.Doç.Dr. Asiye AKYOL

**Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:** .....

## ÖNSÖZ

Araştırma konusunun seçilmesi ve yürütülmesinde destek ve yardımlarını esirgemeyen tez danışman hocam Yard. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN' a, değerli bilgileri ve önerileri ile katkıda bulunan Yard.Doç.Dr. Aycan KARAASLAN ve Yard.Doç.Dr. Asiye AKYOL'a, değerli fikirleri ile katkıda bulunan çalışma arkadaşım Ar. Gör. Şeyda DÜLGERLER' e, araştırmanın uygulanması aşamasında yardımcı olan Medikal Onkoloji Polikliniği ve Dahiliye Ana Bilim Dalı içinde bulunan özel tedavi odası çalışanlarına, araştırmaya katılan tüm hastalara, çalışmaya maddi destek sağlayan Ege Üniversitesi Araştırma Fon' una ve manevi desteğini esirgemeyen aileme ve eşim M.Fatih YILDIRIM' a teşekkür ederim.

**İÇİNDEKİLER**

|  | <b>Sayfa No</b> |
|--|-----------------|
| ÖNSÖZ  | I               |
| İÇİNDEKİLER.....   | II              |
| TABLolar DİZİNİ.....   | VI              |
| GRAFİKLER DİZİNİ.....  | VIII            |
| <b>BÖLÜM I</b>   |                 |
| <b>GİRİŞ.....</b>  | <b>1</b>        |
| 1.1. Araştırmanın Amacı.....                                       | 5               |
| 1.2. Hipotezler.....   | 6               |
| 1.3. Araştırmanın Önemi.....                                       | 7               |
| 1.4. Sınırlamalar .....  | 8               |
| 1.5. Tanımlar.....   | 9               |
| 1.6. Genel Bilgiler.....   | 10              |
| 1.6.1. Kanser.....   | 10              |
| 1.6.1.1. Kanserin Tanımı.....                                      | 10              |
| 1.6.1.2. Kanser Hastalarında Ruhsal Reaksiyonlar .....             | 11              |
| 1.6.1.2.1. Şok Dönemi.....   | 12              |
| 1.6.1.2.2. Reaksiyon/ Tepki Dönemi.....                            | 12              |
| 1.6.1.2.3. Baş Etme/ Direnme Dönemi.....                           | 13              |
| 1.6.1.2.4. Reoryantasyon/ Uyum Dönemi.....                         | 13              |
| 1.6.1.3. Kanser ve Tedavilerine Bağlı Olarak Gelişen Sorunlar..... | 16              |
| 1.6.1.3.1. Anemi.....  | 16              |
| 1.6.1.3.2. Yorgunluk.....  | 16              |
| 1.6.1.3.3. Konstipasyon.....                                       | 17              |
| 1.6.1.3.4. Diyare.....   | 17              |
| 1.6.1.3.5. Anoreksiya ve Kaşeksi.....                              | 18              |
| 1.6.1.3.6. Tat Değişimi.....                                       | 19              |
| 1.6.1.3.7. Bulantı ve Kusma.....                                   | 20              |
| 1.6.1.3.8. Ağız ve Boğaz Ülserleri.....                            | 21              |
| 1.6.1.3.9. Ağrı.....   | 21              |
| 1.6.1.3.10. Yaşam Kalitesi.....                                    | 22              |

|   |    |
|---|----|
| 1.6.1.3.11.Distres.....   | 23 |
| 1.6.1.3.11.1.Kaygı.....   | 25 |
| 1.6.1.3.11.1.1.Kaygının Tanımı.....   | 25 |
| 1.6.1.3.11.1.2.Kaygının Belirtileri.....  | 26 |
| 1.6.1.3.11.1.3.Kaygının Tipleri.....  | 30 |
| 1.6.1.3.11.1.4.Kaygının Düzeyleri.....  | 32 |
| 1.6.1.3.11.1.5.Kanser ve Kaygı.....   | 33 |
| 1.6.2.Müzik.....  | 36 |
| 1.6.2.1.Müziğin Tanımı.....   | 36 |
| 1.6.2.2.Müzik İle Tedavinin Tarihsel Gelişimi.....                                | 37 |
| 1.6.2.3.Türklerde Müzik İle Tedavinin Tarihsel Gelişimi.....                      | 40 |
| 1.6.2.4.Müzik Terapi.....   | 42 |
| 1.6.2.4.1.Müzik Terapinin Fizyolojik Etkileri.....                                | 43 |
| 1.6.2.4.2.Müzik Terapinin Psikolojik Etkileri.....                                | 45 |
| 1.6.2.4.3.Müzik Terapinin Kullanım Alanları.....                                  | 46 |
| 1.6.2.4.3.1. Müzik Terapinin Psikiyatrik Bozukluklarda Kullanım.....              | 47 |
| 1.6.2.4.3.1.1.Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozukluklarında Müzik Terapi..... | 47 |
| 1.6.2.4.3.1.2.Yetişkin Ruh Hastalarında Müzik Terapi.....                         | 48 |
| 1.6.2.4.3.1.3.Yaşlı Ruh Hastalarında Müzik Terapi.....                            | 48 |
| 1.6.2.4.3.2.Müzik Terapinin Diğer Alanlardaki Kullanımı .....                     | 49 |
| 1.6.2.4.4.Müzik Terapi Teknikleri.....  | 50 |
| 1.6.2.4.4.1.Vokal Teknikler.....  | 51 |
| 1.6.2.4.4.2.Dinlemeye Yönelik ve Enstrümental Teknikler.....                      | 52 |
| 1.6.2.4.5.Müzik Terapi ve Kanser.....   | 53 |
| 1.6.2.4.6.Kanserde Hemşirelik ve Psikososyal Yaklaşımlar.....                     | 56 |

## **BÖLÜM II**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

|  |    |
|--|----|
| 2.1. Araştırmanın Tipi.....  | 60 |
| 2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....                               | 60 |
| 2.3. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Örneklem Seçim Yöntemi..... | 61 |
| 2.4. Değişkenler.....  | 62 |

|  |     |
|--|-----|
| 2.5. Veri Toplama Yöntemi.....   | 63  |
| 2.5.1. Veri Toplama Araçları.....  | 63  |
| 2.5.2. Müziğin Kullanımı.....  | 68  |
| 2.5.3. Veri Toplama Araçlarının Güvenirliği.....   | 69  |
| 2.5.4. Araştırmanın Uygulanması.....   | 70  |
| 2.6. Verilerin Analizi.....  | 70  |
| 2.7. Araştırmanın Süresi ve Olanakları.....  | 72  |
| 2.8. Araştırmanın Etiği.....   | 72  |
| 2.9. Araştırmaya Sağlanan Destek.....  | 72  |
| <b>BÖLÜM III</b>   |     |
| <b>BULGULAR</b>  |     |
| 3.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....   | 73  |
| 3.2. Hastaların Hobilerinin İncelenmesi.....   | 85  |
| 3.3. Hastaların Tanılarının ve Sağlık Durumlarını Algılamalarının İncelenmesi.....   | 87  |
| 3.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....  | 89  |
| 3.5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kansere Semptomları Puan Ortalamaları İle Kemoterapi Yan Etkileri Puan Ortalamalarının İncelenmesi..... | 94  |
| 3.6. Deney Grubu Hastaların Tedavi Sürecine İlişkin Değerlendirmeleri.....   | 97  |
| <b>BÖLÜM IV</b>  |     |
| <b>TARTIŞMA</b>  |     |
| 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....   | 100 |
| 4.2. Hastaların Hobilerinin İncelenmesi.....   | 107 |
| 4.3. Hastaların Tanılarının ve Sağlık Durumlarını Algılamalarının İncelenmesi.....   | 108 |
| 4.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....  | 110 |

|  |     |
|--|-----|
| 4.5. Deneş ve Kontrol Grubu Hastaların Kanseri Semptomları Puan Ortalamaları İle Kemoterapi Yan Etkileri Puan Ortalamalarının İncelenmesi..... | 114 |
| 4.6. Deneş Grubu Hastaların Tedavi Sürecine İlişkin Değerlendirmeleri.....   | 116 |
| <b>BÖLÜM V</b>   |     |
| <b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b>   |     |
| 5.1.SONUÇ.....   | 117 |
| 5.2.ÖNERİLER.....  | 123 |
| <b>ÖZET</b> .....  | 125 |
| <b>SUMMARY</b> .....   | 128 |
| <b>KAYNAKÇA</b> .....  | 131 |
| <b>EKLER</b>   |     |
| EK I – Hasta Tanıtım Formu.....  |     |
| EK II – Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği.....   |     |
| EK III – Kanseri Semptomları Envanteri.....  |     |
| EK IV – Kemoterapi Yan Etkileri Envanteri.....   |     |
| EK V – Tedavi Sürecini Değerlendirme Anketi.....   |     |
| EK VI - Araştırmanın Uygulanabilmesi İçin Ege Üniversitesi Rektörlüğünden Alınan İzin Yazısı.....  |     |
| <b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....  |     |

## TABLOLAR DİZİNİ

|  | <b>Sayfa<br/>No</b> |
|--|---------------------|
| <b>Tablo 1-</b> Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....   | 73                  |
| <b>Tablo 2-</b> Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....   | 74                  |
| <b>Tablo 3-</b> Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....   | 74                  |
| <b>Tablo 4-</b> Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....   | 75                  |
| <b>Tablo 5-</b> Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı.....   | 76                  |
| <b>Tablo 6-</b> Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı.....  | 77                  |
| <b>Tablo 7-</b> Hastaların En Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Birimine Göre Dağılımı...                     | 78                  |
| <b>Tablo 8-</b> Hastaların Şu Anda Yaşadıkları Yerleşim Birimine Göre Dağılımı.....                        | 78                  |
| <b>Tablo 9-</b> Hastaların Aile Tiplerine Göre Dağılımı.....   | 79                  |
| <b>Tablo 10-</b> Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı.....  | 80                  |
| <b>Tablo 11-</b> Hastaların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....  | 81                  |
| <b>Tablo 12-</b> Hastaların Yaşamları Boyunca Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....               | 81                  |
| <b>Tablo 13-</b> Sigara Kullanan Hastaların Sigarayı Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı.....                | 82                  |
| <b>Tablo 14-</b> Hastaların Şu Anda Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....                         | 83                  |
| <b>Tablo 15-</b> Hastaların Sigarayı Bırakma Sürelerine Göre Dağılımı.....                                 | 83                  |
| <b>Tablo 16-</b> Hastaların Alkol yada Bağımlılık Yapıcı Bir Madde Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı..... | 84                  |
| <b>Tablo 17-</b> Müziğin Hastaların Yaşamlarındaki Önemine Göre Dağılımı.....                              | 85                  |
| <b>Tablo 18-</b> Hastaların Hastalandıktan Sonra Hobilerinin Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....           | 85                  |
| <b>Tablo 19-</b> Hastaların Hobilerine Göre Dağılımı.....  | 86                  |
| <b>Tablo 20:</b> Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı.....  | 87                  |



|   |    |
|---|----|
| <b>Tablo 21:</b> Hastaların Bugünkü Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Dağılımı.....  | 88 |
| <b>Tablo 22:</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....  | 89 |
| <b>Tablo 23:</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....   | 90 |
| <b>Tablo 24:</b> Deney Grubu Hastaların Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarının Karşılaştırılması.....   | 91 |
| <b>Tablo 25:</b> Kontrol Grubu Hastaların Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarının Karşılaştırılması.....   | 92 |
| <b>Tablo 26:</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kanser Semptomları Puan Ortalamaları İle Kemoterapi Yan Etkileri Puan Ortalamalarının Dağılımı.....          | 94 |
| <b>Tablo 27:</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kanser Semptomları Puan Ortalamaları İle Kemoterapi Yan Etkileri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 95 |
| <b>Tablo 28:</b> Deney Grubu Hastaların Tedavi Sürecine İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımı.....  | 97 |
| <b>Tablo 29:</b> Deney Grubu Hastaların Tedavi Sürecine İlişkin Değerlendirmelerinin.....   | 98 |

**GRAFİKLER DİZİNİ**

|   | <b>Sayfa<br/>No</b> |
|---|---------------------|
| <b>Grafik 1-</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları İle Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı.....                | 93                  |
| <b>Grafik 2-</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kanser Semptomları Puan Ortalamaları İle Kemoterapi Yan Etkileri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı ..... | 96                  |



## BÖLÜM 1

### GİRİŞ

Günümüz çağdaş tıbbın ve insanın en önemli ve güncel sorunlarından biri olan kanser; tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen, tüm hastalıklar arasında en korkulan hastalık olmaya devam etmektedir. Kanser tanısı alan birey, yaşam tarzındaki, beden imgesindeki, rol performansındaki ve sosyal etkileşimlerindeki değişiklikler ile yüz yüze kalırken, aynı zamanda da kaygı, öfke, suçluluk, ümitsizlik, çaresizlik, belirsizlik, yalnızlık, korku, yas ve bağımlılık gibi duygular yaşamaktadır. Bunların yanı sıra tedavi ile ilgili kaygılar, operasyon sonrası gelişebilen fiziksel, psikolojik ve ekonomik sorunlar, hastalığı kabullenememe, libido kaybı, radyoterapi ve kemoterapiye bağlı yan etkiler gibi birçok ve çok yönlü etkenler ile kanser hastasının psikik dengesinde krize neden olur. Bu nedenle kanser, tıbbi-fiziksel bir hastalık olmasının yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan bir çok sorunu da kapsayan bir olgudur (5, 6, 51, 58).

Kanser tanısı kadar, kanserin tedavisi, hastalığın seyri ve nüksler de kişide distressin artmasına yol açar. Distres (sıkıntı) düzeyinin artması endokrin ve immün sistemle ilgili ölçümleri ve yaşam kalitesini de olumsuz olarak etkilemektedir. Umutsuzluk, kaygı ve depresyonun göz ardı edilmesi yaşam kalitesinin düşmesine ve günlük yaşam aktivitelere dönüşü güçleştirecektir. Kanser ve yaşam kalitesi konularında yapılan araştırmalarda, distressin yaşam kalitesi yanında fiziksel semptomları ve kanser tedavisinin sonuçlarını da etkilediği saptanmıştır (13, 67).

İlerlemiş kanserle ilişkili olan ağrı yada ağrı korkusu, kompleks ve çok karşılaşılan bir durum olup fiziksel, psikolojik, sosyal, psikososyal ve manevi olgulardan etkilenir. Acı tehdit edici ve korku verici durumlar fiziksel ağrıya mal

edildiği zaman meydana gelebilir. Hastalar özellikle olası kayıp, artan bağımlılık ve yaşam aktivitelerine katılımları azaldığı zaman kaygı, moral çökkünlük, izolasyon, öfke ve depresyon gibi acı veren semptomları deneyimlerler. Umut, anlam ve yaşama amacının azalmasıyla hastalar bu zor durumla ve komplike ağrıyla ileri derecede acı duyarlar (12, 43).

Kanser tanısı alan hastaların önemli bir kısmı tam olarak tedavi edilemediği için pek çoğu zamanlarının büyük bir bölümünü hastanelerde geçirmektedir. Etkili bir tedavi ekibinin amacı; sadece kanseri tedavi etmeye yönelik girişimleri uygulamak değil aynı zamanda sık sık beklenmeyen sonuçlarla devam eden zor tedavilerin (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi...vs.) uygulandığı dönemlerde de bu sağlık durumuyla baş etmede insanlara yardım etmeye yönelik alternatif bakım opsiyonları geliştirmek olmalıdır (49).

Müzik geçmişten günümüze kadar çeşitli nedenlerden dolayı sağlık bakım ortamları içinde kullanılmıştır. Müzik değişik psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda (mental retarde çocuklarda, otistik çocuklarda, yetişkin ruh hastalarında, nevrotik hastalarda, madde kullanım bozukluğu olan hastalarda...), yoğun bakım ünitelerinde (kardiyak bakım, neonetal yoğun bakım üniteleri gibi), ana çocuk sağlığı alanlarında (pediyatri, doğumhane, obstetri, kreş gibi) ve ameliyathanelerde kullanılmıştır (17, 31, 33, 65).

Müzik terapisi, dünyanın değişik yerlerindeki, değişik yönelimli bir çok profesyonel tarafından tanımlanmıştır. Müziğin değişik biçimlerinin tek bir tanımda birleştirilmesi oldukça zor görünmektedir. Ancak bunların çoğu, müziğin, terapötik süreçteki belirleyici özelliği konusu başta olmak üzere bazı temel ilkelere birleşmektedir (45, 47).

Covington ve Crosby' nin belirttiğine göre müzik terapiyi Schulbert (1981) davranışlar, duygular ve fizyolojik değişiklikler meydana getirmede farklı müziklerin kullanılmasıyla ilgili bir davranış bilimi olarak tanımlarken: Munro ise (1978) müzik terapiyi, yetersizlik yada bir hastalığın tedavisi sırasında kişilerin fizyolojik, psikolojik ve duygusal olarak bütünleşmelerine yardım etmede müziğin kullanımı olarak tanımlamaktadır (17).

Müzik terapinin amaçları; psikofizyolojik stres, ağrı, kaygı ve izolasyonun azaltılmasıyla bir davranış modifikasyonu geliştirme ve duygu durumu değiştirme arasında değişir. Bununla birlikte yaşam kalitesini geliştirmeyi, kendini ifade etmeyi arttırmayı, rahatlamayı öğretmeyi, baş etme stratejilerine yardımcı olmayı ve normal bir çevre sağlamayı hedefler (17, 65).

Günümüzde uzmanlar ve onların hizmet verdiği kişiler kanser gibi sağlıkla ilgili sorunların tedavisinde etkin, non-invaziv tedavileri aramaya devam etmektedirler. Bir psikososyal girişim olan müzik terapi geleneksel tedavileri destekleyen bir tedavi girişimi olduğu için bu rolün yerine getirilmesini destekleyecektir (13, 65).

Meyer ve Mark (1995) erişkin kanser hastaları için çeşitli psikososyal girişimlerin etkililiğini araştırdıkları bir araştırmada, bağımlı değişkenler arasında önemli farklar bulurken değişik girişimlerin etkililiği arasında fark bulamamışlardır. Aynı çalışmada psikososyal tedavilerin depresyon, kaygı, yaşam kalitesi ve umut gibi değişkenlerde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılara yol açtığını bulmuşlardır (44).

O'Callaghan ve Clare' nin belirttiğine göre Curtis (1986) ve Wittall (1989) tarafından yapılan çalışmalar, müzik terapinin palyatif bakım hastalarında ağrıyı azalttığını ve rahatlamaya yardım ettiğini göstermiştir (50).

Sabo ve Michael (1996), Lane' in bir kanser merkezinde müzik terapinin kullanımının, hastaneye yatırılan hastalara olan fizyolojik ve psikolojik açıdan faydalarını bildirdiğini belirtmişlerdir (60).

Beck (1991), ses yada müziğin kanserle ilişkili ağrı algısı üzerinde önemli değişikliklere neden olduğunu bildirmiştir (10). Müzik terapi, uzun dönem ve terminal dönem hastalıklarla ilişkili olan ağrının döngüsel doğasını kırmak, distres semptomlarını azaltmak ve ağrının farkındalığını düşürmek için onkoloji hastalarında kullanılmıştır (43).

Gagner Tjellesen ve ark.(2001) makalelerinde, Henry' nin (1995) müzik dinlemenin rahatlamaya neden olan beyindeki alfa dalgalarını uyurabileceğini yada sadece ağrıyı azaltan değil aynı zamanda kan basıncı ve nabızda düşme gibi diğer fizyolojik tepkilere neden olan endorfin salgısının artmasına da neden olabileceğini gösterdiğini belirtmişlerdir (31).

Sık sık alternatif terapötik yaklaşımlar olarak algılanan progresif gevşeme, derin nefes alıp verme egzersizi, terapötik dokunma, müzik terapi gibi farklı bağımsız hemşirelik girişimleri hastaların fiziksel, emosyonel ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek için kullanılmaktadır (17, 31). Ancak ülkemizde bir hemşirelik girişimi olarak yada hemşirelikte müziğin kullanımı azdır.

Fiziksel, emosyonel ve psikolojik semptomların azalmasıyla desteklenen hastalar kadar iyileşme ve iyileştirme sürecinde gerekli olan enerjinin korunması için bağımsız terapötik hemşirelik girişimlerinden biri olan müzik terapiyi hemşirelik uygulamalarına dahil etmek gerekmektedir (17, 31).

## 1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Zamanlarının büyük bir bölümünü hastanede geçirmek zorunda olan kanser hastaları için uygun bir atmosfer yaratmak amacı ile alternatif terapötik yaklaşımlar olarak algılanan farklı bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olan müzik terapiyi hemşirelik uygulamalarına dahil etmek ve terapötik hasta - hemşire etkileşimlerini arttıracak olan bir program geliştirmek gerekmektedir.

Kanser hastalarında müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve durumluk - sürekli kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacı ile planlanan bu araştırmanın alt amaçları şunlardır:

1. Kanser hastalarının tanıtıcı özelliklerini belirlemek.
2. Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi öncesi durumluk kaygı puan ortalamalarını saptamak.
3. Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarını saptamak.
4. Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarını karşılaştırmak.
5. Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarını karşılaştırmak.
6. Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi öncesi kanser semptomları puan ortalamalarını hesaplamak.
7. Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi sonrası kemoterapi yan etkileri puan ortalamalarını hesaplamak.
8. Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi sonrası kemoterapi yan etkileri puan ortalamalarını karşılaştırmak.

9. Deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı düzeyleri ile sürekli kaygı düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını saptamak.
10. Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları ile kemoterapi yan etkileri arasında bir ilişki olup olmadığını saptamak.

## 1.2.HİPOTEZLER

- I- **H1:** Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları arasında fark vardır.
- II- **H1:** Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları arasında fark vardır.
- III- **H1:** Deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı düzeyleri ile sürekli kaygı düzeyleri arasında bir ilişki vardır.
- IV- **H1:** Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi sonrası saptanan kemoterapi yan etkileri arasında fark vardır.
- V- **H1:** Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları ile kemoterapi yan etkileri arasında bir ilişki vardır.



### 1.3.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kanser tıbbi- fiziksel bir hastalık olmasının yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan bir çok sorunu da kapsayan kronik bir olgudur (6, 58).

Kanser hastaları tanı, tedavi (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi...), nüks ve palyatif dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, ruhsal, davranışsal reaksiyonlar geliştirirler. Bu neden ile kanser hastalarının bütüncül tedavi ve bakımı tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal boyutları birlikte içermelidir (6, 7, 58).

Günümüzde kanser, tanı ve tedavisi multidisipliner olarak ele alınması gereken çok yönlü bir sorun haline gelmiştir. Kanserinin cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, biyolojik tedavi gibi yöntemlerle tedavisi ve hastanın fiziksel bakımı yanında psikososyal tedavi ve bakımı, bütüncül tedavinin ayrılmaz bir parçası olmuştur (57).

Son zamanlarda uzmanlar ve onların hizmet verdiği kişiler, kanser gibi hem tıbbi- fiziksel bir hastalık hem de ruhsal - psikososyal açıdan bir çok sorunu kapsayan kronik hastalıkların tedavisinde etkin, non - invaziv tedavileri aramaya devam etmektedirler. Bir non - invaziv tedavi girişimi olan müzik ile terapi, geleneksel tedavileri destekleyen bir tedavi girişimi olması nedeni ile bu rolü dolduracaktır (6, 13, 58, 67).

Ağrı, ağrı korkusu ve kaygı sadece kanser hastaları için hastaları distrese sokan negatif bir deneyim değil, iyileşme ve iyileştirme süreci üzerinde de negatif bir etkiye sahip olacaktır. Buna ek olarak kaygı ve ağrı periyotları boyunca fiziksel ve emosyonel enerjinin aşırı harcanması hastaların yorulmasına yol açarak yaşam kalitesini düşürmekte ve bu stresörler vücutta otonomik sistem uyarısı, kaslarda gerilme ve artan kortikosteroid üretimine neden olan bazı biyokimyasal olayları başlatarak enerjinin tükenmesine yol açmaktadır (13, 31, 43, 67).

Sık sık alternatif terapötik yaklaşımlar olarak algılanan progresif gevşetme, derin nefes alıp verme egzersizi, terapötik dokunma, müzik terapi gibi farklı bağımsız hemşirelik girişimleri, hastaların fiziksel, emosyonel ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek için kullanılmaktadır. Ancak ülkemizde bir hemşirelik girişimi olarak yada hemşirelikte müziğin kullanımına sık olarak rastlanmamaktadır (17, 31).

Fiziksel, emosyonel ve psikolojik semptomların azalmasıyla desteklenen hastalar kadar iyileşme ve iyileştirme sürecinde gerekli olan enerjinin korunması için bağımsız terapötik hemşirelik girişimlerinden biri olan müzik terapiyi hemşirelik uygulamalarına dahil etmek önemlidir (17, 31).

#### **1.4.SINIRLAMALAR**

Araştırma kapsamına :

- a) Yetişkin yaş grubu (18 yaş ve üstü)
- b) Baş ve boyun kanser tanısı almamış olanlar
- c) Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almamış olanlar
- d) İşitme problemi olmayanlar
- e) Daha önce madde bağımlılığı tanısı almamış olanlar
- f) İlk kez kemoterapi alacak olanlar
- g) Araştırma kapsamına girmeyi kabul eden hastalar alınacaktır.

## 1.5.TANIMLAR

**Kanser:** Kontrolde çıkan hücrelerin sürekli çoğalmasına denir (38).

**Distres:** Sıkıntı; g durum; tehlike (41).

**Kaygı:** Her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin (kan basıncı, nabız, solunumun artması gibi) eşlik ettiği, hoş olmayan sıkıntı ve endişe duygusu ve yaşantısıdır (42, 53, 54).

**Durumluk Kaygı:** Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (53, 54).

**Sürekli Kaygı:** Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Kalıtımın büyük lde katkıda bulunduğu kabul edilen değişik Şiddet derecelerinde olmakla beraber devamlı bir kaygı hali (8, 53, 54).

**Müzik Terapi:** Davranışsal, duygusal ve fizyolojik değişiklikler meydana getirmede farklı müziklerin kullanılmasıyla ilgili bir davranış bilimidir ve hedef yönelimli bir süreçtir (17, 45).

**Yaşam Kalitesi:** Bireyin kendi yaşamını değerlendirilişine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünüdür (63).

## 1.6. GENEL BİLGİLER

### 1.6.1. KANSER

#### 1.6.1.1. KANSERİN TANIMI

Bir kültür ortamında, normal hücreler komşu hücrelere yapışarak ilişkilerini devam ettirirler. Bu yapışma (adhezyon) noktalarında hücrelerde elektronca yoğun bir plak oluşur. Bununla birlikte, hücrelerin ameboid uzantılarında yavaşlama ve durma görülür. Bu olaya kontak inhibisyon denir. Bu şekilde, hücre bölünmesi kontrol edilir. Deneysel olarak, normal hücreler bir kültür ortamında kendilerine sağlanan ortam şartları ne kadar iyi olursa olsun kontak inhibisyon nedeniyle tek tabaka oluşturduktan sonra daha fazla çoğalmazlar. Çünkü, bölünme sınırlı sayıda olur. Fakat, kanser hücreleri sürekli çoğalarak birkaç tabakalı düzensiz kitleler oluştururlar ve bu da kanser hücrelerinde kontak inhibisyon kaybı olduğunu gösterir. Bu neden ile kanseri, genellikle kontrolden çıkan hücrelerin sürekli çoğalması olarak tanımlayabiliriz (38).

Günümüz çağdaş tıbbın ve insanın en önemli ve güncel sorunlarından olan kanser, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır. Bilinmeyen bir tehlikenin, acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, karmaşa ve kaygının sembolüdür (5, 6, 52, 58). Anuk' un belirttiğine göre, Gyllensköld'e göre kanser; doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu, sinsice hareket ettiği, nedenleri pek açıklanamadığı, zamanla kontrolü güçleştiği, kontrolden çıktığı ve büyük acılara neden olduğu, bireyi sosyal yönden damgaladığı ve izole ettiği için diğer kronik hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılanır (6).

Elbi' nin (1991) bir makalesinde Hersh (1985), kanserin psikolojik boyutlarının toplumun hastalığa yansıttığı korkular ile yakından ilişkili olduğunu belirterek kanseri

şöyle tanımlar: “Kişinin kendi bedeninin kendini yok etmesini simgeler. Nereden geldiği belli olmadan ve uyardan vurur. Herhangi bir zamanda, herhangi bir yerde ortaya çıkar. Kansere fizik benin yaşamla olan ince bağı ve kendimiz üzerindeki kontrolün kırılmasını sembolize eden anormal durumun göstergesidir” (22).

Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm duygusu tepki ve düşüncelerini çağrıştıran bir hastalık olarak algılanır. Bu haliyle kanser bir yıkım gibi algılanır ve dramatik anlamıyla kişinin psikik dengesinde krize neden olur. Bu nedenle kanser, tıbbi - fiziksel bir hastalık olmasının yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan bir çok sorunu da kapsayan bir olgudur (5, 6, 58).

#### **1.6.1.2. KANSER HASTALARINDA RUHSAL REAKSİYONLAR**

Kanser hastaları tanı, tedavi, nüks ve terminal dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, ruhsal, davranışsal reaksiyonlar gösterirler. Aslında şok, tepki, direnme ve uyum süreçleri tüm dönemlerde yeniden yaşanmaktadır (6, 58).

Kişinin kanser ile baş etmesini etkileyen birçok değişken vardır. Genetik yapı, sinir sistemi işlevi, gelişimsel yaşantılar, genel sağlık durumu, cinsiyet, yaş, kültür, benlik imgesi ve psikolojik işlevler, çevre (aile, iş, okul gibi), stres verici yaşam olayları (ölüm, boşanma, iş değişikliği, taşınma gibi) kansere gösterilen tepkileri belirler (22).

Kanser tanısından sonraki ilk 1 - 2 yıl bilinmeyene, kaygıya, tıbbi bakıma bağlılığa, vücut fonksiyon ve rollerindeki kayıp ve değişikliklere uyum dönemidir. Anuk' un belirttiğine göre, Blound kanser tanısının konulması ile 4 aşamalı bir sürecin yaşandığını ifade etmiştir (6).

### **1.6.1.2.1. ŞOK DÖNEMİ**

İnsanlar, kanser tanısı karşısında birçok tepkiler gösterirler. İlk aşamada en yaygın tepki şok olma ve inanmamadır. Kişi, kendi bedenine yabancılaşır ve kendi bedenine güvenemez. Kısa bir süreliğine kişinin iç dünyası konfüzedir. Bu durum birkaç saatten birkaç gün yada haftaya kadar uzayabilir. Bu aşamada en yaygın uyum stili, inkardır. İnkâr katlanılması mümkün olmayan gerçeği bilinç dışında tutma, benlik bütünlüğünü koruma çabasıdır. Kanser olmanın getirdiği yük çok korkutucudur, zamanla ve yavaş yavaş adapte olunabilir. Ancak yararı yanında bir de bedeli vardır. İnkâr tıbbi girişim veya tedaviyi geciktirebilir (6, 58).

### **1.6.1.2.2. REAKSİYON / TEPKİ DÖNEMİ**

Şok döneminin ardından hasta gerçeği yavaş yavaş kabullenme süreci içine girer. Temel tepki biçimi kaygıdır. Kaygıyı yok etmek için hasta inkar, bastırma, karşıt tepki verme gibi çeşitli savunma mekanizmaları kullanırlar. Korku yada öfke tepkileri de sık görülen reaksiyonlardandır. Korku; genellikle sevdiklerinden ayrılma, ölüm, başkalarına yük olma, bağımlı olma ve prognoz ile ilgilidir.

Hasta hem tedavi ekibine, hem hastalığa, hem de ailesine, hatta tanıya yönelik kızgınlık (öfke) tepkisi geliştirebilir. Bu dönemde yaşanan öfke dışa yansıtılabileceği gibi içe yansıtılabilir ve depresyon görülebilir (6, 58).

### **1.6.1.2.3. BAŞ ETME / DİRENME DÖNEMİ**

Tedavinin en aktif olduğu dönem sona erince hasta yeni durumuna adapte olmaya çalışır. Hayatında artık eskiye döndüremeyeceği değişiklikler olmuştur. Ölüme bu kadar yaklaştıktan sonra hayata bakış açısını sorgulayabilir. Bu noktada bundan sonra yaşamı nasıl değerlendirmek gerektiği sorusu, bu hastaların en önemli sorunlarından biridir (6).

### **1.6.1.2.4. REORYANTASYON / UYUM DÖNEMİ**

Bu dönem, hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği uyum dönemidir. Kişi yeni kimliğini ve hastalığını benimsemeye başlar. Bu dönemle birlikte, kişi yaşamını, geçmişini, geleceğini, varoluşunu yeniden yorumlamaya başlar. Güven ve denge arayışı içindedir (58).

Elbi (1998) ve Özkan' ın (1999) belirttiğine göre, Elisabeth Kübler Ross kanserde psikolojik aşamaları, hastanın kanser tanısını ilk karşıladığı aşamadan, izleyen tepkilerin sürecine dek beş aşamada tanımlamıştır: (24, 58)

- 1- İnkâr
- 2- Öfke
- 3- Pazarlık
- 4- Depresyon
- 5- Kabullenme

Özkan' ın belirttiğine göre Greer ve ark.(1989), kansere uyum ölçeği (MAC - mental adjustment to cancer) tanımlamışlar ve uyum mekanizmalarını şöyle sıralamışlardır: (58)

- 1- Savaşma ruhu: Hastanın tanıyı tamamen kabul etmesi, kanser sözcüğünü rahatlıkla kullanması, iyimser tutum ve hastalığa meydan okuma.
- 2- Çaresizlik ve umutsuzluk: Tanıdan başka bir şey düşünememe, sürekli ağlama, ölüm düşünceleri, karamsar tutum.
- 3- Bunaltılı aşırı uğraş: Tanıya, çökkünlük eşliğinde yaygın ve belirgin bunaltı ile yanıt verme, bilgi arama ama yanıtları olumsuz değerlendirme, alternatif sağaltımlara yönelme.
- 4- Kaderci kabulleniş: Tanıyı kabul etme, araştırmama, kaderci ve kabullenici tutum.
- 5- Kaçınma ve inkar: Hastanın ya tanıyı kabul etmemesi ya kanser sözcüğünü kullanmaması ya da tanıyı kabul etmesi ama önemini yadsıması.



### Kanserde Psikolojik Tepkiler (58)

|                                       | Normal Adaptif   | Maladaptif   |
|---------------------------------------|--|--|
| <b>Tanı Öncesi</b>                    | 1-) Kanser olasılığı ile ilgili kaygı geliştirme   | 1-)Kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme<br>2-)Hastalık olasılığının inkar edilmesi ve tedavide gecikme |
| <b>Tanı Aşaması</b>                   | 1-) Şok olma<br>2-) İnanamama<br>3-) Başlangıçta kısmi inkar<br>4-)Kaygı<br>5-)Kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular<br>6-) Depresif mizaçlı uyum   | 1-) Kesin inkar, tedaviyi reddetme<br>2-)Ölümün kaçınılmaz olacağı düşüncesi ile tedaviyi reddetme                       |
| <b>Tedavi Aşaması</b>                 | Cerrahi Tedavi<br>1-)Cerrahi girişimin geciktirilmesi<br><br>Radyoterapi<br>1-)Işın tedavisinin etkilerinden korkma<br>2-) Terk edilme korkusu<br><br>Kemoterapi<br>1-) Yan etkilerinden korkma<br>2-) Vücut imajı değişiklikleri<br>3-) Kaygı, izolasyon eğilimi, hafif depresif duygu durumu<br>4-) Alturuistik duygular (organlarını bağışlama) | 1-) Ameliyat sonrası reaktif depresyon<br>2-) Vücut imajı değişiklikleri ve uzamış ciddi elem reaksiyonu                 |
| <b>Tedavi Sonrası</b>                 | 1-) Normal baş etme düzeneklerine ve hastalık-tedavi sınırları içinde yaşama dönüş<br>2-) Nüks korkusu   | 1-) Şoke olma<br>2-) İnanamama<br>3-) Kısmi inkar<br>4-) Kaygı<br>5-) Kızgınlık<br>6-) Depresif duygu durum              |
| <b>Hastalığın Seyri ve İlerlemesi</b> | 1-) Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar  | 1-) (Majör) Depresyon  |
| <b>Terminal / Palyatif Dönem</b>      | 1-) Terk edilme korkusu, ağrı, bilinmezlik korkusu, varoluşçu endişeler<br>2-) Ölüm düşüncesine bağlı kişisel elem duygusu ve kabulleniş   | 1-) Depresyon<br>2-) (Akut)Deliryum  |

### **1.6.1.3.KANSER VE TEDAVİLERİNE BAĞLI OLARAK GELİŞEN SORUNLAR**

Kanser tanısı alan bireyler, hastalıkları boyunca çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Ancak kanserin kendisi yada kullanılan tedavi yöntemlerinin neden olduğu bu sorunların hepsi tüm hastalarda görülmemekte ve yine tüm hastaları aynı derecede etkilememektedir (68).

Kanserli bireylerin pek çoğunun yaşadığı bazı sorunlar şunlardır:

#### **1.6.1.3.1.ANEMİ**

Anemi, dolaşımdaki eritrositlerin sayısının azalmasıdır ve kanserli bireylerde hastalığın kendisi yada uygulanan tedavilerin (kemoterapi ve radyoterapi) yol açtığı kemik iliği depresyonuna bağlı olarak ortaya çıkar. Ancak eritrositlerin yaşam sürelerinin uzun olması nedeniyle kanserli bireyi kemik iliği depresyonunun diğer sonuçları olan enfeksiyon ve kanamalar kadar etkilememektedir ve hemotokrit düzeyi %30'un altına düşene dek anemi bulguları görülmeyebilir.

Hemoglobin ve hemotokrit düzeylerinin çok düşmesi halinde yorgunluk, halsizlik, nefes darlığı, baş ağrısı, baş dönmesi, senkop, taşikardi ve postüral hipotansiyon gibi oksijen yetersizliğine bağlı belirtiler ortaya çıkar (68).

#### **1.6.1.3.2.YORGUNLUK**

Yorgunluk kanser ve kanser tedavisinde en sık dile getirilen semptomdur ve kanserli bireylerde yorgunluk fiziksel, psikolojik ve durumsal faktörlerin bileşiminden kaynaklanan bir sorundur (63, 68).

Kanser hastasında yorgunluğa neden olan etmenler çoktur. Bireye bağlı etmenler, hastalığa bağlı etmenler, tedaviye (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, biyolojik tedavi) bağlı etmenler, ağrı, kaygı, depresyon ve fizik aktivitenin azlığı gibi etmenler yorgunluğa neden olabilir (63, 68).

### **1.6.1.3.3.KONSTİPASYON**

Kanserli bireylerde konstipasyon: (63, 68)

- Kanserın kendisi (gastrointestinal bölgedeki tümörler, tümörün gastrointestinal sistemi etkilemesi),
- Fizik aktivitenin azlığı, yatağa bağımlılık,
- Ağrı kontrolü için kullanılan narkotik ilaçlar,
- Bazı kemoterapötik ilaçlar
- Yetersiz yiyecek ve sıvı alımı,
- Diyetle fibrinin yeterli olmaması,
- Duygusal duruma (bireyin aktivite düzeyini azaltan kaygı veya depresyon nedeniyle peristaltizmin yavaşlaması, stres, çevre veya mahremiyetin değişmesi) bağılı olarak ortaya çıkabilir.

### **1.6.1.3.4. DİYARE**

Diyaereye de konstipasyon gibi gastrointestinal sistemdeki tümörler yada kanser tedavisi neden olmaktadır. Diyaere, karın bölgesine radyoterapi uygulanan hastaların çoğunda görülen bir sorundur. Kemoterapiye bağılı diyaere ise gastrointestinal sistemin aktif olarak bölünen epitelyal hücrelerinin hasarı ile ilişkilidir (63, 68)

### 1.6.1.3.5.ANOREKSİYA VE KAŞEKSİ

Malnütrisyon, kanser hastalarındaki en yaygın sekonder tanılardan birisidir. Tüm kanser hastalarının %40 - 80 'inin değişen derecelerde yaşadığı malnütrisyon, aynı zamanda majör bir morbidite ve mortalite nedenidir. Malnütrisyonun en ciddi şekli ilerleyici kilo kaybı; değişen metabolizma ve anoreksiyaya bağlı kas ve vücut yağlarının kaybı ile karakterize bir sendrom olan "kanser kaşeksisi"dir. Kilo kaybı kanserde en yaygın görülen semptomlardan birisidir (63).

Etyolojisi: (63)

- Primer olabilir; kanser kaşeksisi

- Sekonder olabilir:

1- Sosyal nedenler: Yiyeceklerin sunumu ve türü, çevre ve kültürel etkiler,

2- Fiziksel nedenler:

a-Lokal nedenler: Ağızda yara / kuruluk, disfaji, bulantı ve kusma, abdominal kitle veya obstrüksiyon, asit, erken doyma, cerrahiye bağlı yapısal değişiklikler

b-Genel nedenler:

1-Aynı anda hastalığa karşı fiziksel veya psiko-sosyal yanıt; ağrı, yorgunluk, kaygı, konstipasyon, hareketsizlik, korku, depresyon

2-Metabolik; hiperkalemi, hipokalemi, üremi, hiponatremi

3-Hepatik yetmezlik

4-Narkotikler, antibiyotikler, demir gibi ilaçların yan etkisi olarak

5-Tedaviye bağlı; kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve biyoterapi.

### 1.6.1.3.6.TAT DEĞİŞİMLERİ

Kanserli hastalar çoğunlukla “yiyeceklerin tatsız olduğundan” yakınır. Tümör ve tedavi her ikisi de tat ve kokuyu içeren hücrelerde ciddi hasara neden olurlar.

Etyolojisi : (63)

A-Hastalığa bağlı:

- 1- Tat tomurcukları duyularını (tatlı, acı, tuzlu ve ekşi) değiştiren tümör hücrelerinden amino-asit benzeri maddelerin salınımı,
- 2- Tümörün ağız boşluğuna yada tükürük bezlerine yayılımı,
- 3- Candida gibi oral enfeksiyonlar,

B-Tedaviye bağlı:

- 1- Ağız boşluğu, dil, tükürük bezleri, olfaktör sinir yollarını içeren cerrahi ve trekeostomi,
- 2- Radyasyona bağlı tat tomurcuklarındaki yıkım,
- 3- Kemoterapiye bağlı, sürekli veya aralıklı metalik ve acı tat hissi,

C-Yaşam şekli: Kötü ağız hijyeni ve beslenme bozuklukları,

D-Gelişimsel:

a-Yaşla bağlı tat tomurcuklarının dejenerasyonu

b-Öğrenilmiş isteksizlik.

### 1.6.1.3.7. BULANTI VE KUSMA

Bulanti ve kusma kemoterapi ile ilişkili en yaygın görülen iki semptomdur. Kemoterapiye bağlı bulanti - kusmada en sık gösterilen sebep kemoreseptör trigger bölgesinin (CTZ) irritasyonu olmasına rağmen kemoterapiye bağlı bulanti - kusmayı etkileyen faktörler, hasta ile ilişkili faktörler, kemoterapi protokolü ve antiemetik ilaçlar ile ilişkili faktörler olarak gruplandırılabilir (20, 63).

#### A- Hasta ile ilişkili faktörler: (63)

- Daha önce kemoterapi alma öyküsü ve kemoterapi kürünün sayısı
- Yaş (genç hastalarda kemoterapi ile ilişkili bulanti - kusma riski artar)
- Cinsiyet (kadınlarda bulanti - kusma sıklığı yüksektir)
- Alkol kullanım öyküsü
- Kaygı

#### B- Kemoterapi ile ilişkili faktörler

- Kemoterapi ilacının emetik potansiyeli
- Dozu, veriliş yolu ve hızı
- Kemoterapi ilaçlarının kombinasyonu

#### C- Antiemetik ilaçlar ile ilgili faktörler

- Dozu ve veriliş yolu
- Yan etkileri
- Antiemetik ilaçların kombinasyonu.

### 1.6.1.3.8. AĞIZ VE BOĞAZ ÜLSERLERİ

Kanserli bireylere uygulanan kemoterapi ve radyoterapi ile dehidratasyon, protein malnütrisyonu ve enfeksiyonlar ülserlere ve ağzın yumuşak dokusunun inflamasyonuna (stomatit) yada müköz membranların inflamasyonuna (mukazitis) neden olabilmektedir. İnflamasyon diş etleri, damak, dil ve dudaklarda görülür. Ortaya çıkan lezyonlar ağrılıdır. Kanamalara ve sekonder enfeksiyonlara yol açabilirler (68).

Kanserli hastanın sık oral mukoza inflamasyonu geçirmesinin nedenleri şöyle özetlenebilir: (20, 21).

- Fizik yaralanma (boyun ve ense bölgesinin radyasyonu, cerrahi travma gibi)
- Kimyasal hasar (kemoterapötik ilaçlar nedeni ile)
- Enfeksiyon oluşumu (immün sistem bozukluğu nedeni ile)
- Yetersiz beslenme

### 1.6.1.3.9. AĞRI

Ağrı, fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve manevi komponentlerin karşılıklı birbirini etkilediği kompleks subjektif bir fenomendir (12, 43, 70).

Ağrı kanserli hastalarda en önemli sorunlardan biri olup, en çok kaygı duyulan durumlardan biridir. Erken dönemde %5 - 10 oranında görülen ağrı yakınması, ilerlemiş kanser olgularında %75, terminal dönemde ise %90'a ulaşmaktadır. Hastaların %50'sinde ağrı orta şiddette iken %25 - 30'unda ağrı dayanılmaz dereceye çıkmaktadır (63).

İlerlemiş kanserle ilişkili ağrı yada ağrı korkusu, kanser hastasının yaşantısında önemli bir yere sahiptir ve çok karşılaşılan bir durumdur. Acı tehdit edici ve korku

verici durumlar fiziksel ağrıya mal edildiği zaman meydana gelebilir. Hastalar özellikle olası kayıp, artan bağımlılık ve günlük yaşam aktivitelerine katılımın azalması gibi durumlar var olduğu zaman kaygı, moral çökkünlük, izolasyon, öfke ve depresyon gibi acı veren semptomlar deneyimlerler. Azalmış umut, anlam ve yaşama amacı var olduğu zaman- iyileşme ve yaşam kalitesi için önemlidir - hastalar bu zor durum ve komplike ağrı ile ileri derecede acı duyarlar (12, 43).

Günümüzde kanser hastalarının yaklaşık %50 – 80' inin ağrıdan yakındığı tahmin edilmektedir. Gelişen kanser tedavileri ile yaşam süresi ve iyileşme oranları artmış ve böylece kanserde ağrının etkin kontrol şansıda artmıştır. Bu gelişmelere ek olarak yaşamı tehdit eden bir hastalıkla mücadele ederken ağrının hasta için önemi ve yaşam kalitesini ne derecede bozduğu gözden kaçırılmamalıdır (23, 70).

#### **1.6.1.3.10.YAŞAM KALİTESİ**

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından tanımlanmış olup, bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri ve günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yerine getirdikleri ile ilgili olarak, sağlık statüsünü açıklamak için kullanılan bir kavramdır. Son yıllarda “hastaların var/mevcut olan fonksiyon düzeyine karşın, ne algıladıklarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı doyum” şeklinde yorumlanan yaşam kalitesi, çok boyutlu bir kavram olup, bireyin fiziksel (hareket etme, yeme-içme, boşaltım gibi temel gereksinimlerinin karşılanması), hastalık yada tedavi ile ilgili (ağrı gibi hastalık semptomları ile bulantı, kusma gibi ilaç tedavisi komplikasyonları), psikolojik (kaygı, depresyon, stres vb.) ve sosyal (normal sosyal insan ilişkilerini sürdürme, aile içi rollerin gereği sorumlulukları yerine getirebilme) yönlerine ilişkin yorumlar, değerlendirmeler getirmektedir (3).



Yaşam kalitesinin bozulması, günümüzün en başta gelen sağlık sorunlarından biridir. Kısacası yaşam kalitesi kavramı: bireyin kendi yaşamını değerlendirişine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanabilir ve yaşam kalitesi bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır ve yaşamın çeşitli yanlarına ilişkin öznel doyum ifadelerini kapsar (63).

Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzaması ve başta sigara olmak üzere kanserojen etkiler, kanser insidansını giderek arttırmaktadır (63).

Bütün kanserlerin yaklaşık yarısında şifa sağlayıcı tedaviler mümkün iken, diğer yarıyı oluşturan hastalarda, kronik ve çoğu kez kısa süreli remisyonlarla seyreden hastalıklar grubundandır. Bu süreçte hastanın ve yakınlarının tıbbi ve psikolojik desteğe olan ihtiyacı kaçınılmazdır (63).

Kanser hastaları, tanıyla başlayan ve tedavi boyunca ve prognozla devam eden pek çok sorun ve stresörle karşı karşıya gelirler. Bu sorunlar ve stresörlerle baş edebilme gücü birçok değişkenle ilgilidir. Emosyonel uyumun önceki düzeyi, yaşa uygun yaşam hedeflerine (kariyer, evlilik, aile vs.) ne oranda engel olduğu, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, hastalığa ve tedavilerine ilişkin sorunlar (yorgunluk, anemi, kanserin yerleşimi, prognoz, ağrı gibi) baş etmeyi belirleyen etmenlerdendir (13, 23).

#### **1.6.1.3.11.DİSTRES**

Kanser hastaları tanı, tedavi boyunca yada yaşamlarındaki değişimlere alıştıkları uzun dönemlerde distresi deneyimleyebilirler (61).

Hastalar, hastalığının hangi evrede olduğuna yada tedavinin tipine bakmaksızın bazı distrese neden olan klinik durumları deneyimleyebilir. Distres düzeyi üç faktöre

bağlıdır: tıbbi faktörler, psikolojik faktörler ve sosyal faktörler. Tıbbi faktörler; hastalığın tipi, evresi ve klinik seyri, tedavinin tipini, ağrı ve acının varlığını içerir. Psikolojik faktörler; gelişimsel olgunluk düzeyi, daha önceki uyumu, yaşam amaçlarının kesintiye uğraması ve hastaların eski ve yeni öğrendikleri baş etme yöntemlerini kullanma yetenekleriyle ilişkili olabilir. Sosyal faktörler; aile, arkadaşlar, iş arkadaşları ve sağlık bakım ekibin de çalışanların psiko - sosyal desteğinin elde edilebilirliğini içerir (58, 61).

Depresyon, kaygı ve deliryumu içeren nörokognitif değişiklikler distres ile ilgilidir. Kanser hastalarında distres prevalansı hakkındaki görüşler farklıdır. Kanserli hastaların %50'sinin hastalıklarına alışmaları normal iken, geri kalan %50'side distres olarak sınıflandırılacak problemleri gösterdikleri tahmin edilmektedir. Çirkin, sakat ve bağımlı olma korkusu, planlar ve yakın ilişkilerinin sürekli kesilmesi korkusu ve ağırlı bir şekilde ölmekten korkma kanser hastalarının pek çoğunda vardır. Öfke ve üzüntü gibi emosyonel reaksiyonlar, yaşamın dramatik olarak kesilmesiyle ilişkili olabilir. Bu reaksiyonlar üzüntü verici ve acı dolu olabilir ancak hastalar ve aileleri sıklıkla bu durumun üstesinden gelirler (61).

### 1.6.1.3.11.1.KAYGI

#### 1.6.1.3.11.1.1.KAYGININ TANIMI

Freud 1984 yılında, Lopez “İbor’un” “Angusta Vital” dediği manevi sıkıntı haline Almanca’da “Angst” kelimesi, İngilizce’de “Anxiety” karşılığında kullanılmıştır. Türkçe’de ise “bunaltı”, “can sıkıntısı” veya “kaygı” olarak tanımlanabilir. Freud 1923 yılında, ikinci kaygı kuramında, kaygının tehlike durumundan korunmanın bir işareti olduğunu iddia ederken, 1927’de egonun bastırılması ile ortaya çıkan bir iç tehlike olarak kabul eder. Freud ayrıca kaygıyı 1- Objektif yada gerçekçi kaygı, 2- Nörotik kaygı ve 3- Ahlak ve moral kaygısı olarak üç kümede tanımlar. Birincisinde birey dıştan gelen tehlikeyi algılar ve sıkıntı duyar. Bireyin objektif kaygısının nörotik kaygıya dönüşmemesi için sorunları ile savaşarak objektif çözüm yolları bulmaya çalışması gerekir. İkincisinde tehlike, bireyin kendi içinden kaynaklanır. Onun içgüdülerine bağlıdır. Birey id ve süperego arasındaki çatışma nedeni ile çaresiz kalır ve kendine zarar verecek bir işlev yapmaktan kaçınır. Ahlak ve moral kaygısında ise birey süperego ve ego idealine aykırı bir şey yapmaktan ötürü, vicdan tarafından cezalandırılmaktan korkar (34, 42).

Kum (1996), Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı’nda 1930 - 1940 yıllarında yeni Freud’cu görüşü savunan Sullivan’ın kaygıyı, herhangi birinin güvenliğine karşı olan gerçek yada hayali tehditler sonucu oluşan bir gerginlik deneyimi olarak kabul ettiğini ve Pavlov (1927), Masserman (1943), Mowrer (1940) ve Miller’ın (1948) ise kaygının öğrenme ile olumlu bir şekilde ilişkili olduğunu gösterdiklerini belirtmiştir (42).

Kaygı ve korku sık olarak karşılaşılan duygulardır. Bu kavramların özgül bilimsel anlamları olmakla birlikte sıklıkla birbiri yerine kullanılmaktadır. Korku, bilinen bir dış

tehlikeye karşı ortaya çıkan fizyolojik ve duygusal yanıtları tanımlar. Kaygı ise belirtileri korkuya benzeyen ancak nedeni belirlenemeyen veya nedeni bilinçdışı olan belirtileri tanımlar. Kaygı subjektif bir beklenti hissi, dehşet veya felaketin yaklaştığı duygusu ile belirlidir (69).

### **1.6.1.3.11.1.2.KAYGININ BELİRTİLERİ**

Kaygı bir bütün olarak sinir sistemini uyarır. Kaygısı olan birey, bu durumdan kurtulmak için ya sorunla savaşır yada sorundan uzaklaşır. Kaygılı bireyler çeşitli fizyolojik ve psikolojik semptomlar gösterebilirler. Bunlar: (11)

**1-Bilişsel Belirtiler:** Normal bilişsel işlevlerin ya abartılı hale gelmesi yada normal işlevlerin bastırılması söz konusudur. Başlıca bilişsel belirtiler şunlardır (11).

#### **A-Duyusal-Algısal Belirtiler:**

- a- Aklın sisli, bulanık olması
- b- Çevredeki nesnelere uzakmış gibi yada bulanık görme
- c- Aşırı uyanıklık hali
- d- Kendini aşırı gözleme
- e- Çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi
- f- Gerçek dışılık duygusu

#### **B-Düşünce Zorlukları:**

- a- Bilinç sislenmesi
- b- Önemli şeyleri hatırlayamama
- c- Düşünceyi kontrol edememe
- d- Konsantrasyon güçlüğü

- e- Dikkat dağınıklığı
- f- Düşüncede duraksamalar, kesilmeler
- g- Objektif düşünme güçlüğü
- h- Nedenselleştirme güçlüğü

### **C-Kavramsal Sorunlar**

- a- Kontrolü yitirme korkusu
- b- Başa çıkamama korkusu
- c- Fiziksel zarar görme yada ölüm korkusu
- d- Aklını yitirme korkusu
- e- Başkalarınca olumsuz değerlendirilebileceği korkusu
- f- Yineleyici korkulu düşünceler
- g- Korku veren görsel imgeler
- h- Bilişsel sapmalar

**2-Duygusal (Affektif) Belirtiler:** Kişinin yaşadığı ve onu rahatsız eden çeşitli duygulardır (11).

- a- Korku
- b- Endişe
- c- Dehşet duygusu
- d- Tedirginlik
- e- Alarm durumuna geçme
- f- Gerginlik
- g- Sinirlilik
- h- Çaresizlik

**3-Davranışsal Belirtiler:** Normal davranışların hiperaktivasyonu yada inhibisyonu şeklinde izlenir (11).

- a- Kaçma
- b- Kaçınma
- c- Huzursuzluk
- d- Olduğu yerde hareketsiz donma kalma
- e- Davranışlarda inhibisyon
- f- Konuşma akışında bozukluk
- g- Koordinasyon bozukluğu

**4-Fizyolojik Belirtiler:** Fizyolojik belirtiler şunlardır (11).

**A-Kalp - Damar Sistemi Belirtileri:**

- a- Çarpıntı
- b- Kalp hızında artma
- c- Bayılma hissi
- d- Gerçek bayılma
- e- Yüz kızarması
- f- Aritmi

**B-Solunum Sistemi Belirtileri:**

- a- Solunum sayısında artma ve derin solunum
- b- Bazen kalp krizini çağrıştırarak düzeyde yaşanan göğüste ağrı, yanma, basınç ve sıkışma hissi
- c- Nefes darlığı
- d- Hava açlığı

e- Kesik soluma

f- Boğazda düğümlenme

**C-Kas - İskelet ve Sinir Sistemi Etkileri:**

a- Kaslarda gerginlik, spazm

b- Reflekslerde artma

c- Yorgunluk hissi ve çabuk yorulma

d- Ağrılar ve yalancı romatizmal ağrılar

e- Titreme

f- Yüzde ve göz kapaklarında daha fazla seyirme

g- Uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, huzursuz uyku, kabuslar, ertesi gün dinlenmemiş olarak uyanma

**D-Sindirim Sistemi Belirtileri:**

a- Karın ağrısı, karında gerginlik, spazm

b- İştahsızlık

c- Bulantı- kusma, ishal

d- Yutma güçlüğü, hava yutma

e- Ağızda kuruma yada sulanma

f- Nöbetler şeklinde yaşanan acıkma yada susama

**E-Boşaltım ve Genital Sistem Belirtileri:**

a- Sık idrara çıkma

b- İdrar miktarında artma

c- Cinsel güçsüzlük

d- Erken boşalma

e- Cinsel soğukluk

**F-Cilt Belirtileri:**

- a- Yaygın terleme
- b- Lokal terleme (avuç içi gibi)
- c- Soğuk ve nemli eller
- d- Kaşınma krizi
- e- Sıcak ve soğuk basma nöbetleri
- f- Ateş basması

Ashnda bu belirtileri normalde herkesin zaman zaman yaşadığı olaylardır. Kaygı belirtilerinin hepsi ya normal işlevlerin abartılı hale gelmiş şekillerinden yada normal işlevlerdeki baskılanmalardan karakterizedir (11).

**1.6.1.3.11.1.3.KAYGININ TIPLERİ****1-Normal ve Patolojik Kaygı**

**A- Normal Kaygı:** Normal ve patolojik kaygı arasındaki sınırlar kesin değildir.

Normal kaygı, bireye potansiyel tehlike işaretlerini bildirmekte ve harekete geçmesi için onu hazırlamaktadır (15, 48).

**B- Patolojik Kaygı:** Kaygı duygusu artık belli bir eşiğı aşp kişiyi olumsuz biçimde etkilemeye, günlük yaşamını bozmaya yani ona zarar vermeye başlamıştır. Kişinin bu duyguyla baş edebilme gücünü aştığı için, onun yaşam biçimini değiştirmek zorunda bırakabilir, kaçınma ve kaçma davranışı izlenebilir hatta yaşamı bazen tümüyle alt üst olabilir (11).



## **2-Eksojen (dış) ve Endojen (iç) Kaygı**

**A-Eksojen (dış) Kaygı:** Normal kaygıya benzer. Dış dünyadan gelen uyarılara bir yanıt olarak ortaya çıkar (11).

**B-Endojen (iç) Kaygı:** Ataklar şeklinde ortaya çıkar. Belirtiler inişli çıkışlıdır. Dış dünyadan gelen uyarılarla ya ilgisi yoktur yada çok azdır. Daha çok kişiye özel içsel nedenlerle ilgili olduğu, ayrıca kalıtsal ve metabolik etkenlerinde rol oynadığı düşünülmektedir (11).

## **3-Durumluk ve Sürekli Kaygı**

**A-Durumluk Kaygı:** Ortaya çıkışında gerek dış, gerekse içsel etkenler rol oynar. Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (11, 53, 54).

**B- Sürekli Kaygı:** Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Kalıtımın büyük ölçüde katkıda bulunduğu kabul edilen değişik şiddet derecelerinde olmakla beraber devamlı bir kaygı hali (53, 54).

## **4-Psikodinamik Yaklaşım Açısından Kaygı Tipleri**

**A-Altbenlik (id) Kaygısı:**Kişi sık sık iradesine hakim olamayacağından korkar (11).

**B-Kastrasyon Kaygısı:** Bedene gelecek bir zarardan yada bedensel veya psişik kapasitesinin azalmasından korkmadır (11).

**C-Ayrılma (seperasyon) Kaygısı:** Kendisi için önemli olan bir insanı kaybetmek yada o insanla ilişkisinin sona ermesi korkusudur (11).

**D- Üstbenlik (süperego) Kaygısı:** Kişinin yaptığı bir davranışından duyduğu suçluluk duygusudur. Kişi yaptığı davranışın yanlış olduğunu bilir ve başkalarının bunu fark etmesinden korkarak kaygı duyar (11).

#### 1.6.1.3.11.1.4.KAYGININ DÜZEYLERİ

Kaygının düzeyleri bir kişinin davranışlarının doğrudan gözlenmesi ile anlaşılabilir. Kaygının düzeyleri hafif'ten (+), orta (++) , şiddetli (+++), paniğe (++++) kadar değişebilen özellikler göstererek birbirini izleme eğilimi gösterebilir. Bir düzeyin özellikleri kendinden sonra gelen düzeyin özellikleri ile karışabilir. Kaygılı bireyin gözlenmesi ile ilgili bir diğer konu ise kaygı düzeylerinin özellikleri farklı olabilir. Bir birey orta düzey kaygı özelliklerini açıkça gösterebildiği gibi aynı zamanda fizyolojik tepkilerde şiddetli kaygı belirtilerini de gösterebilir (11).

Her düzey kişinin, çevresinde olup bitenleri kavrama durumunu aksettirir. Kaygının hafif düzeyi ile uyanıklık eşdeğerdir. Bu düzeyde birey görür, işitir ve daha öncesine göre durumu daha çok kavrar. İkinci düzeyde ise iletişim ve kavrama becerisinde azalma vardır. Ayrıca kas gerginliği, kalp çarpıntısı, mide şikayetleri, terleme vardır. Bireyin çevresinde olup bitenleri kavramadaki beceriksizliği artarsa, kaygıda artar ve şiddetli bir kaygı durumu oluşur. Birey sadece ayrıntıları kavrar, fiziksel ve duygusal huzursuzluk vardır. Ayrıntıların kavranmasına rağmen, bunlar arasındaki bağlantı ayımsanamaz. Baş ağrısı, bulantı, titreme, baş dönmesi, korku, ürperme, isteksizlik bu düzeyde görülür. Kaygının çok artması halinde panik ortaya çıkar, iletişim ve işlevsellikte azalma görülür. Dispne, boğulma tıkanma hissi, baş dönmesi, gerçek dışı duygular, titreme ve atak sırasında ölüm korkusu gibi belirtiler

görülür. Kaygının hafif ve orta düzeylerinde öğrenme yer alabilir. Orta aşamadan şiddetli ve panik aşamaya doğru ise öğrenme giderek azalır (34, 42, 61).

#### **1.6.1.3.11.1.5.KANSER VE KAYGI**

Kanser tanısı emosyonel acı, saldırıya maruz kalma, umutsuzluk, suçluluk, terkedilme, ölüm hakkındaki düşünceler ve gelecek hakkındaki şüphelere karşı artan duyarlılıkla ilişkili olan yoğun kaygı durumuna neden olacaktır (1, 64).

Kanser hastalarında, başlangıçta tanı ve kriz dönemlerinde kaygı atakları sıklıkla görülür. Bu hastalarda akut kaygı yaratan kriz durumları şöyle tanımlanabilir: (5, 16, 58)

- tanı aşaması,
- tetkik sonuçlarını beklerken,
- yeni bir tedavi öncesi,
- tedavi değişimi,
- belirti - bulgunun ortaya çıkması,
- relaps görülmesi,
- hastalık çağrıştıran değişikliklerin hissedilmesi.

Reaktif kaygı epizotları, fiziksel hastalığın belirtisi olan kaygı, kanser tanısından önceki kronik kaygı bozuklukları, tedavi komplikasyonu olarak kaygı ve tıbbi faktörler ile ilişkili olan kaygı, kanserli hastalarda en sık görülen kaygı tipleridir. Kanser tanısına eşlik edebilecek olan normal kaygı düzeyleri ise şok, sinirlilik, uykusuzluk ve iştah azlığıdır. Ayrıca konsantrasyon bozulmuş olabilir ve alışılmış günlük aktivitelerin sürdürülmesini engelleyebilir. Kanser tedavisi hakkındaki korkular ve yaşam kalitesi

üzerindeki etkisi hastalar için rahatsız edici olabilir ancak bu semptomlar genellikle sağlık ekibinde çalışan profesyoneller, aile ve arkadaşların desteğiyle kısa bir süre içinde çözülür (16, 61).

**REAKTİF KAYGI:** Reaktif kaygı, kanserli hastalar arasında diğerlerine nazaran daha sık görülen kaygı tipidir ve genellikle korku ile ilişkilidir. Bu alanda ölüm, tedavi, yetersizlik, ağrı, acı ve ilişkilerin kesilmesi yada kaybı korkusunu içerir. Kanser hastalarının pek çoğu sevdikleri birine yük olmaya başlayacaklarından korkarlar. Kontrol ve bağımsızlığın kaybı, yük olma korkusuna neden olur (61).

Reaktif kaygı epizotları kanser tedavisinden önce ve kanser tedavisi boyunca meydana gelebilir. Örneğin, kanser tanısı alan hastalar için kemoterapi ve yan etkileri kaygı ve korku dolu travmatik bir deneyim olacaktır. Hasta kemoterapi almadan önce kemoterapinin yan etkileri hakkında endişe duyarsa, bununla bağlantılı olarak ön-sezme kaygısı deneyimleyebilir. Ön - sezme kaygısı genellikle testler ve prosedürlerden önce yada test sonuçlarını beklerken görülür (16, 60, 61).

**FİZİKSEL HASTALIĞIN BELİRTİSİ OLARAK KAYGI:** Kanser seyrinde kaygıya neden olan birçok genel tıbbi durum görülebilir: (16)

- 1- Giderilemeyen ağrı
- 2- Metabolik bozukluklar: Hipoksi, akciğer embolisi, sepsis, ateş, hipoglisemi, kanama, koroner iskemi, kalp yetmezliği, aritmiler
- 3- Hormon salgılayan tümörler: Feokromasitoma, tiroid adenomu ve karsinomu, paratiroid adenomu, ACTH salgılayan tümörler, insülinoma
- 4- Karsinoid tümör
- 5- Metastatik yada primer beyin tümörleri

- 6- Kompleks parsiyel nöbetler
- 7- Deliryum ve demansın başlangıç aşamaları
- 8- Paraneoplastik sendrom (“uzak etki” sonucu kaygı)

**ÖNCE DEN VAROLAN KAYGI BOZUKLUKLARI:** Önceden varolan kaygı bozuklukları hakkındaki bilgi hasta öyküsüyle elde edilir ve panik bozukluğu, fobileri, yaygın kaygı bozukluğunu ve posttravmatik stres bozukluğunu içerebilir. Önceden varolan kaygı bozuklukları, kanser tedavisi boyunca tekrar alevlenecektir. Bu hastalar sıklıkla yüzeysel ve sık solunum, göğüs ağrısı, pareteziler, mide bulantısı ve ölüm korkusu gibi kaygı ile ilişkili semptom hikayesine sahiptir. Kaygı bozukluğuna sahip olan hastalar genellikle kaygı için ilaçlar alırlar ve tıbbi stabiliteleri, kişisel ve sosyal durumları açısından dikkatli bir şekilde izlenmesi gerekir (16, 61).

**TEDAVİ KOMPLİKASYONU OLARAK KAYGI:** Çok geniş bir spektrum oluşturan kanser tedavileri çeşitli yönleriyle kaygıya neden olurlar. Bunlar: (16)

- 1- Korkutucu ve Ağrılı Tetkik ve Tedaviler:** MR ve BT çekimi, yara debridmanı gibi sıkıntı ve ağrı veren tetkik ve tedaviler kaygıya neden olabilir.
- 2- Kaygıya Neden Olan İlaçlar:** Kanser tedavisinde sık kullanılan kortikosteroidler, bulantı gidermek amacı ile kullanılan nöroleptikler, bronkodilatörler, tiroksin, beta-adrenerjik stimülanlar kaygıya neden olabilmektedir.
- 3- Beklenmeyen İlaç Yan Etkileri:** Antibiyotik allerjisi sonucu oluşan deri döküntüleri, ilaç toksisitesi sonucu oluşan diyare kaygıya neden olabilir.

**TIBBİ FAKTÖRLER İLE İLİŞKİLİ KAYGI:** Tıbbi faktörler ile ilişkili olan kaygı, kanserli hastalarda görülen kaygının ikinci en sık rastlanılan nedenidir. Kaygıya neden olan tıbbi faktörler anormal metabolik durumları, ilaç yan etkilerini, yoksunluk durumlarını ve kontrol altına alınamayan ağrıyı içerir. Açıklanamayan kaygı anormal bir metabolik durumun yada olası bir tıbbi durumun (pulmoner emboli, hipoksi, kanama, hipokalsemi, hipoglisemi, enfeksiyon gibi) bir sonucu olabilir. Yoksunluk ise sık sık bir kaygı nedeni olarak gözden kaçırılabilir. Bu durumlar, alkol tüketimi, narkotik analjezikler, sedatif barbitüratlar yada benzodiazepinlerden kaynaklanabilir. Baş yada boyun bölgesinde kanser tanısı alan hastalar yoksunluk için diğer kanser tanısı alan hastalara nazaran daha fazla riske sahiptirler ve çoğunlukla ağır alkol, sigara yada madde kullanımı ile ilgili öykülere sahiptirler. Bu nedenle hastalardaki yoksunluk durumları dikkate alınmalıdır (1, 16).

Kanser hastalarında en sık rastlanılan kaygı nedeni kontrol altına alınamayan ağrıdır. Ağrı yeterli derecede kontrol edildiği zaman hastanın ağrı üzerindeki kontrol hissi kaygıyı düşürebilir (1, 16).

## 1.6.2.MÜZİK

### 1.6.2.1.MÜZİĞİN TANIMI

Aslı Yunanca olan müzik kelimesi dünyanın her yerinde aynı anlamı taşımaktadır. Türkiye’de yaygın bir ifade olan musiki, Latince “musica” kelimesinden gelmiştir. Musica’da Eski Yunanca’da “mousike” veya “mousa” dan alınmıştır ki bir çok araştırmacı bu kelimenin etimolojisinin “muse - melek” anlamına geldiğini savunurlar. Mitolojiye göre Yunanlılar’ın en büyük tanrısı olan Zeus’un kızları sayılan dokuz peri kızına mousa (müz) adı verilirdi. Eski Yunanlılar bu peri kızlarının tüm dünyanın güzelliklerini ve ahengini düzenlemekle görevli olduklarına inanırlardı. Bugün hemen hemen tüm dillerde varolan müzik veya musiki kelimelerinin müz sözünden türemiş olduğu kabul edilmektedir (9, 19, 33, 56).

Müziğin genel olarak bir tanımı yapılmış değildir. M.Ö. yaşamış filozoflardan, günümüzdeki ilim adamları ve yazarlara değin pek çok insan müziği çeşitli biçimlerde yorumlamışlardır. Müzik hakkında söylenenlerden tümüyle, şu şekilde bir tanımlama ortaya çıkarılabilir; müzik, insanlık tarihi kadar “eski”, kimsenin bir başkasına tam olarak anlatamayacağı kadar “bireysel ve öznel”, dünyanın her yerindeki tüm insanları kapsayacak kadar “genel ve evrensel”, “her an yeni” bir sanattır ve bu sanatla ilgili bilimlerin tümüne de müzik bilimi (müzikoloji) denir (9, 19, 26, 33).

Ancak müziği salt bir enstrümandan, bir insan hançeresinden armoni kurallarına göre çıkarılan bir ses yada bestelenmiş bir duygu ve düşüncelerin anlatımı veya bir heyecanın notalarla dile gelişi şeklinde kabullenmek, onun çok derin olan anlamını daraltmak olur. Oysa doğa tümüyle bir armoni, bir düzen ve ritmdir. O, bu armoni temeline dayanarak kendiliğinden müziği meydana getirmiştir (9, 33).

### 1.6.2.2.MÜZİK İLE TEDAVİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Müzik ile tedavinin dört bin yıldan beri çeşitli kültürlerde hastaları tedavi etmek amacıyla kullanıldığı bilinmektedir (9, 33, 36, 65).

Eski Yunanlılar, müziği her türlü erdemın kökeni sayarlardı. Onlara göre müzik, ruhun eğitimi ve arınması yönünden büyük bir etkendi. Babacan (1999), Dicle (1984) ve Altınölçek' in belirttiğine göre, M.Ö. 585- 500 yılları arasında yaşayan büyük Yunan filozofu ve matematikçisi Pythagoras, umutsuzluğa düşen bireyleri veya çabuk öfkelenen hastaları belirli melodilerle tedavi edebilmek olanağını araştırmıştır (4, 9, 18).

Yunan çağında Hippocrates öncesi dönem olarak adlandırılan dönemde Yunan Halkı'nın başlıca tedavi yöntemi Asklepion denilen tapınak hastanelerde uygulanan yöntemlerdi. Asklepios Yunanlılar'da sağlık ve hekimlik tanrısıdır. Asklepios'un yönetimindeki hekimlik ocakları ve sağlık yurdu tapınaklarından ancak Bergama, Trikke, İstanköy, Epidauras ve Atina'dakiler yeryüzüne çıkarılabilmektedir. Buralarda tıbbi tedavilerin yanı sıra dinsel inanç yolları, oruç, banyolar, uyku kürü, müzik, rüya yorumlarıyla Hipokrat'ın İstanköy'de uyguladığı deneysel tıp yöntemleri de yer almıştır (18).

Dicle (1984), Özkan (2002), Ünver (1989) ve Altınölçek' in belirttiğine göre, tıbbın babası sayılan Hippocrates, 2400 yıl önce bazı hastalıkları tedavi etmek için hastaları ilahilerle tapınağa götürmüştür (4, 18, 56, 65).

Babacan (1999), Dinçel (1989), Ünver (1989) ve Altınölçek' in belirttiğine göre, Sokrates'in öğrencisi Eski Yunanlı filozof Platon'da (Eflatun) ( M.Ö. 427- 347) müziğin ahenk ve ritimle, ruhun derinliklerine etki ederek kişiye bir hoşgörü ve rahatlık verdiğini belirtmiştir. Platon'un öğrencisi ve Büyük İskender'in hocası Aristoteles (M.Ö. 384- 322)'de bu konudaki görüşlerini eserlerinde belirtmiştir (4, 9, 18, 65).



Babacan (1999), Grebene (1978) ve Özkan' ın (2002) belirttiğine göre, Eski Roma'da ise Celsus ve Areteus, müziğin ruhu yatıştırdığını ve ruh hastalıklarını iyi ettiğini söylemişlerdir. M.Ö. 250- 184 yılları arasında yaşayan Romalı şair Titus Maccius Platus "Charmides" adlı şarkısının yaralara iyi geldiğine değinmiştir (9, 33, 56).

Eski Yunan ve Roma'nın yanında, Eski Çin ve Mısır'da da müziğin etkilerine ilişkin örnekler vardır. Dicle (1984) ve Özkan' ın (2002) belirttiğine göre, büyük Çin filozofu Konfüçyus'ün de müzik hakkında bazı görüşleri vardı. Konfüçyus " müzik yapıldığı zaman kişilerarası ilişkiler düzeler, gözler parlar, kulaklar keskin olur, kanın hareketi ve dolanımı sakinleşir" ifadesiyle müziğin insanlar üzerindeki etkilerine dikkati çekmiştir. Eski Mısırlılar'da bereket vermesi (doğurganlığı arttırması) için müziği kullanmışlardır (18, 56).

Dinçel (1989), Grebene (1978) ve Ünver' in (1989) belirttiğine göre, müzik ile tedaviyi klinik ortamlara sokmak isteyen kişilerden ilki tanınmış nörolog Philippe Pinel'dir. 1792'de Fransa'da Pinel'e henüz genç yaşında iken ihtilal komitesi tarafından iki büyük kilise hastanesindeki 50 akıl hastasını güneşe çıkarmak ve zincirlerini kırmak izni verilmişti. İlk defa bu cesurhane girişimi yapan Pinel, sonradan Bicetre Hastanesi'nde çalışırken moral tedavisinin içine müziğinde dahil edilmesini teklif etmiştir (19, 33, 65).

Grebene (19789) ve Özkan (2002), 19. yy'da müzik ile tedavinin, Briere de Boismont (1860), Laurent (1870), Chomet (1874) ve sonraları da Vinchon (1913) ve Vander Wall (1943) tarafından ileri sürüldüğünü ve savunulduğunu belirtmişlerdir (33, 56).

20. yy'da müzik ile tedavi, I. ve II. Dünya Savaşı'ndan sonra, amatör ve profesyonel halk müzisyenlerinin, Amerika'daki eski askeri hastanelere giderek savaş dolayısıyla fiziksel ve duygusal travmalardan acı çeken binlerce emekli askere müzik çalmaları ile başlamıştır. Hastaların müziğe verdikleri görünür fiziksel ve duygusal tepkiler hastane sağlık çalışanlarının dikkatini çekmiş, bu da müzisyenlerin kiralanması gereğini doğurmuştur (9).

Grebene (1978) ve Ünver' in (1989) belirttiğine göre, Vander Wall'dan sonra Licht (1947), Radin (1948), Fery (1951), Murineddu (1954), Zanker- Glatt (1956) ve Demianowski (1958)'nin öncü çalışmaları müzik ile tedaviyi bugünkü durumuna getirmiştir (33, 65).

### **1.6.2.3.TÜRKLERDE MÜZİK İLE TEDAVİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ**

Tarih içinde Türk Ulusları'nın uygarlık kurduğu bölgelerde yapılan araştırmalar, Türkler'in müzik ile olan bütünlüklerini tartışmasız olarak ortaya koymuştur. Etnomüzikolojik araştırmalar Orta Asya'dan bu yana Türkler'in müzik ve insan ilişkilerinde çok zengin miraslar bıraktığını göstermektedir (18).

Bununla birlikte Türkler'in müziği tedavide kullanmaları çok eskilere dayanmaktadır. Müziği ruh hastalıklarının tedavisinde ilk kez uygulayan uluslardan biride Türkler'dir. Batı uluslarının, ruh hastalarını bir hasta olarak kabul etmeyip onlara çeşitli işkenceler yaptıkları Ortaçağ'lar da, Türkler onları bir hasta olarak kabul etmiş, ruh sağlığına, ruh hastalıklarına ve tedavilerine büyük bir önem vermişlerdir (18, 33, 65).

Dicle (1984), Özkan (2002) ve Ünver' in (1989) belirttiğine göre, M.S. 834- 932 yılları arasında yaşamış olan Müslüman Türk Bilginleri'nden Ebu Bekir Razi,

melankoliklerin uğraş tedavileri üzerine yazdığı bir yapıtında önce melankoliyi tanımlamış, sonra da bu tedavinin nasıl yapılacağını şöyle açıklamıştır:”...Melankolik hasta balık tutma ve avlanma gibi eğlenceli işlerden biri ile uğraşmalıdır. Mümkünse çeşitli oyunlara alıştırılmalı, huyunu, ahlakını, davranışlarını beğendiği ve sevdiği kimse ile buluşup görüşmeli, dostluk kurmalıdır. Müzik öğrenmeli, öğretmeli, özellikle güzel sesle okunan şarkıları dinlemelidir. Melankolik hastanın ancak bu şekilde sıkıntılarından, dertlerinden kurtularak iyileşmesi olanağı sağlanabilir...” (18, 56, 65).

Dinçel (1989) ve Grebene (1978), dünyaca ün yapan büyük Türk Bilgini Farabi’ nin (870- 950) Musiki - ul - Kebir adlı eserinde musikinin fizik ve astronomi ile olan ilişkisini açıklamaya çalıştığını belirtmişlerdir (19, 33).

Ünver (1989), büyük İslam bilgini ve filozoflarından İbni Sina’nın (980- 1037) müzik ile tedavi ile ilgili görüşlerini şöyle belirtmiştir:”...Tedavinin en iyi yollarından, en etkililerinden biri, hastanın akli ve ruhi güçlerini arttırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele etmesi için cesaret vermek, hastanın çevresini sevimli ve hoş gider hale getirmek, ona en iyi musikiyi dinletmek, onu sevdiği insanlarla bir araya getirmektir...” (65).

Varol’ un (1998) belirttiğine göre, Ebu Bekir Razi (834- 932), Farabi (870- 950), İbni Sina (980- 1037) ünlü birer hekim oldukları kadar aynı zamanda değerli birer müzisyen ve müzik bilimciydiler (66).

Grebene (1978) ve Ünver’ in (1989) belirttiğine göre, müziğin insan ruhu üzerindeki psikolojik etkilerini en iyi dile getiren ve bunun en güçlü yorumunu yapan kişi ise kuşkusuz Mevleviliğin kurucusu olan ünlü büyük İslam düşünürü Mevlana Celaleddin Rumi (1207- 1273) olmuştur. Mevlevilik başlıca iki esasa dayanmaktadır.

Bunlardan biri şiir diğeri de musikidir. Mevlevi inanışına göre, şiir ve musiki insanın ruhu üzerinde etki yapar (33, 65).

Anadolu'da 13. yy'ın sonlarına doğru bir Türk Devleti kuran Osmanlılar Türk Tıp tarihinde ayrı bir yere sahiptirler. Osmanlılar'ın Dünya'da müzik ile tedavinin uygulandığı ilk akıl hastanesini 1308- 1309 yılları arasında yaptırdıkları bilinmektedir. Bu hastane, Amasya'da İlhanlılar'dan Olceyto Mehmet Hudabe'nin karısı İlduz Hatun tarafından yaptırılmıştır. Ancak bu hastane ve uygulanan yöntemler hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır (18, 19, 33).

Dinçel (1989), Özkan (2002) ve Ünver'in (1989) belirttiğine göre, ünlü seyyah Evliya Çelebi (1611- 1682) yazdığı seyahatnamesinde de bize bu konuda önemli bilgiler vermektedir: 1470 yılında, 70 odalı, 200 yataklı Fatih Darüşşifası'nda (İstanbul) hastalara müzik tedavisi yapıldığı gibi, Fatih'in (1432- 1481) oğlu II. Beyazıt 1484- 1488 yılları arasında Edirne'de Tuna nehri kenarında II. Beyazıt Külliyesi'nin yanında yaptırdığı Darüşşifası'nda “ hastalara deva, delilere şifa, divanelerin ruhuna gıda ve def- i sevda” adını verdiği bir fasıl heyeti düzenlemişti ve bu konuda Evliya Çelebi gördüklerini aynen şöyle yazmıştır. “...Edirne Darüşşifası'nda hangi hastalara ne çeşit müzik tedavinin iyi geleceği hakkında da önemli araştırmalar yapılmıştır. Belirli sonuçlara ve tedavi metotlarına varılmıştır...” (19, 56, 65).

Ünver' in (1989) belirttiğine göre, eski Türk hekimlerinden Şuuri'nin “Tadil- i Emzice” adlı yapıtında müzik ile tedavi hakkında geniş bilgiler vardır. Şuuri'nin müzik yöntemlerine sahip olmayan bir hekimin tanı ve tedavilerinde başarılı olamayacağı iddiası, bize eski Türk hekimlerinin müzik ile tedaviye ne denli değer verdiklerini göstermektedir (65).

#### 1.6.2.4.MÜZİK TERAPİ

Müzik terapi, dünyanın değişik yerlerindeki, değişik yönelimli birçok profesyonel tarafından tanımlanmıştır. Değişik biçimlerinin tek bir tanımla birleştirilmesi oldukça zor görünmektedir. Ancak bunların çoğu, müziğin, terapötik süreçteki belirleyici özelliği konusu başta olmak üzere bazı temel ilkelerde birleşmektedir (17, 45, 47). Örneğin, Covington ve Crosby' nin belirttiğine göre müzik terapiyi Schulbert (1981) davranışlar, duygular ve fizyolojik değişiklikler meydana getirmede farklı müziklerin kullanılmasıyla ilgili bir davranış bilimi olarak tanımlarken, Munro (1978) ise müzik terapiyi, yetersizlik yada bir hastalığın tedavisi boyunca kişilerin fizyolojik, psikolojik ve duygusal olarak birleşmelerine yardım etmede müziğin, kişiler üzerindeki etkisi veya müziğin kullanımı olarak tanımlamıştır (17).

Moreno' nun kitabında ise Bruscia' nın tanımı (1989) şu şekildedir: “Müzik terapi hedef- yönelimli bir süreçtir. Burada terapist hastasına, iyilik halini ilerletme, sürekli kılma ve sabitleştirmeyi müzik deneyimini kullanarak ve onları değişimin dinamik bir gücü kılarak yol göstermektedir”. Bu tanım, müzik terapinin bazı temel özelliklerini açıklamaktadır. Bunlar, hedefe yönelik olması ve zihin- beden bütünlüğüne vurgu yapan bir sağlıklı olma anlayışına sahip olmasıdır. Bu geniş tanım, müziğin, fizyolojik ve psikolojik parametreleri etkilediği gizil varsayımını da taşır (45).

Destekleyici bir terapötik girişim olan müzik terapinin amaçları psikofizyolojik stres, ağrı, kaygı ve izolasyonun azaltılmasıyla bir davranış modifikasyonu geliştirme ve duygu durumu değiştirme arasında değişir (17).

#### 1.6.2.4.1.MÜZİK TERAPİNİN FİZYOLOJİK ETKİLERİ

Müzik terapinin fizyolojik ölçümleri nasıl etkilediğiyle ilgili çeşitli kompleks teoriler vardır. Gagner Tjellesen ve ark.(2001) belirttiğine göre, Henry (1995) müzik dinlemenin, rahatlama neden olan beyindeki alfa dalgalarını uyurabileceğini ve sadece ağrıyı azaltan değil aynı zamanda kan basıncı ve nabızda düşme gibi diğer fizyolojik tepkilere neden olabileceğini söylemiştir (31).

Son zamanlarda hastaların nabızı, kan basıncı, solunumu, oksijen saturasyonu, vücut ısısı, ağrı, kaygı düzeyleri ve duygu durumlarına müziğin, fizyolojik etkisi üzerine çalışmalar yapılmıştır. Güngör (1999) çalışmasında, müzik terapi uygulanan hastalarda, sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız, solunum sayısı değerlerinin terapi öncesi döneme göre terapi sonrası dönemde anlamlı ölçüde düştüğünü görmüştür (34).

Nöropsikolojik ve biomedikal araştırmalar özellikle emosyonel açıdan etkileyen müzikal seslere dikkati çekmiştir. Beyine merkezi sinir sistemi vasıtasıyla gelen tehlikeli uyarılarla ilgili olan bilgi geçişine müziğin ket vurduğunu ileri sürmüşlerdir. Çünkü müzik ve ağrı, beyinin aynı bölümünde işlemde geçirilir ve müziğin oluşturduğu uyarılar ağrının oluşturduğu uyarıları baskılayacaktır. Ayrıca müzik dikkati başka yöne çekerek, dikkatin ağrıdan başka bir uyaranda odaklaşmasını sağlayacaktır (9, 43, 46).

Zimmerman ve ark. (1989) hastaların kendilerinin bildirdiği ağrı ile ilgili bir çalışmada, Pain Visual Analog Scale'sını (VAS) kullanmışlar ve en düşük skorları müzik dinleyen deneklerin almasını istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır (70).

Tıbbi ve cerrahi prosedürlere önce, süresince ve sonrası müziğin, ağrı üzerindeki pozitif etkilerinin belirtildiği çalışmalarda vardır. Covington ve Crosby' nin

belirttiklerine göre, Mullooly, Levin ve Feldman (1988) müzik dinleyen bir deney grubunda müziğin post - op 2. günde de ağrıyı azalttığını saptamışlardır (17).

Ağrı algısı üzerine olan müziğin etkisi, terminal dönem kanser hastalarında ağrıyı arttıran acılı semptomların belirlenmesinde de rol oynayabilir. Onkoloji hastalarıyla yapılan çalışmalar, ağrı algısını düşürmede müziğin olumlu kullanımını belgelemiştir. Magill (2001) makalesinde Cook' un, terminal dönemdeki kanser hastalarının ağrısını gidermek amacı ile kullanılan ilaç miktarını azaltmada müziğin etkili olduğunu saptadığını belirtmiştir (43). Beck (1991), müzik ile birlikte ağrıdaki algı değişikliğinin, sestekinin 2 katı olduğunu not ederek, ses yada müziğin kanser ile ilişkili ağrı üzerinde önemli değişikliklere neden olduğunu bildirmiştir (10).

Sabo ve Michael' ın (1996) belirttiğine göre, Lane bir kanser merkezinde müzik terapinin kullanımının, merkeze yatırılan hastalara olan psikolojik ve fizyolojik açıdan faydalarını bildirmiş. Her bir grup için 20 kişiden oluşan 2 hedef grubu, kontrol ve deney grubuna tesadüfi olarak seçilmiştir. Deney grubu 30 dk'lık interaktif müzik terapiyi alırken, kontrol grubu normal hastane rutinlerine katılmıştır. IgA düzeyleri, immün sistemin durum göstergesi olarak girişim öncesi ve girişim sonrası ölçülmüştür. Sonuçlar, deney grubunda, müzik terapinin bir fizyolojik etkisini yansıtan IgA' da önemli bir artış olduğunu göstermiştir (60).

Müzik terapi ile ilgili olan bir diğer çalışmada, üniversite öğrencileri ve hastanede yatan çocuklarla yapılmıştır. Tek bir oturum ve 6 haftalık bir tedavinin ardından sonuçlar IgA düzeyinde artış olduğunu göstermiştir (14).

Sonuç olarak yapılan pek çok bilimsel çalışma, müziğin fizyolojik parametreleri direk yada indirek yollarla etkilediğini göstermektedir.



#### 1.6.2.4.2.MÜZİK TERAPİNİN PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Müzik, hastaların ruhsal durumlarını yükselten, depresyonun etkilerini yok eden, korku ve endişelerini ortadan kaldıran, böylece kaygıyı azaltan önemli bir araçtır (9). Müzik terapi hastaların duygu durum, motivasyon, kendilerini ifade edebilme yeteneklerini arttırarak ve var olan yeteneklerini ve güçlerini kullanma fırsatları ve hastalıktan uzaklaşmalarını sağlayarak, hastaların duygularını sıkıntıdan kurtarmaya yardım edecektir (46).

Aidridge' nin (1998) belirttiğine göre, hastaneye yatırılan kanser hastaları ile ilgili yaptığı bir çalışmada, Bailey (1983) müziğin duygu durumun düzelmesinde her zaman hissedilen bir etkisinin olduğunu vurgulamıştır (1).

O'Callaghan ve Clare (1996) makalesinde, Curtis (1986) ve Wittall (1989) tarafından yapılan çalışmalarda, müzik terapinin palyatif dönem hastalarının rahatlamlarını sağladığını gösterdiklerini belirtmişlerdir (50).

Sabo ve Michael (1996) kemoterapi alan kanser hastalarıyla çalışmışlar ve deney grubu kanser hastalarının kaygı düzeylerinin önemli derecede düştüğünü bulmuşlardır (60).

Covington ve Crosby (1997) makalesinde, Mullooly, Levin ve Feldman' ın (1988) müzik dinleyen bir deney grubunda müziğin post- op kaygıyı azalttığını saptadıklarını ve aynı makalede Bolwerk' in (1990) yoğun bakım ünitelerindeki hastalarla çalıştığını ve müzik dinleyen hastaların kaygı düzeylerinin düşük olduğunu saptadıklarını belirtmişlerdir (17).

Varol (1998), preoperatif hasta eğitimi esnasında dinletilen sedatif müziğin, hastaların durumluk kaygı düzeyini azalttığını belirtmiştir (66).



### **1.6.2.4.3.MÜZİK TERAPİNİN KULLANIM ALANLARI**

Tüm toplumlar ve kültürlerde dinlenen ve zevk alınan müziğin pek çok amacı vardır. Müzik dini seremoniler, kutlamalar, eğlence ve partilerde kullanılabildiği gibi geçmişten günümüze kadar terapötik amaçlar içinde kullanılmıştır. Müzik, çeşitli nedenlerle sağlık bakım ortamları içinde kullanılmıştır (17).

#### **1.6.2.4.3.1.MÜZİK TERAPİNİN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARDA KULLANIMI**

##### **1.6.2.4.3.1.1.Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları Ve Bozukluklarında Müzik Terapi**

Mental geriliği olan çocuklarda 1940 yılından beri müzik terapi yöntemleri kullanılmaktadır. Greben ve Ünver' in belirttiğine göre, Kratter, Michael ve Smith, Hutt ve Gibby, Gaston, Francis ve Rarick, Hunt, Hudson ve Spivack mental gerilik gösteren çocuklarda müzik terapiyi uygulamışlar, çalışmalarından aldıkları olumlu sonuçları açıklamışlardır (33, 65).

Greben' in belirttiğine göre, Michael'e göre müzik, sözsüz bir iletişim aracı olması nedeni ile zeka gerilikleri olan çocuklarda kişilerarası ilişkileri kuvvetlendirmekte, onlara sosyal bir güç kazandırmaktadır (33).

Mental gerilik gösteren çocukları uyarmak için genellikle bando müziği kullanılır. Özellikle bu ritim çocuklar için oldukça ilgi çekicidir, çünkü gürültü çıkarmak hoşlarına gider (33, 65).

Greben ve Ünver' in belirttiğine göre, Wilson (1958), Fraser (1961), Griffin (1963) müzik terapinin, mental geriliği olan çocuklarda öğrenmeyi kolaylaştırdığını ileri sürmüşlerdir. Ayrıca müzik aracılığı ile bu çocukların sosyal ilişkileri kuvvetlenmekte, agresif davranışları kaybolmakta ve çevreye uyum yetenekleri artmaktadır (33, 65).

Müzik terapinin otistik çocuklarda da etkili olduğu, yapılan çalışmalarla saptanmıştır. Çünkü otistik çocuklar müzik ile çok ilgilidirler. Müzik ile çalışma, otistiklere ulaşmada diğer yöntemlerden daha uyarıcı bir özellik taşımaktadır. Müzik ve dans kullanılarak otistik çocukla farklı bir ilişki kurulabilmektedir (26, 33, 59, 65).

#### **1.6.2.4.3.1.2. Yetişkin Ruh Hastalarında Müzik Terapi**

Psikiyatri servislerinde yatan hastaların büyük bir kısmını psikotik vakalar oluşturmaktadır. Müzik terapi, genellikle psikotropik ilaçlarla beraber kullanılarak ustaca uygulandığında psikoz vakalarında kesin yararlar sağlamaktadır. Şizofreni hastalarının marş ve halk türküsü türünde bir müzik ile depresyondan çıktıkları gözlenmiştir. Ayrıca şizofreni hastalarının önceden bildikleri bir melodi, bu hastaları gerçek dünyaya çekmektedir (33, 65).

Nevrotik hastaların tedavisinde de müzikten dinamik bir şekilde yararlanma olanağı vardır. Bununla birlikte müzik terapi, duygulanım bozukluğu olan hastalarda, kaygı ile ilgili bozuklukları olan hastalarda ve uyku bozukluğu olan hastalarda da kullanılmıştır (31, 33, 65).

### **1.6.2.4.3.1.3. Yaşlı Ruh Hastalarında Müzik Terapi**

Greben ve Ünver' in belirttiğine göre, yaşlı ruh hastalarına müzik terapi, ilk kez 1954 yılında Wells tarafından uygulanmıştır. Onu daha sonra Andrus (1955), Hall (1957), Altshuler (1960), Hart (1960), Roth (1961), Wallin (1962), Chachere (1966) ve Kurz'un yaptığı çalışmalar takip etmiştir (33, 65).

### **1.6.2.4.3.2. MÜZİK TERAPİNİN DİĞER ALANLARDAKİ KULLANIMI**

Anestezi uzmanları müziğin çoğu zaman premedikasyon yerine geçtiğini ileri sürmektedirler. Ameliyat olacak hastanın dinlemek istediği parçayı seçmesine izin verildiği zaman indüksiyonu daha sakin bir şekilde karşıladığı görülmektedir (33, 65).

Müziğin tedavi amacı ile kullanıldığı diğer bir alanda nörolojidir. Greben ve Ünver' in belirttiğine göre, Balmer ve Zerbe (1945), Schneider ve Staub (1958), Lathom (1961), Dilson (1961) doğuştan beyin hasarlı (cerebral palsy) bireylerde müziğin ve müzikal aktivitelerin tedavideki değerine işaret etmişlerdir. Burada müzik istemli hareketleri ve dengeyi kolaylaştırmaktadır (33, 65).

Greben' in belirttiğine göre, Fraser (1958) ve Doll(1961) yaptıkları çalışmada, doğuştan beyin hasarlı (cerebral palsy) çocuklarda dinletilen müziğin hastalar arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirdiğine ve onlara sosyal bir uyum olanağı sağladığına değinmektedirler ve Weels ve Helmus, konuşma bozukluklarında şarkı söylemenin, özellikle nefesli sazların tedaviye büyük bir katkıda bulunduğuna işaret etmektedirler (33).

Ayrıca müzik ameliyathanelerde, doğumhanelerde, yoğun bakım ünitelerinde, kaygıya neden olabilecek herhangi bir tıbbi ve cerrahi prosedürden önce, süresince ve sonrasında, onkoloji hastalarında ve terminal dönem hastalarda da kullanılmıştır (17, 27, 43, 47).

#### **1.6.2.4.4. MÜZİK TERAPİ TEKNİKLERİ**

Müzik terapi, diğer bazı terapi yöntemlerinin şemsiyesi altında kullanılmıştır. Örneğin, davranışçı terapide, analitik terapide- Mary Priestley'in (1985) çalışmalarında- ve başka yönelimlerde, sürece müzik terapi eklenmiştir. Müzik terapisinin diğer modeller ile karışımlarında, bu yaklaşımlara yeni boyutlar ve yaratıcılıklar getirilmiştir (45).

Uzmanlar geçmişten günümüze değin değişik ortamlarda, değişik müzik terapi tekniklerini kullanmışlardır. Ayrıca çalışmalar göstermiştir ki müzik terapi, hastalar tarafından iyi anlaşılan ve kabul gören bir tekniktir ve uzmanlar tarafından uygulaması zaman almayan ve komplike bir teknik değildir (31).

Müzik terapide kullanılacak müziğin seçimi ise çok önemli ve güçtür. Her hasta yada her birey aynı tür müziği sevmeyebilir ve aynı tür müzikten yarar görmeyebilir. Bu neden ile müzik bireyin tercihleri ve gereksinimleri doğrultusunda uzmanın tercihine bağlı olarak seçilmelidir ve müzik tercihlerindeki kültürel farklarda göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca bestelenmiş müzik katılımcıya yabancı değilse, onun daha önce bildiği bir yönde tepki vermesine sebep olup onun şu andaki durumunu yansıtmayabileceği için kullanılacak müziğin bilinmedik parçalardan oluşmasına dikkat edilmelidir (19, 32, 43, 45).

Müzik terapi tekniklerinin çoğu canlı ve kayıtlı müzikten ibarettir ayrıca uzmanlar birde hayalinde canlandırma, vokal yapma ve müzik dinleme gibi bireyselleştirilmiş teknikleri öğrenmede de hastalar ve ailelerine yardım ederler (43).

#### **1.6.2.4.4.1.Vokal Teknikler**

Vokal teknikler yumuşak melodiler, tonlar ve ritimlerle insan sesinin birleşmesinden meydana gelir. Sakinleştirici sözler, akut distresteki hastaları, korkutucu düşünceler ve hayallerden kurtaracaktır. Vokal tekniklere aynı zamanda kelimeler, hayaller ve algılar katılarak müzikal deneyim bireyselleştirilecektir (43).

#### **Vokal tekniklere örnekler: (43)**

- **Tonlama:** Farklı perdelerde ünlü sesleri söyleme, bir hastayla yapılabilir. Burada uzman farkındalığı arttırmak ve gerilimi serbest bırakmada, seslere odaklanma ve dikkati seslere yöneltmede hastaya rehberlik eder.

- **Monoton Bir Melodiyle Söyleme:** Hastalar yada uzman tarafından seçilen anlamlı kelimelerle tekrarlanan melodiler, iletişim ve rahatlamayı arttıracaktır.

- **Şarkılar:** Sözler yazılmadan önce şarkılar, düşünceler ve duyguları ifade etme ve hatırlamaya yönelik önceden hasta yaklaşımlarına sunulur.

- **Şarkı Sözü Yazma:** Sözler yazılmadan önce şarkılarda geçen sözleri geçici bir süre başka sözlerin yerine kullanma yada spontane yazılan şarkılar, kimlik hissi ve kimlik ifadesini kolaylaştırır.

- **Melodik Doğaçlama:** Doğaçlama yapılan melodik seslendirmeler, hastayla bağlantı kurmada, rahat nefes alıp vermeyi kolaylaştırmada ve herhangi bir izolasyon duygusunu etkisiz hale getirmede kullanılabilir.

- **Hayal Kurma:** Tercih edilen hayaller kurularak şarkı söyleme, rahatlamayı kolaylaştıracak ve duygu durumu yükseltecektir.

#### 1.6.2.4.4.2. Dinlemeye Yönelik Ve Enstrümental Teknikler:

Bu teknikler hastalara, enstrümental anlatım fırsatları sağlar. Dinlemeye yönelik ve enstrümental teknikler kaliteli sistemlerle kaydedilen ve çalınan yada canlı çalınan ağaçtan yapılmış nefesli çalgılar, vurmali yada telli enstrümanların bir türünün kullanılması ile oluşur. Enstrümental teknikler, kaygı yada korku semptomlarını azalttığından, kişiye enerji verebilir yada rahatlatılabilir (43).

#### Dinlemeye yönelik ve enstrümental tekniklere örnekler: (43)

- **Canlı Enstrümental Müzik:** Müziği canlı çalma, gereksinimlerin karşılanmasına uyarlanabilecek ve davet edecektir. Aile fertleri de ya enstrümanın çalınmasına katılacak yada sadece oluşturulan müziği dinleyecektir.

- **Müzikal Doğaçlama (Keşifte Bulunmak İçin):** Müzikal doğaçlama için oluşturulan müzik terapi fırsatları, rahatlamayı sağlayacak, farkındalığı arttıracak ve bağlantı kurmaya yardım edecektir. Ayrıca bu tekniklere aktif olarak katılma, kontrol duygusunu da arttıracaktır.

- **Dikkat Ederek Müzik Dinleme:** Bu teknik stresi azaltmayı baz alan, müzik ile kombine edilen bir tekniktir. Dinleyiciler meydana gelebilecek hayaller ve nefes alıp

vermeye dikkat etmek kadar müziğe odaklanma konusunda da cesaretlendirileceklerdir. An be an farkındalığın gelişmesini sağlayabilir ve korku ve kaygıyı azaltabilir.

- **Kaydedilen Enstrümental Müzik:** Favori müzik parçalarının kayıtları yada yabancı bir müzik parçasını dinleme, ağrıyı uyaran unsurla baş etmeyi sağlayan, hoşagiden bir uyarı verecektir. Kulaklıklar odaklanmayı sürdürmede ve konu dışı olan sesleri (dışarıdan gelen ve dikkatin dağılmasına neden olan) engellemede kullanılabilir. Dikkatin dağılmasına neden olan, konu dışı sesleri engellemek önemlidir ancak bazı insanlar kendilerini sınırlandırılmış yada izole edilmiş hissedebilirler.

- **Bireysel Kayıtlar Oluşturma:** Bir uzman, hasta ve/ veya ailesi kendi kayıtlarını oluşturur. Bu kayıtlar sık sık bireyin hayatında önemli olan kişilere hediye olarak verilir ve aynı zamanda sıkıntı ve kaygı duyulan zamanlarda kullanılabilir.

#### 1.6.2.4.5.MÜZİK TERAPİ VE KANSER

Gelişen sağlık bakımı çağında uzmanlar ve onların hizmet verdikleri kişiler kanser gibi sağlığı tehdit eden sorunların tedavisinde etkin, non - invaziv tedavileri aramaya devam etmektedirler. Müzik terapi girişimleri yaşam kalitesini azaltan distressi hedefler ve kendini ifade edebilme yeteneğini arttırmak, korku ve kaygıyı azaltmak, fiziksel rahatsızlıktan kurtarma, rahatlamayı öğretmek, boş zaman aktivite eğitimi ve baş etme stratejilerine yardımcı olmak ve doğal bir çevre sağlamak gibi spesifik amaçlarıyla bu rolü dolduracaktır (67).

Burns ve ark. (2001), Uluslararası İngiltere Bristol Kanser Yardım Merkezi'nde müzik terapinin terapötik etkileri ile ilgili yaptıkları bir pilot çalışmada, rahatlamış bir konumda müzik dinlemenin terapötik etkilerini, bir müzik terapi grubunda aktif olarak

müzik yapmanın etkileri ile karşılaştırmışlar ve müzik terapinin olumlu duygular ve kanser hastalarının immün sistemleri üzerine olan potansiyel etkilerini araştırmışlardır. Çalışmada alınan fizyolojik ve psikolojik ölçümleri destekleyen istatistiksel kanıtlar, kanser hastalarının olumlu duyguları ve immün sistemleri üzerinde, müzik terapinin etkisinin var olduğunu göstermektedir (14).

Kanser tanısı alan hastalar için, kanser tanısı kadar tedavisi (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi) ve hastalığın seyri de kaygı ve korku dolu travmatik bir deneyim olacaktır. Korku ve kaygı da, tedavinin hasta üzerindeki negatif fizyolojik ve psikolojik etkilerinin şiddetlenmesine neden olacaktır. Ayrıca bu tedavilerle (kemoterapi, radyoterapi...) ilişkili olan yan etkileri minimize etmeye yönelik girişimler direk olarak hastanın konforuna katkıda bulunacaktır ve indirek olarak azalan kaygı ve rahatlama hissini destekleyecektir (60, 62).

Çalışmalar, kanser tedavileriyle ilişkili olan yan etkileri ve kaygı düzeyini azaltmada rahatlama ve imajinasyon tekniklerinin etkisini ispatlamıştır. Buna ek olarak müzik terapi, biofeedback ve masaj gibi diğer alternatif terapiler, tedavi girişimleriyle ilişkili yan etkileri ve kaygı düzeyini azaltmada kullanılmıştır (60, 62).

Frank (1985), müzik terapi ve imajinasyon tekniklerini kombine etmiş ve bu tekniklerin kemoterapi alan hastaların kaygı düzeylerini azalttığını ve algıladıkları kusmanın derecesinde de etkili olduğunu bulmuştur (30).

Smith ve ark.(2001), radyasyon terapisi alan hastaların kaygı düzeyleri için terapötik bir girişim olarak müziği kullanmışlar. Gruplar arasında fark bulamamalarına karşın, kaygı düzeyi yüksek olan hastalar için müzik terapili erken girişimin yararlı olabileceğini belirtmişlerdir (62).



Kanser ilerlediği zaman, ağrı (veya ağrı korkusu) işlevselliği, duygu durumu ve iletişimi engelleyebilir. Ağrı yaşamın sonunu akla getirdiği ve olması yakın kaybın bir işareti olduğu zaman, hastalar büyük üzüntü ve kederin zorlayan duygularından dolayı acı çekebilirler. Müzik terapi bu içsel duygular için bir ses, içsel güçleri birbirine bağlayan, rahatlama anlarını sağlayan ve kimlik bunalımını restore eden bir halka ve varoluşsal anlam olacaktır. Müzik terapi, kanser ağrısı ve acıyı azaltmada farmakolojik ve farmakolojik olmayan diğer girişimlerle birlikte kullanılmıştır (43).

Zimmerman ve ark.(1989) ağrıyı azaltan pozitif telkinle birlikte verilen müziği dinleyen, kronik ağrısı olan kanser hastalarını, müziği dinlemeyen hastalarla karşılaştırmışlar ve müziği dinleyenlerin MPQ (McGill Pain Questionnaire) ve VAS (Visual Analogue Scale) ağrı indeksinden en düşük skoru aldıklarını göstermişlerdir (70).

O'Callaghan ve Clare' nin (1996) belirttiğine göre, Munro ve Mount (1978) tarafından yazılan "palyatif bakımda müzik terapi" adlı makaleden sonra, 80'li yıllarda, pek çok müzik terapist dünyanın pek çok yerinde palyatif bakım veren yatan hasta ve evde bakım ortamlarında müzik terapiyle ilgili programlar başlatmışlardır. Palyatif bakım hastalarının yaşam kalitelerini artırma ve hasta yakınlarının yas tutmalarını kolaylaştırma çabalarında çeşitli müzik terapi teknikleri kullanılmıştır (50).

O'Callaghan ve Clare' nin (1996) makalesinde, Bailey (1985), müzik terapi alan 465 kanser hastası ile yaptığı deneysel bir araştırmada, hastaların genelinin ağrıda bir azalma, duygu durumunda ve iletişimde bir gelişme bildirdiklerini bulmuştur ve aynı makalede Curtis (1986) ve Wittall (1989) tarafından yapılan çalışmalar, müzik terapinin palyatif bakım hastalarında ağrıdan kurtulma ve rahatlamaı destekleyebileceğini göstermiştir (50).

O'Callaghan (2001), müzik terapinin faydasını etkisinin uzun ömürlü oluşuna bağlamamıştır ve yaşamı tehdit eden yada terminal dönemdeki bir hastalığa sahip olduğu zaman, deneyimlenen kısa- dönemlik semptomdan kurtuluşun yada pozitif psikososyal anların yararlı ve zahmete değer olduğuna inanmıştır (49).

#### **1.6.2.4.6. KANSERDE HEMŞİRELİK VE PSİKOSOSYAL ONKOLOJİ**

Günümüzde kanser tanı ve tedavisi multidisipliner ele alınması gereken çok yönlü bir konu haline gelmiştir. Kanserın cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi yöntemlerle tedavisi ve hastanın fiziksel bakımının yanında ruhsal tedavi ve bakımı, bütüncül tedavinin ayrılmaz bir parçası olmuştur (57).

Hemşirelik, bireylere bakım vermede odaklanan, sürekli gelişim ve değişim içinde olan bir meslektir. Hemşireler hastaneye yatırılan hastaların fiziksel gereksinimleri için bakım verirken sık sık hastaların emosyonel, manevi ve psikososyal gereksinimleriyle karşılaşırılar. Bunun için bağımsız terapötik hemşirelik girişimleri, hemşirelerin, hastaların fiziksel, emosyonel ve psikolojik gereksinimlerini karşılayacağı mekanizmalar olacaktır (31, 42).

Sık sık alternatif terapötik yaklaşımlar olarak algılanan farklı hemşirelik girişimleri (örneğin; progresif gevşeme, derin nefes alıp verme egzersizi, terapötik dokunma, masaj ve müzik terapi) hastaların bu gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek için kullanılmaktadır (31).

Fischer (1990), hemşirelerin, müzik terapide anahtar rol oynadığını ifade ederek, müziğin hemşireler tarafından kullanımını desteklemiştir (29).

Hamer' in belirttiğine göre, Harvey ve Rapp (1988) “müziğin değerli bir hemşirelik girişimi” olduğunu belirtmiştir (37).

Covington ve Crosby, bir hastanenin psikiyatri servisinde, müzik terapi grubu oluşturmuşlar ve bir terapötik araç olarak müziğin kullanımı ile, psikiyatri hemşiresinin hastanın pozitif olarak gelişmesini kolaylaştırabileceğini bildirmişlerdir (17).

Kanser tanısı emosyonel acı, saldırıya maruz kalma, umutsuzluk, suçluluk, terkedilme, ölüm hakkındaki düşünceler ve gelecek hakkındaki şüphelere karşı artan duyarlılıkla ilişkili olan yoğun kaygı durumuna neden olacaktır (1, 64).

Kaygı semptomları tedaviyi engellemediği yada hasta tarafından dayanılmaz olmadığı zaman hemşirenin yardımlarıyla düşürülebilir (61).

Hemşire hasta etkileşiminde ilk basamak, hemşirenin kaygının düzeyini azaltmakta hastasına yardım etmesidir. Problem çözmeye geçmeden, kaygı mutlaka azaltılmalıdır. Hemşirenin asıl amacı, hastalara adaptif baş etme tepkileri geliştirmelerinde yardımcı olmaktır (40).

Başlangıç olarak hastalar desteğe ve güvene ihtiyaç duyarlar. Hemşire rahatsızlığı kabul ederek ve hastanın olumlu ve olumsuz duygularının el verdiği ölçüde aradaki güveni artırır. Aktarılan anlayış, hemşirenin ilgilendiğini ve anladığını ve sıkıntının düzeyini küçümsemediğini hastaya anlatır ( 40, 61).

Hemşire kaygıyı azaltmak için hastasına sessiz ve sakin bir ortam sağlamalı, hastalara kendilerine ne olduğuna dair farkındalıklarını arttırmada yardımcı olmalı, hastaları duygularını ifade etmeleri ve duygularının muhtemel nedenlerini tanımlamaları ve acizliği empatik bir şekilde dinlemeleri gerekir ( 40, 61).

Hemşire ayrıca hastaların kaygısını düşürmede alternatif terapötik hemşirelik girişimlerini de (rahatlama egzersizleri, terapötik dokunma, aromaterapi, müzik terapi gibi) kullanabilirler ve bu girişimleri hastalarına öğretebilirler (31).

Kanser tanı ve tedavi yöntemlerinin yaygınlaşması, iletişim araçları ile yapılan uyarı ve eğitim çalışmalarının yoğunlaşması insanların sağlık kurumlarına başvurularını etkilemektedir. Bu da tanımlanmış kanserli hasta sayısını arttırmakta ayrıca kansere daha erken tanı konma olasılığını fazlalastırmaktadır. Halen geniş kitleler tarafından “kansere” sözcüğü “ölüm” kavramı ile eşanlamli algılanmakla birlikte, kanser tedavisindeki ilerlemeler ve kanser olgularının giderek daha erken yakalanabilmeleri gibi nedenlerle kanserli hastalar daha uzun süre yaşamaktadırlar. Bu süre içinde yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, ölümcül hastalıklarla yüzleşmenin kolaylaştırılması, kronik hastalık ve tedaviler nedeniyle ortaya çıkan ruhsal gereksinimlerin giderilmesi, bozulan sosyal duruma ilişkin sorunlar ve tedavi işlemlerine ilişkin daha kapsamlı bilgilendirmeler önem kazanmaktadır (39).

Kanserli hastanın uyumunda rol oynayan bir dizi tıbbi, psişik ve psikososyal faktör vardır. Uyumda rol oynayan faktörleri şöyle sıralayabiliriz: (7, 58)

- Hastalığın kendisi, hastalığın tuttuğu organ, tipi, belirti ve bulguları, seyri, tıbbi hastalıklara ilişkin deneyim ve düşünceleri
- Hangi yaş döneminde bu hastalığa yakalandığı, yaşına uygun amaç ve projeleri için oluşturduğu tehdit düzeyi (iş, aile, yaş dönemi)
- Çevre destek sistemleri
- Hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlar
- Hastanın genel fiziksel ve psikolojik potansiyeli, kişilik yapısı ve baş edebilme süreçleri

Kanser ve ruhsal sorunların ilişkisine değinen yazılar ve çalışmaların oldukça eski olmasına karşın psikososyal onkolojinin bir disiplin oluşu son 15 - 20 yıl içinde gerçekleşmiştir.

Psikososyal onkoloji yada psikiyatrik onkolojinin uğraş alanları: (58)

1-Kanserin ve tedavi programının hastalar, hasta aileleri ve tedavi ekibi üzerindeki psikolojik etkilerini araştırmak, psikolojik destek sunmak.

2-Psikolojik ve davranışsal faktörlerin kanser riski ve seyirindeki etkilerini araştırmak ve bu alanda tanı ve tedavi konusunda araştırmalar yapmak.

3-Kanser olgusunun yada tedavi yöntemlerine ilişkin ortaya çıkan psikolojik reaksiyonların çözümlenmesi, hasta- aile- tedavi ekibinde ortaya çıkabilecek iletişim ve etkileşim sorunlarının çözümlenmesi.

4-Psikiyatrik yönden riskli bilgilerin önceden belirlenip izlenmesi, akut tedavi döneminin dışında izlenme ve kontrol döneminde, psikiyatrik bakımın sağlanması ve uzun sürede ortaya çıkabilecek psişik sorunların çözülmesi.

Bugün ülkemizde, dünyada pek çok örnekleri olduğu gibi büyük onkoloji merkezlerinde psikososyal onkoloji danışma birimleri kurulmuş olup, çalışmalar sürdürülmektedir (39).

## BÖLÜM II

### GEREÇ VE YÖNTEMLER

#### 2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, kanser hastalarında müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve durumluk - sürekli kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacı ile deneysel olarak planlanmıştır.

#### 2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma, Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Bilim Dalı, Medikal Onkoloji Polikliniği ve Dahiliye Ana Bilim Dalı içinde bulunan özel tedavi odasında yürütülmüştür.

Onkoloji Bilim Dalı Dahiliye Ana Bilim Dalı'na bağlı olarak hizmet vermektedir. Dahiliye Ana Bilim Dalı 122 yatak kapasiteli olarak 5 klinik (onkoloji, hemotoloji, nefroloji, immünoloji, romotoloji), 1 yoğun bakım ve 1 poliklinik (medikal onkoloji polikliniği) hizmeti vermektedir.

Medikal Onkoloji Polikliniği, 3 muayene odası, 14 hasta kapasiteli 2 tedavi odası ve 1 kayıt odası ile ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarına hizmet vermektedir. Poliklinikte 3 hekim, 3 hemşire ve 1 personel çalışmaktadır. Dahiliye Ana Bilim Dalı içinde bulunan özel tedavi odası ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarına hizmet vermektedir. Tedavi odası 7 yataklıdır ve 2 hemşire çalışmaktadır. Dahiliye Ana Bilim Dalı ve Medikal Onkoloji Polikliniği hakkındaki bilgiler klinik yöneticileri (klinik başhemşiresi ve poliklinik sorumlu hemşiresi) tarafından sözlü olarak alınmıştır.

### 2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEMİ VE ÖRNEKLEM SEÇİM YÖNTEMİ

Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Bilim Dalı, Medikal Onkoloji Polikliniği ve Dahiliye Ana Bilim Dalı içinde bulunan özel tedavi odasına başvuran hastalar araştırmanın evrenini, sınırlamalara uygun olarak seçilmiş hastalar örneklemini oluşturmuştur. Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Bilim Dalı, Medikal Onkoloji Polikliniği kayıtlarından bir yıllık sürede bu sayı ortalama 500 kişi olarak belirlenmiştir (n: 500).

Araştırmaya girecek örneklem büyüklüğünü tespit edebilmek amacı ile Ege Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliği istatistiksel danışmanlık biriminden yardım alınmıştır. Yapılan PASS (Power Analysis and Sample Size) analizine göre deney grubunu 30, kontrol grubunu 30 bireyin temsil edeceği saptanmıştır (analizin gücü %63'tür).

Araştırma kapsamına giren denekler:

**Deney Grubu;** sınırlamalara uygun olarak seçilmiş, araştırmacı tarafından hazırlanmış kemoterapi ile kombine edilen tedavi prosedürünü (kemoterapi esnasında bir kulaklık aracılığı ile müzik dinleme) alacak olan hastalar oluşturmuştur.

**Kontrol Grubu;** sınırlamalara uygun olarak seçilmiş, araştırmacı tarafından hazırlanan kemoterapi ile kombine edilen tedavi prosedürünü (kemoterapi esnasında bir kulaklık aracılığı ile müzik dinleme) almayacak olan hastalar oluşturmuştur.

İki grup arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için "gruplar arası homojenite testi" yapılmıştır. Buna göre iki grup arasında yapılan ki-kare ( $\chi^2$ ) analizine göre, deney ve kontrol grubu hastalar ilk tanılarında ( $\chi^2 = 5$ ,  $SD= 4$ ,  $p>0.05$ ), yaş gruplarına ( $\chi^2 = 3.83$ ,  $SD= 4$ ,  $p>0.05$ ), cinsiyetlerine ( $\chi^2 = 1.4$ ,  $SD= 1$ ,

$p>0.05$ ), medeni durumlarına ( $x^2 = 3.4$ ,  $SD= 2$ ,  $p>0.05$ ), eğitim durumlarına ( $x^2= 3.8$ ,  $SD= 3$ ,  $p>0.05$ ), gelir düzeylerine ( $x^2 = 0.44$ ,  $SD= 2$ ,  $p>0.05$ ) ve en uzun süre yaşadığı yerleşim yerlerine ( $x^2= 1.9$ ,  $SD= 3$ ,  $p>0.05$ ) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular, her iki grubun birbirine benzer sosyodemografik özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

## 2.4. DEĞİŞKENLER

**Bağımlı Değişkenler:** Kemoterapi öncesi durumluk kaygı puan ortalaması, kanser semptomları envanteri puan ortalaması ve kemoterapi yan etkileri envanteri puan ortalaması.

**Bağımsız Değişkenler:** Müziğin kullanımı ve sürekli kaygı puan ortalamasıdır.



## 2.5.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

### 2.5.1.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında, veri toplama aracı olarak beş form kullanılmıştır. Bunlar; “Hasta Tanıtım Formu”, “Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri”, “Kanser Semptomları Envanteri”, “Kemoterapi Yan Etkileri Envanteri” ve “Tedavi Sürecini Değerlendirme Anketi’ dir”.

#### **Hasta Tanıtım Formu: ( EK-I )**

Araştırmacı tarafından geliştirilmiş, hastalara ilişkin bazı özellikleri (ilk tanısı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuğunun olup olmadığı, en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi, şu anda yaşadığı yerleşim birimi, kimlerle birlikte yaşadığı, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, sosyal güvencesi, yaşamı boyunca sigara kullanma durumu, eğer kullanıyor ise süresi, şu anda sigara kullanma durumu, eğer bıraktı ise süresi, yaşamı boyunca alkol yada bağımlılık yapıcı bir madde kullanma durumu, eğer kullanıyor ise süresi, şu anda alkol yada bağımlılık yapıcı bir madde kullanma durumu, eğer bıraktı ise süresi, müziğin yaşamındaki önemi, hastalandıktan sonra kendini rahatlatacak herhangi bir hobisinin olma durumu, oldu ise bu hobisinin ne olduğu ve bugünkü sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği) belirlemeyi amaçlayan, açık ve kapalı uçlu olarak hazırlanan, 24 sorudan oluşmaktadır.

EK-I’deki “Hasta Tanıtım Formu’nu”, deney ve kontrol grubu hastalar tedavi sürecine başlamadan önce doldurmuşlardır.

### **Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri: (EK-II )**

Durumluk - sürekli kaygı envanteri, araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hastaların ilk kemoterapi tedavileri öncesi ve sonrası, ikinci kemoterapi tedavileri sonrası ve üçüncü kemoterapi tedavileri sonrası kaygı düzeylerini ölçmek amacı ile kullanılmıştır.

**Genel Bilgi:** Asıl formu İngilizce (State- Trait Anxiety Inventory) olan durumluk-sürekli kaygı envanteri, Spielberger, R. L. Gorsuch ve R. E. Lushene tarafından geliştirilmiş ve Türkçe formuna N. Öner ve A. Le Compte tarafından uyarlanmıştır (53, 54).

Ölçtüğü davranış / nitelik ; durumluk ve sürekli kaygı düzeyleridir ve kağıt ve kalem testidir. Grup olarak uygulanabilir. 14 yaş ve üstü normaller ile, okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek kadar bilinci yerinde olan hastalara uygulanabilir, zaman sınırlaması yoktur (53, 54).

**Kapsamı:** Envanterin, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır:

- 1- Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.
- 2- Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler (53, 54).

**Materyali:** Her bir ölçek için ayrı soru formu ve cevap anahtarı vardır (53, 54).

**Uygulanışı:** Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçekte aynı zamanda uygulanabilir. Bu durumda önce durumluk kaygı ölçeği, sonra sürekli kaygı ölçeği verilmelidir. Nedeni, durumluk kaygı ölçeği, sınanma yada sınama koşulları ile ilgili tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duygusal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlı olduğundan, bireyin başlangıçtaki olumsuz

algılamalarına ifade olanağı vermesidir. Bu suretle anlık kaygı güvenilir bir düzeyde ölçülmüş olur (53, 54).

Envanter okuma yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında; maddeler uygulayıcı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulayıcı tarafından form üzerinde işaretlenir (53, 54).

**Yanıtlanması:** Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce yada davranışların şiddet derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok” ve “tamamiyle” şıklarından birinin seçilmesi; sürekli kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce yada davranışların sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çoğu zaman” ve “hemen her zaman” şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir (53, 54).

**Puanlanması:** Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren “ters” ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk kaygı ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), sürekli kaygı ölçeğinde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama iki şekilde yapılır (53, 54).

**1- Elle Puanlama:** Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer durumluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35’tir.

2- Bilgisayarla Puanlama: Büyük örneklem gruplarında, ölçeklerin puanlanması ve maddelerin temel istatistik işlemlerinin yapılması için bilgisayar programlarından yararlanılabilir.

**Puanların Yorumlanması:** Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirler (53, 54).

**Uygulayıcının Nitelikleri ve Eğitimi:** Testin kullanımı için özel bir eğitim gerekmez (53, 54).

### **Kanser Semptomları Envanteri: ( EK-III)**

Kanser semptomları envanteri, araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hastaların kemoterapi öncesi kansere bağlı gelişen sorunlarını belirlemek amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

**Genel Bilgi:** Envanter, 16 maddelik likert tipi bir envanter olup araştırmacı tarafından gerekli literatür taranarak geliştirilmiştir. Test bir kağıt- kalem testidir. Kanser hastalarının kansere bağlı olarak gelişebilecek, deneyimledikleri semptomları algılama derecelerini belirler (12, 28, 43, 60, 63, 68, 70).

**Uygulanışı ve Yanıtlanması:** Hasta bireyin, kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Envanterdeki her bir maddenin yanıtlanmasında, deneyimlenen problemin algılanma derecesine göre “1: Hiç”, “2: Biraz”, “3: Orta Derecede”, “4: Çok” ve “5:Şiddetli” şıklarından birinin işaretlenmesi istenir (60).

Envanter okuma yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında; maddeler uygulayıcı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulayıcı tarafından form üzerinde işaretlenir.

**Değerlendirilmesi:** Envanterden elde edilen toplam puan değeri 16 ile 80 arasında değişir. Büyük puan deneyimlenen yüksek yan etkileri , küçük puan düşük yan etkileri belirler.

#### **Kemoterapi Yan Etkileri Envanteri: (EK-IV)**

Kemoterapi yan etkileri envanteri, araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hastaların kemoterapi sonrası deneyimledikleri kemoterapi yan etkilerini belirlemek amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

**Genel Bilgi:** Envanter, 16 maddelik likert tipi bir envanter olup araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Test bir kağıt- kalem testidir. Kanseri hastalarının kemoterapi ile ilişkili olabilecek, deneyimledikleri semptomları algılama derecelerini belirler (12, 28, 43, 60, 63, 68, 70).

**Uygulanışı ve Yanıtlanması:** Hasta bireyin, kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanteredir. Envanterdeki her bir maddenin yanıtlanmasında, deneyimlenen problemin algılanma derecesine göre “1: Hiç”, “2: Biraz”, “3: Orta Derecede”, “4: Çok” ve “5:Şiddetli” şıklarından birinin işaretlenmesi istenir (60).

Envanter okuma yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında; maddeler uygulayıcı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulayıcı tarafından form üzerinde işaretlenir.

**Değerlendirilmesi:** Envanterden elde edilen toplam puan değeri 16 ile 80 arasında değişir. Büyük puan deneyimlenen yüksek yan etkileri , küçük puan düşük yan etkileri belirler.

### **Tedavi Sürecini Değerlendirme Anketi: ( EK-V )**

Tedavi sürecini değerlendirme anketi, araştırma kapsamına alınan deney grubu hastaların üçüncü kemoterapilerinden sonra, katılmış oldukları tedavi süreci hakkındaki geri bildirimlerini (katılmış oldukları tedavi sürecinin yararlı olup olmadığı, eğer yararlı oldu ise ne yönde bir yarar sağladığı, eğer yararlı olmadı ise nedenleri) belirlemek amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanmış 3 sorudan oluşmaktadır.

#### **2.5.2. MÜZİĞİN KULLANIMI**

Medikal Onkoloji Polikliniği' ne ve Dahiliye Ana Bilim Dalı içindeki özel tedavi odasına ilk kez kemoterapi almak için başvuran kanser hastaları ile kemoterapi tedavileri başlamadan önce görüşülüp, hastalar gerekli formları doldurduktan sonra kemoterapi ile kombine edilen tedavi sürecine girmeyi kabul eden deney grubu ve kabul etmeyen kontrol grubu kanser hastaları tedavi odalarına alınmıştır.

Deney grubu kanser hastalarına daha sonra damar yolu açıldıktan ve premedikasyonları (yaklaşık 10-15 dk.) bittikten sonra müziği dinletmeye başlamadan önce, hastalar rahat bir pozisyon almaları, rahatlamaları, müziği dinlemeleri ve kemoterapinin amacına ulaştığını hayal etmeleri konusunda cesaretlendirildi ve hastalardan bütün dikkatlerini müziğe vermeleri, dikkatleri dağılınca derin nefes alıp vermeleri istendi. Hastalara arzu ederlerse müziğin sesini açıp kapayabilecekleri, müziği durdurabilecekleri, ara verebilecekleri ve tekrar dinlemeye başlayabilecekleri söylendi. Daha sonra deney grubu kanser hastalarına kemoterapi tedavileri boyunca bir kulaklık aracılığı ile iletilen önceden seçilmiş müzik dinletildi. Kulaklıklar odaklanmayı sürdürmede ve konu dışı olan sesleri (dışarıdan gelen ve dikkatin dağılmasına neden

olan) engellemek için kullanılmıştır. Konu dışı sesler dikkatin dağılmasına neden olacaktır. Kulaklıklar bir başka hasta için kullanılmadan önce %70' lik alkollü pamukla dezenfekte edilmiştir. Bu araştırma için seçilen müzik, Dr. Psk. Gonca Boyacıoğlu, Uzm. Psk. Elif Kabakçı tarafından hazırlanmış, Türk Psikologlar Derneği tarafından onaylanan 40 dk'lık bir müzik kasetidir. Müzik ile kombine edilen tedavi sürecinin bitiminde deney grubu kanser hastaları gerekli formları doldurduktan sonra, hastalardan bir sonraki randevu tarihi alınmıştır. Hastaların takip eden ilk üç kemoterapileri boyunca devam edecek olan tedavi sürecinde aynı tedavi prosedürü ve aynı müzik kullanılmıştır.

Kontrol grubu kanser hastaları, kemoterapi ile kombine edilen tedavi prosedürünü almamıştır ancak kontrol grubu hastalar ile takip eden ilk üç kemoterapileri boyunca görüşülmüştür.

Ayrıca deney grubu hastalar arzu ederlerse diğer kemoterapileri süresince müziği kullanmaya devam edebilecekleri (üç hasta tedavi sonuna kadar- 5seans- devam etmiştir) ve kontrol grubu hastalara çalışmanın bitiminde, müziği kullanmaya başlayabilecekleri bildirilmiştir.

### **2.5.3.VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GÜVENİRLİĞİ**

Durumluk - Sürekli Kaygı Envanterinin bu araştırma için güvenilirliğini sınamak için, Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır. Sürekli Kaygı Envanterinin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı; deney grubu hastalar için  $r = 0.82$ , kontrol grubu hastalar için  $r = 0.82$ , her iki grup için (deney ve kontrol grubu)  $r = 0.81$  olarak bulunmuştur. Durumluk Kaygı Envanterinin (ilk kemoterapi öncesi) Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı; deney grubu hastalar için  $r = 0.85$ , kontrol grubu

hastalar için  $r = 0.88$ , her iki grup için (deney ve kontrol grubu)  $r = 0.87$  olarak bulunmuştur (EK-II).

Kanser Semptomları Envanterinin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı; deney grubu hastalar için  $r = 0.56$ , kontrol grubu hastalar için  $r = 0.59$ , her iki grup için (deney ve kontrol grubu)  $r = 0.60$  olarak bulunmuştur (EK- III).

Kemoterapi Yan Etkileri Envanterinin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı; deney grubu hastalar için  $r = 0.68$ , kontrol grubu hastalar için  $r = 0.60$ , her iki grup için (deney ve kontrol grubu)  $r = 0.66$  olarak bulunmuştur (EK- IV).

Araştırmada kullanılan formların (EK II, EK III, EK IV) iç tutarlılık katsayılarının yüksek olması, güvenle kullanılabileceği yönünde fikir vermektedir.

#### **2.5.4. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI**

Araştırma, gerekli izinler alındıktan sonra Ege Üniversitesi Onkoloji Bilim Dalı, Medikal Onkoloji Polikliniği ve Dahiliye Ana Bilim Dalı içinde bulunan özel tedavi odasında ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarına uygulanmıştır. Veriler EK-I, EK-II, EK-III, EK-IV ve EK-V'teki anket formları ve planlanan tedavi prosedürü uygulanarak toplanmıştır.

#### **2.6. VERİLERİN ANALİZİ**

EK-I, EK-II, EK-III, EK-IV ve EK-V ile elde edilen veriler araştırmacı tarafından değerlendirilerek kodlanıp, min-max ve tutarlılık kontrolleri yapılmıştır. Veriler SPSS 10.0 for Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.



Araştırma bulgularının analizinde:

- 1-) Hastalara ilişkin özel tanıtıcı bilgiler sayı ve % ile gösterilmiştir. İki grup arasındaki fark için ki- kare testi kullanılmıştır.
- 2-) Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları hesaplanmıştır.
- 3-) Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları hesaplanmıştır.
- 4-) Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi öncesi ve sonrası saptanan durumluk kaygı puan ortalamaları tekrarlanan ölçümler için ANOVA testi ile karşılaştırılmıştır.
- 5-) Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi sonrası saptanan durumluk kaygı puan ortalamaları tekrarlanan ölçümler için ANOVA testi ile karşılaştırılmıştır.
- 6-) Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi öncesi kanser semptomları puan ortalamaları hesaplanmıştır.
- 7-) Deney ve kontrol grubu hastaların tedavi sonrası kemoterapi yan etkileri puan ortalamaları hesaplanmıştır.
- 8-) Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamaları tekrarlanan ölçümler için ANOVA testi ile karşılaştırılmıştır.
- 9-) Deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki ilişki SPERMAN SIRA KORELASYON analizi ile incelenmiştir.
- 10-) Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamaları arasındaki ilişki SPERMAN SIRA KORELASYON analizi ile incelenmiştir.

## **2.7. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ VE OLANAKLARI**

Araştırma konusunun seçimi, planlanması ve öneri şeklinde hazırlanması 01.10.2001 - 09.01.2003 tarihleri arasında yapılmış olup, 13.01.2003' de Tez Öneri Komitesi tarafından yüksek lisans tezi olarak hazırlanması kabul edilmiştir. 01.02.2003 – 30.06.2003 tarihleri arasında araştırma verileri toplanmıştır. Değerlendirme çalışmaları yürütüldükten sonra araştırma raporu yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

## **2.8. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ**

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulu'ndan ve Dahiliye Ana Bilim Dalı yöneticilerinden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmaları konusundaki istekleri göz önünde bulundurulmuş ve hastalardan izin alınmıştır.

## **2.9. ARAŞTIRMAYA SAĞLANAN DESTEK**

Araştırma 14.07.2003 tarihinde E.Ü. Araştırma Fonu Yönetim Kurulu kararı ile 03/HYO/008 nolu araştırma projesi olarak kabul edilmiştir.

## BÖLÜM III

### BULGULAR

#### 3.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

**Tablo 1: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

| Yaş Grubu     | Deney     |              | Kontrol   |              | Toplam    |              |
|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|               | Sayı      | %            | Sayı      | %            | Sayı      | %            |
| 20 – 29       | 2         | 6.6          | 0         | 0            | 2         | 3.3          |
| 30 – 39       | 5         | 16.7         | 3         | 10.0         | 8         | 13.3         |
| 40 – 49       | 5         | 16.7         | 5         | 16.6         | 10        | 16.7         |
| 50 – 59       | 14        | 46.7         | 14        | 46.7         | 28        | 46.7         |
| 60 ve üstü    | 4         | 13.3         | 8         | 26.7         | 12        | 20.0         |
| <b>Toplam</b> | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>60</b> | <b>100.0</b> |

Tablo 1’ de araştırma kapsamına giren deney grubu hastaların %46.7’ si 50-59, %16.7’ si 30-39, %16.7’ si 40-49, %13.3’ ü 60 ve üstü, %6.6’ sı 20-29 yaş grubunda yer almaktadır. Kontrol grubu hastaların %46.7’ si 50-59, %26.7’ si 60 ve üstü, %16.6’ sı 40-49, %10.0’ u 30-39 yaş grubunda yer almaktadır.

Deney ve kontrol grubu hastaların %46.7’ si 50-59, %20.0’ si 60 ve üstü, %16.7’ si 40-49, %13.3’ ü 30-39, %3.3’ ü 20-29 yaş grubunda yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması  $X= 52.02 \pm 11.45$  olarak saptanmıştır.

**Tablo 2: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı**

| Cinsiyet      | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|---------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|               | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Kadın         | 24    | 80.0  | 20      | 66.7  | 44     | 73.3  |
| Erkek         | 6     | 20.0  | 10      | 33.3  | 16     | 26.7  |
| <b>Toplam</b> | 30    | 100.0 | 30      | 100.0 | 60     | 100.0 |

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 2’ de görülmektedir. Deney grubu hastaların %80.0’ inin kadın, %20.0’ sinin erkek, kontrol grubu hastaların %66.7’ sinin kadın, %33.3’ ünün erkek, deney ve kontrol grubu hastaların %73.3’ ünün kadın, %26.7’ sinin erkek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı**

| Medeni Durum                   | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|--------------------------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|                                | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Evli                           | 21    | 70.0  | 26      | 86.7  | 47     | 78.4  |
| Bekar                          | 2     | 6.7   | 0       | 0     | 2      | 3.3   |
| Dul, Boşanmış,<br>Ayrı Yaşıyor | 7     | 23.3  | 4       | 13.3  | 11     | 18.3  |
| <b>Toplam</b>                  | 30    | 100.0 | 30      | 100.0 | 60     | 100.0 |

Tablo 3’ de araştırma kapsamına giren deney grubu hastaların %70.0’ inin evli, %23.3’ ünün dul, boşanmış, ayrı yaşıyor, %6.7’ sinin bekar olduğu, kontrol grubu hastaların %86.7’ sinin evli, %13.3’ ünün dul, boşanmış, ayrı yaşıyor olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastaların %78.4’ ünün evli, %18.3’ ünün dul, boşanmış, ayrı yaşıyor, %3.3’ ünün bekar olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı**

| Eğitim Durumu       | Deney     |              | Kontrol   |              | Toplam    |              |
|---------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|                     | Sayı      | %            | Sayı      | %            | Sayı      | %            |
| Okur Yazar Değil    | 0         | 0            | 1         | 3.3          | 1         | 1.7          |
| Okur Yazar/ İlkokul | 4         | 13.3         | 9         | 30.0         | 13        | 21.7         |
| Ortaokul/ Lise      | 16        | 53.4         | 13        | 43.4         | 29        | 48.3         |
| Yüksekokul/ Fakülte | 10        | 33.3         | 7         | 23.3         | 17        | 28.3         |
| <b>Toplam</b>       | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>60</b> | <b>100.0</b> |

Tablo 4' te hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, deney grubu hastaların %53.4' ünün ortaokul/ lise, %33.3' ünün yüksekokul/ fakülte, %13.3' ünün okur yazar/ ilkokul mezunu olduğu, kontrol grubu hastaların ise; %43.4' ünün ortaokul/ lise, %30.0' unun okur yazar/ ilkokul, %23.3' ünün yüksekokul/ fakülte mezunu olduğu, %3.3' ünün okur yazar olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastaların %48.3' ünün ortaokul/ lise, %28.3' ünün yüksekokul/ fakülte, %21.7' sinin okur yazar/ ilkokul mezunu olduğu, %1.7' sinin okur yazar olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 5: Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı**

| Meslek Grubu  | Deney     |              | Kontrol   |              | Toplam    |              |
|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|               | Sayı      | %            | Sayı      | %            | Sayı      | %            |
| İşçi          | 1         | 3.3          | 0         | 0            | 1         | 1.7          |
| Memur         | 2         | 6.7          | 1         | 3.3          | 3         | 5.0          |
| Serbest       | 1         | 3.3          | 1         | 3.3          | 2         | 3.3          |
| Emekli        | 14        | 46.7         | 15        | 50.1         | 29        | 48.3         |
| Diğer         | 12        | 40.0         | 13        | 43.3         | 25        | 41.7         |
| <b>Toplam</b> | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>60</b> | <b>100.0</b> |

Tablo 5' de araştırma kapsamına giren hastaların mesleklerine göre dağılımı incelenmektedir. Deney grubu hastaların %46.7' sinin emekli, %40.0' ının diğer (öğrenci, ev hanımı), %6.7' sinin memur, %3.3' ünün işçi, % 3.3' ünün serbest meslek grubunda olduğu, kontrol grubu hastaların ise; %50.1' inin emekli, %43.3' ünün diğer (çiftçi, ev hanımı), %3.3' ünün memur, % 3.3' ünün serbest meslek grubunda olduğu belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastaların %48.3' ünün emekli, %41.7' sinin diğer (öğrenci, ev hanımı, çiftçi), %5.0' inin memur, % 3.3' ünün serbest, %1.7' sinin işçi olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 6: Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı**

| Gelir Durumu         | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|----------------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|                      | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Gelir – Giderden Az  | 6     | 20.0  | 7       | 23.3  | 13     | 21.7  |
| Gelir– Giderle Denk  | 17    | 56.7  | 18      | 60.0  | 35     | 58.3  |
| Gelir–Giderden Fazla | 7     | 23.3  | 5       | 16.7  | 12     | 20.0  |
| <b>Toplam</b>        | 30    | 100.0 | 30      | 100.0 | 60     | 100.0 |

Tablo 6' da hastaların gelir düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, deney grubu hastaların %56.7' sinin geliri-giderle denk, %23.3' ünün geliri-giderden fazla, %20.0' sinin geliri-giderden az olarak, kontrol grubu hastaların %60.0' ının geliri-giderle denk, %23.3' ünün geliri-giderden az, %16.7' sinin geliri-giderden fazla olarak saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastaların %58.3' ünün geliri-giderle denk, %21.7' sinin geliri-giderden az, %20.0' sinin geliri-giderden fazla olarak saptanmıştır.

**Tablo 7: Hastaların En Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Birimine Göre Dağılımı**

| Yerleşim Birimi   | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|-------------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|                   | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Köy               | 1     | 3.3   | 2       | 6.7   | 3      | 5.0   |
| Kasaba/ İlçe      | 6     | 20.0  | 9       | 30.0  | 15     | 25.0  |
| Şehir/Büyük şehir | 23    | 76.7  | 19      | 63.3  | 42     | 70.0  |
| <b>Toplam</b>     | 30    | 100.0 | 30      | 100.0 | 60     | 100.0 |

Tablo 7' de hastaların en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi incelendiğinde, deney grubu hastaların %76.7' sinin şehir/ büyük şehirde, %20.0' sinin kasaba/ ilçede, %3.3' ünün köyde yaşadığı, kontrol grubu hastaların ise; %63.3' ünün şehir/ büyük şehirde, %30.0' unun kasaba/ ilçede, %6.7' sinin köyde yaşadığı belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastaların %70.0' inin şehir/ büyük şehirde, %25.0' inin kasaba/ ilçede, %5.0' inin köyde yaşadığı belirlenmiştir.

**Tablo 8: Hastaların Şu Anda Yaşadıkları Yerleşim Birimine Göre Dağılımı**

| Yerleşim Birimi    | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|--------------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|                    | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Köy                | 1     | 3.3   | 2       | 6.7   | 3      | 5.0   |
| Kasaba/ İlçe       | 6     | 20.0  | 9       | 30.0  | 15     | 25.0  |
| Şehir/ Büyük şehir | 23    | 76.7  | 19      | 63.3  | 42     | 70.0  |
| <b>Toplam</b>      | 30    | 100.0 | 30      | 100.0 | 60     | 100.0 |

Tablo 8' de araştırma kapsamına giren hastaların şu anda yaşadıkları yerleşim birimine göre dağılımı incelendiğinde, deney grubu hastaların %76.7' sinin şehir/ büyük şehirde, %20.0' sinin kasaba/ ilçede, %3.3' ünün köyde yaşadığı, kontrol grubu hastaların %63.3' ünün şehir/ büyük şehirde, %30.0' unun kasaba/ ilçede, %6.7' sinin köyde yaşadığı belirlenmiştir.



Deney ve kontrol grubu hastaların %70.0' inin şehir/ büyük şehirde, %25.0' inin kasaba/ ilçede, %5.0' inin köyde yaşadığı belirlenmiştir.

**Tablo 9: Hastaların Aile Tiplerine Göre Dağılımı**

| Aile Tipi     | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|---------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|               | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Yalnız        | 3     | 10.0  | 0       | 0     | 3      | 5.0   |
| Çekirdek      | 21    | 70.0  | 25      | 83.3  | 46     | 76.7  |
| Geniş         | 1     | 3.3   | 2       | 6.7   | 3      | 5.0   |
| Parçalanmış   | 5     | 16.7  | 3       | 10.0  | 8      | 13.3  |
| <b>Toplam</b> | 30    | 100.0 | 30      | 100.0 | 60     | 100.0 |

Araştırma kapsamına giren hastaların aile tiplerine göre dağılımı Tablo 9' da incelenmektedir. Deney grubu hastaların %70.0' inin çekirdek aile, %16.7' sinin parçalanmış aile, %10.0' unun yalnız, %3.3' ünün geniş aile, kontrol grubu hastaların büyük bir çoğunluğunun (%83.3) çekirdek aile, %10.0' unun parçalanmış aile, %6.7' sinin geniş aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastaların %76.7' sinin çekirdek aile, %13.3' ünün parçalanmış aile, %5.0' inin yalnız, %5.0' inin geniş aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır.

**Tablo 10: Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı**

| Sosyal Güvence | Deney     |              | Kontrol   |              | Toplam    |              |
|----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|                | Sayı      | %            | Sayı      | %            | Sayı      | %            |
| Yok            | 1         | 3.3          | 0         | 0            | 1         | 1.7          |
| Bağ-kur        | 3         | 10.0         | 6         | 20.0         | 9         | 15.0         |
| SSK            | 5         | 16.7         | 6         | 20.0         | 11        | 18.3         |
| Emekli Sandığı | 21        | 70.0         | 18        | 60.0         | 39        | 65.0         |
| <b>Toplam</b>  | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>60</b> | <b>100.0</b> |

Hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı Tablo 10' da incelenmektedir. Deney grubu hastaların sosyal güvencelerinin %70.0' inin emekli sandığı, %16.7' sinin SSK, %10.0' unun bağ-kur olduğu, %3.3' ünün sosyal güvencesinin olmadığı, kontrol grubu hastaların %60.0' inin emekli sandığı, %20.0' sinin SSK, %20.0' sinin bağ-kur olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastaların sosyal güvencelerinin %65.0' inin emekli sandığı, %18.3' ünün SSK, %15.0' inin bağ-kur olduğu, %1.7' sinin sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 11: Hastaların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı**

| Çocuk Sayısı     | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|------------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|                  | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Yok              | 6     | 20.0  | 0       | 0     | 6      | 10.0  |
| Bir              | 6     | 20.0  | 2       | 6.7   | 8      | 13.3  |
| İki              | 13    | 43.3  | 15      | 50.0  | 28     | 46.7  |
| Üç ve Daha Fazla | 5     | 16.7  | 13      | 43.3  | 18     | 30.0  |
| <b>Toplam</b>    | 30    | 100.0 | 30      | 100.0 | 60     | 100.0 |

Hastaların çocuk sayılarına göre dağılımı Tablo 11’ de gösterilmektedir. Deney grubu hastaların %43.3’ ünün iki çocuğunun, %20.0’ sinin bir çocuğunun, %20.0’ sinin çocuğunun olmadığı, %16.7’ sinin üç ve daha fazla çocuğunun olduğu, kontrol grubu hastaların %50.0’ sinin iki çocuğunun, %43.3’ ünün üç ve daha fazla çocuğunun, %6.7’ sinin bir çocuğunun olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastaların %46.7’ sinin iki çocuğunun, %30.0’ unun üç ve daha fazla çocuğunun, %13.3’ ünün bir çocuğunun olduğu, %10.0’ unun çocuğunun olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 12: Hastaların Yaşamları Boyunca Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı**

| Sigara Kullanma Durumu | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|------------------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|                        | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Evet                   | 18    | 60.0  | 8       | 26.7  | 26     | 43.3  |
| Hayır                  | 12    | 40.0  | 22      | 73.3  | 34     | 56.7  |
| <b>Toplam</b>          | 30    | 100.0 | 30      | 100.0 | 60     | 100.0 |

Tablo 12’de araştırma kapsamına giren hastaların yaşamları boyunca sigara kullanma durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Deney grubu hastaların %60.0’ ının sigara kullandığı, %40.0’ ının sigara kullanmadığı, kontrol grubu hastaların %73.3’ ünün sigara kullanmadığı, %26.7’ sinin sigara kullandığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastaların %56.7' sinin sigara kullanmadığı, %43.3' ünün sigara kullandığı saptanmıştır.

**Tablo 13: Sigara Kullanan Hastaların Sigarayı Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı**

| Sigarayı Kullanma Süresi | Deney     |              | Kontrol  |              | Toplam    |              |
|--------------------------|-----------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|
|                          | Sayı      | %            | Sayı     | %            | Sayı      | %            |
| 2 – 11 yıl               | 4         | 22.2         | 0        | 0            | 4         | 15.4         |
| 12 – 21 yıl              | 7         | 38.9         | 0        | 0            | 7         | 26.9         |
| 22 – 31 yıl              | 5         | 27.8         | 5        | 62.5         | 10        | 38.5         |
| 32 – 41 yıl              | 2         | 11.1         | 1        | 12.5         | 3         | 11.5         |
| 42 yıl ve Üstü           | 0         | 0            | 2        | 25.0         | 2         | 7.7          |
| <b>Toplam</b>            | <b>18</b> | <b>100.0</b> | <b>8</b> | <b>100.0</b> | <b>26</b> | <b>100.0</b> |

Tablo 13' de sigara kullanan hastaların sigarayı kullanma sürelerine göre dağılımı görülmektedir. Deney grubu hastaların %38.9' unun sigarayı 12-21 yıl, %27.8' inin 22-31 yıl, %22.2' sinin 2-11 yıl, %11.1' inin 32- 41 yıl kullandığı, kontrol grubu hastaların %62.5' inin sigarayı 22-31 yıl, %25.0' inin 42 yıl ve üstü, %12.5' inin 32-41 yıl kullandığı belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastaların %38.5' inin sigarayı 22-31 yıl, %26.9' unun 12-21 yıl, %15.4' ünün 2-11 yıl, %11.5' inin 32-41 yıl, %7.7' sinin 42 yıl ve üstü kullandığı belirlenmiştir.

**Tablo 14: Hastaların Şu Anda Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı**

| Sigara Kullanma Durumu | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|------------------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|                        | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Evet                   | 7     | 38.9  | 4       | 50.0  | 11     | 42.3  |
| Hayır                  | 11    | 61.1  | 4       | 50.0  | 15     | 57.7  |
| <b>Toplam</b>          | 18    | 100.0 | 8       | 100.0 | 26     | 100.0 |

Hastaların şu anda sigara kullanma durumlarına göre dağılımı Tablo 14’ de görülmektedir. Deney grubu hastaların %61.1’ inin sigarayı bıraktığı, %38.9’ unun sigarayı kullanmaya devam ettiği, kontrol grubu hastaların %50.0’ sinin sigarayı bıraktığı, %50.0’ sinin ise sigarayı kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastaların %57.7’ sinin sigarayı bıraktığı, %42.3’ ünün sigarayı kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir.

**Tablo 15: Hastaların Sigarayı Bırakma Sürelerine Göre Dağılımı**

| Sigarayı Bırakma Süresi | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|-------------------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|                         | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| 30 Günden Az            | 2     | 18.2  | 1       | 25.0  | 3      | 20.0  |
| 1 – 6 Ay                | 5     | 45.4  | 1       | 25.0  | 6      | 40.0  |
| 7 – 12 Ay               | 2     | 18.2  | 1       | 25.0  | 3      | 20.0  |
| 6 – 10 Yıl              | 0     | 0     | 1       | 25.0  | 1      | 6.7   |
| 11 Yıl ve Üstü          | 2     | 18.2  | 0       | 0     | 2      | 13.3  |
| <b>Toplam</b>           | 11    | 100.0 | 4       | 100.0 | 15     | 100.0 |

Hastaların sigarayı bırakma sürelerine göre dağılımı Tablo 15’ de görülmektedir. Deney grubu hastaların %45.4’ ünün sigarayı bırakalı 1-6 ay arası, %18.2’ sinin 30 günde az, %18.2’ sinin 7-12 ay arası, %18.2’ sinin 11 yıl ve üstü olduğu, kontrol grubu hastaların ise; % 25.0’ inin sigarayı bırakalı 30 günde az, %25.0’ inin 1-6 ay arası, %25.0’ inin 7-12 ay arası, %25.0’ inin 6-10 yıl arası olduğu belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastaların %40.0' inin 1-6 ay arası, %20.0' sinin 7-12 ay arası, %20.0' sinin 30 günde az, %13.3' ünün 11 yıl ve üstü, %6.7' sinin 6-10 yıl arası olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 16: Hastaların Alkol yada Bağımlılık Yapıcı Bir Madde Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı**

| Alkol/ Madde Kullanma Durumu | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|------------------------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|                              | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Evet                         | 2     | 6.7   | 2       | 6.7   | 4      | 6.7   |
| Hayır                        | 28    | 93.3  | 28      | 93.3  | 56     | 93.3  |
| <b>Toplam</b>                | 30    | 100.0 | 30      | 100.0 | 60     | 100.0 |

Tablo 16' da araştırma kapsamına giren hastaların alkol yada bağımlılık yapıcı bir madde kullanma durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Deney ve kontrol grubu hastaların büyük bir çoğunluğunun (%93.3) alkol yada bağımlılık yapıcı bir madde kullanmadığı, deney (2 hasta) ve kontrol (2 hasta) grubu hastaların %6.7'sinin alkol kullandığı saptanmıştır.

Alkol kullanan deney grubu 2 hastanın %50.0' sinin alkolü 10 yıldır, % 50.0'sinin de 25 yıldır kullandığı, kontrol grubu 2 hastanın ise; alkolü %50.0' sinin 20 yıldır, %50.0' sinin de 25 yıldır kullandığı saptanmıştır.

Hastaların şu anda alkol kullanma durumlarına bakıldığında deney (2 hasta) ve kontrol (2 hasta) grubu hastaların %100.0' ünün alkolü bıraktıkları, deney grubu hastaların %50'sinin alkolü 2 aydır, %50.0'sinin de 7 aydır bıraktığı, kontrol grubunun ise %50.0'sinin alkolü 4 aydır, %50.0' sinin de 3 yıldır bıraktığı saptanmıştır.

### 3.2. HASTALARIN HOBİLERİNİN İNCELENMESİ

**Tablo 17: Müziğin Hastaların Yaşamındaki Önemine Göre Dağılımı**

| Müziğin Önemi | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|---------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|               | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Biraz Önemli  | 11    | 36.7  | 27      | 90.0  | 38     | 63.3  |
| Çok Önemli    | 19    | 63.3  | 3       | 10.0  | 22     | 36.7  |
| <b>Toplam</b> | 30    | 100.0 | 30      | 100.0 | 60     | 100.0 |

Müziğin hastaların yaşamındaki önemine göre dağılımı Tablo 17’ de görülmektedir. Deney grubu hastaların %63.3’ ünün müziği çok önemli, %36.7’sinin biraz önemli bulduğu, kontrol grubu hastaların büyük bir çoğunluğunun (%90.0) müziği biraz önemli, %10.0’ unun çok önemli bulduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastaların %63.3’ ünün müziği biraz önemli, %36.7’ sinin çok önemli bulduğu saptanmıştır.

**Tablo 18: Hastaların Hastalandıktan Sonra Hobilerinin Olma Durumlarına Göre Dağılımı**

| Hobi Olma Durumu | Deney |       | Kontrol |       | Toplam |       |
|------------------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
|                  | Sayı  | %     | Sayı    | %     | Sayı   | %     |
| Evet             | 5     | 16.7  | 3       | 10.0  | 8      | 13.3  |
| Hayır            | 25    | 83.3  | 27      | 90.0  | 52     | 86.7  |
| <b>Toplam</b>    | 30    | 100.0 | 30      | 100.0 | 60     | 100.0 |

Hastaların hastalandıktan sonra hobilerinin olma durumlarına göre dağılımı Tablo 18’de görülmektedir. Deney grubu hastaların %83.3’ ünün bir hobisinin olmadığı, %16.7’ sinin bir hobisinin olduğu, kontrol grubu hastaların %90.0’ ının bir hobisinin olmadığı, %10.0’ unun bir hobisinin olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastaların %86.7' sinin bir hobisinin olmadığı, %13.3' ünün bir hobisinin olduğu saptanmıştır.

**Tablo 19: Hastaların Hobilerine Göre Dağılımı**

| Hobi           | Deney    |              | Kontrol  |              | Toplam   |              |
|----------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|
|                | Sayı     | %            | Sayı     | %            | Sayı     | %            |
| Müzik Dinlemek | 3        | 60.0         | 0        | 0            | 3        | 37.5         |
| Ahşap Boyama   | 1        | 20.0         | 0        | 0            | 1        | 12.5         |
| Örgü Örmek     | 0        | 0            | 2        | 66.7         | 2        | 25.0         |
| Yoga           | 1        | 20.0         | 0        | 0            | 1        | 12.5         |
| Diğer          | 0        | 0            | 1        | 33.3         | 1        | 12.5         |
| <b>Toplam</b>  | <b>5</b> | <b>100.0</b> | <b>3</b> | <b>100.0</b> | <b>8</b> | <b>100.0</b> |

Tablo 19' da hastaların hobilerine göre dağılımı incelendiğinde, deney grubu hastaların %60.0'ının kendilerini rahatlatmak için müzik dinlediği, %20.0' sinin ahşap boyadığı, %20.0' sinin yoga yaptığı, kontrol grubu hastaların %66.7' sinin örgü ördüğü, %33.3' ünün diğer (hayal kurmayı hobi olarak kullandıkları) olduğu belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastaların %37.5' inin kendilerini rahatlatmak için müzik dinlediği, %25.0' inin örgü ördüğü, %12.5' inin ahşap boyadığı, %12.5' inin yoga yaptığı, %12.5' inin diğer (hayal kurmayı hobi olarak kullandıkları) olduğu belirlenmiştir.



### 3.3. HASTALARIN TANILARININ VE SAĞLIK DURUMLARINI ALGILAMALARININ İNCELENMESİ

**Tablo 20: Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı**

| Tanı                  | Deney     |              | Kontrol   |              | Toplam    |              |
|-----------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|                       | Sayı      | %            | Sayı      | %            | Sayı      | %            |
| Gastrointestinal      | 4         | 13.3         | 7         | 23.3         | 11        | 18.3         |
| Genitoüriner          | 1         | 3.3          | 0         | 0            | 1         | 1.7          |
| Akciğer               | 1         | 3.3          | 4         | 13.3         | 5         | 8.3          |
| Yumuşak Doku ve Kemik | 7         | 23.3         | 8         | 26.7         | 15        | 25.0         |
| Meme                  | 17        | 56.8         | 11        | 36.7         | 28        | 46.7         |
| <b>Toplam</b>         | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>60</b> | <b>100.0</b> |

Tablo 20’de araştırma kapsamına alınan deney grubu hastaların %56.8’ ini meme kanseri 17 kişi, %23.3’ ünü yumuşak doku ve kemik kanseri (cilt 1 kişi, malign melanom 2 kişi, leyomyosarkom 1 kişi, oligodendrogliom 1 kişi, hocking lenfoma 1 kişi, non hocking lenfoma 1 kişi) 7 kişi, %13.3’ünü gastrointestinal sistem kanseri (mide 2 kişi, kolon 1 kişi, rektum 1 kişi) 4 kişi, %3.3’ ünü genitoüriner sistem kanseri (mesane 1 kişi) 1 kişi, %3.3 ‘ünü akciğer kanseri 1 kişi oluşturmaktadır.

Kontrol grubundaki hastaların % 36.7’ sini meme kanseri 11 kişi, %26.7’ sini yumuşak doku ve kemik kanseri (cilt 1 kişi, malign melanom 1 kişi, hocking lenfoma 5 kişi, non honking lenfoma 1 kişi) 8 kişi, %23.3’ ünü gastrointestinal sistem kanseri (mide 3 kişi, kolon 3 kişi, rektum 1 kişi) 7 kişi, %13.3’ ünü akciğer kanseri 4 kişi oluşturmaktadır.

Deney ve kontrol grubu hastaların, % 46.7' sini meme kanseri 28 kişi, %25.0'ini yumuşak doku ve kemik kanseri (cilt 2 kişi, malign melanom 3 kişi, hocking lenfoma 6 kişi, non honking lenfoma 2 kişi, leyomiyosarkom 1 kişi, oligodendrogliom 1 kişi) 15 kişi, %18.3'ünü gastrointestinal sistem kanseri (mide 5 kişi, kolon 4 kişi, rektum 2 kişi) 11 kişi, %8.3' ünü akciğer kanseri 5 kişi, %1.7' sini genitoüriner sistem kanseri (mesane 1 kişi) 1 kişi oluşturmaktadır.

**Tablo 21: Hastaların Bugünkü Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Dağılımı**

| Sağlık Durumu | Deney     |              | Kontrol   |              | Toplam    |              |
|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|               | Sayı      | %            | Sayı      | %            | Sayı      | %            |
| Çok Kötü      | 1         | 3.3          | 0         | 0            | 1         | 1.7          |
| Kötü          | 0         | 0            | 2         | 6.7          | 2         | 3.3          |
| Orta          | 12        | 40.0         | 12        | 40.0         | 24        | 40.0         |
| İyi           | 11        | 36.7         | 16        | 53.3         | 27        | 45.0         |
| Çok İyi       | 6         | 20.0         | 0         | 0            | 6         | 10.0         |
| <b>Toplam</b> | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>30</b> | <b>100.0</b> | <b>60</b> | <b>100.0</b> |

Tablo 21' de hastaların bugünkü sağlık durumlarını algılamalarına göre dağılımı görülmektedir. Deney grubu hastaların %40.0' inin sağlık durumunu orta, %36.7' sinin iyi, %20.0' sinin çok iyi, %3.3' ünün çok kötü olarak değerlendirdiği, kontrol grubu hastaların %53.3' ünün sağlık durumunu iyi, %40.0'inin orta, %6.7' sinin kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastaların %45.0' inin sağlık durumunu iyi, %40.0'inin orta, %10.0' unun çok iyi, %3.3' ünün kötü, %1.7' sinin çok kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

### 3.4. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTALARIN DURUMLUK – SÜREKLİ KAYGI PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

**Tablo 22: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı**

| Durumluk Kaygı   | Deney |       |     | Kontrol |       |     |
|------------------|-------|-------|-----|---------|-------|-----|
|                  | N     | X     | Ss  | N       | X     | Ss  |
| Önce Durumluk    | 30    | 42.3  | 7.4 | 30      | 40.83 | 8.1 |
| Sonra Durumluk 1 | 30    | 34.33 | 6   | 30      | 42.1  | 6.6 |
| Sonra Durumluk 2 | 30    | 32    | 5   | 30      | 41.1  | 5.3 |
| Sonra Durumluk 3 | 30    | 28    | 3.1 | 30      | 42    | 6.2 |

Tablo 22' de deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, deney grubu hastaların ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları  $X = 42.3 \pm 7.4$ , sonrası  $X = 34.33 \pm 6$ , ikinci kemoterapi sonrası  $X=32 \pm 5$ , üçüncü kemoterapi sonrası  $X = 28 \pm 3.1$  olarak saptanmıştır.

Kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının dağılımı ise; hastaların ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları  $X = 40.83 \pm 8.1$ , sonrası  $X = 42.1 \pm 6.6$ , ikinci kemoterapi sonrası  $X = 41.1 \pm 5.3$ , üçüncü kemoterapi sonrası  $X = 42 \pm 6.2$  olarak saptanmıştır.

**Tablo 23: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Varyasyon Kaynağı | Kareler Toplamı | SD  | Kareler Ortalaması | F     | p     |
|-------------------|-----------------|-----|--------------------|-------|-------|
| Süre              | 1552.65         | 3   | 517.55             | 39.53 | 0.000 |
| Süre * Grup       | 1908.75         | 3   | 636.25             | 48.60 | 0.000 |
| Hata 1            | 2277.86         | 174 | 13.1               |       |       |

|        |         |    |         |       |       |
|--------|---------|----|---------|-------|-------|
| Grup   | 3307.84 | 1  | 3307.84 | 30.11 | 0.000 |
| Hata 2 | 6372.31 | 58 | 109.87  |       |       |

Tablo 23' te deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları arasında yapılan tekrarlı ölçümler için VARYANS ANALİZİNE (Repeated Measure ANOVA) göre dört ölçüm zamanı arasında durumluk kaygı düzeylerindeki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F= 39.53$ ,  $p<0.001$ ), ölçüm zamanlarında durumluk kaygıda oluşan farklılıklar iki grupta benzer bulunmamıştır (deney grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ile müziğin etkileşimi anlamlı bulunmuştur) ( $F=48.6$ ,  $p<0.001$ ), iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=30.11$ ,  $p<0.001$ ). Deney ve kontrol grubu arasındaki farkın neden kaynaklandığını araştırmak için iki grup ölçüm zamanı değişimi bakımından ayrı incelenmiştir (Tablo 24, Tablo 25).

**Tablo 24: Deney Grubu Hastaların Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarının Karşılaştırılması**

| Durumluk Kaygı   | N  | Deney X | Ss  |
|------------------|----|---------|-----|
| Önce Durumluk    | 30 | 42.3    | 7.4 |
| Sonra Durumluk 1 | 30 | 34.33   | 6   |
| Sonra Durumluk 2 | 30 | 32      | 5   |
| Sonra Durumluk 3 | 30 | 28      | 3.1 |

| Varyasyon Kaynağı | Kareler Toplamı | SD | Kareler Ortalaması | F     | p     |
|-------------------|-----------------|----|--------------------|-------|-------|
| Süre              | 3431.23         | 3  | 1143.74            | 72.83 | 0.000 |
| Hata              | 1366.27         | 87 | 15.70              |       |       |

Tablo 24’ de deney grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının ölçüm zamanlarının karşılaştırılması için yapılan tekrarlı ölçümler için VARYANS ANALİZİNE göre, ölçüm zamanlarında durumluk kaygı düzeyi bakımından farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=72.83$ ,  $p<0.001$ ) ve BONFERRONİ ileri analizi ile birinci ölçüm zamanı (ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı) ile ikinci ölçüm zamanı (ilk kemoterapi sonrası durumluk kaygı) ( $X_1-X_2 = 7.98 \pm 0.94$ ,  $p<0.001$ ), birinci ölçüm zamanı ile üçüncü ölçüm zamanı (ikinci kemoterapi sonrası durumluk kaygı) ( $X_1-X_3 = 10.5 \pm 1.25$ ,  $p<0.001$ ), birinci ölçüm zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı (üçüncü kemoterapi sonrası durumluk kaygı) ( $X_1-X_4 = 14.67 \pm 1.31$ ,  $p<0.001$ ), ikinci ölçüm zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı ( $X_2-X_4 = 6.7 \pm 0.92$ ,  $p<0.001$ ) ve üçüncü ölçüm zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı ( $X_3-X_4 = 4.17 \pm 0.6$ ,  $p<0.001$ ) arasındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

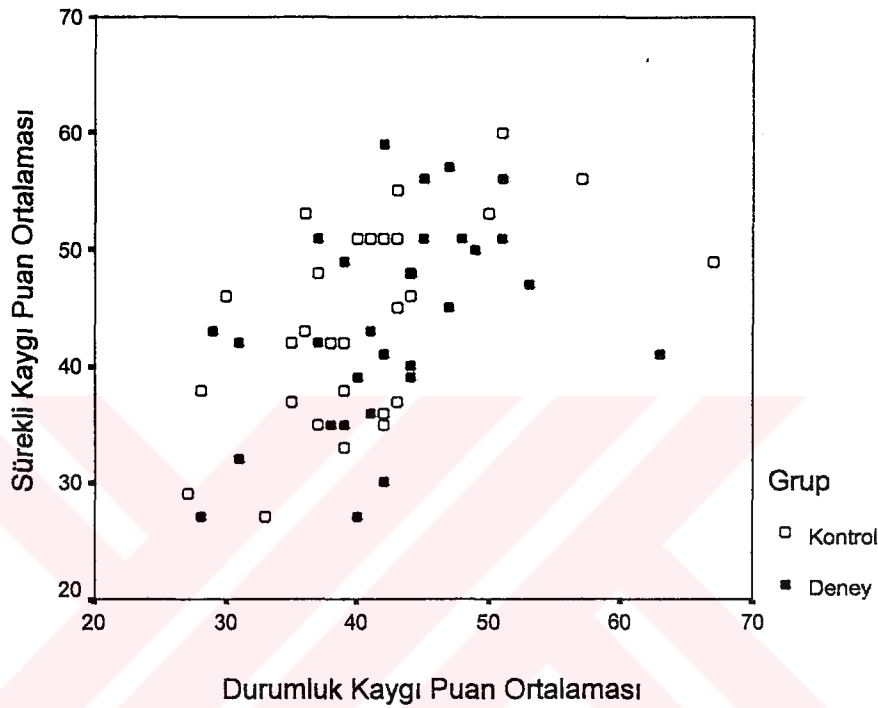
**Tablo 25: Kontrol Grubu Hastaların Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarının Karşılaştırılması**

| Durumluk Kaygı   | Kontrol |       |     |
|------------------|---------|-------|-----|
|                  | N       | X     | Ss  |
| Önce Durumluk    | 30      | 40.83 | 8.1 |
| Sonra Durumluk 1 | 30      | 42.1  | 6.6 |
| Sonra Durumluk 2 | 30      | 41.1  | 5.3 |
| Sonra Durumluk 3 | 30      | 42    | 6.2 |

| Varyasyon Kaynağı | Kareler Toplamı | SD | Kareler Ortalaması | F    | p    |
|-------------------|-----------------|----|--------------------|------|------|
| Süre              | 30.16           | 3  | 10.05              | 0.96 | 0.42 |
| Hata              | 911.60          | 87 | 10.48              |      |      |

Tablo 25' de kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının ölçüm zamanlarının karşılaştırılması için yapılan tekrarlı ölçümler için VARYANS ANALİZİNE göre, durumluk kaygı düzeylerinde dört ölçüm zamanı arasında istatistiksel açıdan farklılık anlamlı bulunmamıştır ( $F= 0.96, p>0.05$ ).

**Grafik 1: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları İle Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı**



Grafik 1' de deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki ilişkiye göre dağılımı görülmektedir. Her iki envanter (sürekli kaygı ile ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı) arasında yapılan SPERMAN SIRA KORELASYONU analizinde  $\alpha = 0.01$  düzeyinde ilişkinin gücü orta düzeyde saptanmıştır (deney grubu için  $r = 0.52$ , kontrol grubu için  $r = 0.56$ , toplam  $r = 0.53$ ,  $p < 0.01$ ).

### 3.5. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTALARIN KANSER SEMPTOMLARI PUAN ORTALAMALARI İLE KEMOTERAPİ YAN ETKİLERİ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

**Tablo 26: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kanser Semptomları Puan Ortalamaları İle Kemoterapi Yan Etkileri Puan Ortalamalarının Dağılımı**

| Puan Ortalaması         | Deney |       |     | Kontrol |       |     |
|-------------------------|-------|-------|-----|---------|-------|-----|
|                         | N     | X     | Ss  | N       | X     | Ss  |
| Kanser Semptomları      | 30    | 21    | 4.1 | 30      | 23.4  | 4.7 |
| Kemoterapi Yan Etkileri | 30    | 29.83 | 5.3 | 30      | 33.13 | 5.4 |

Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamalarının dağılımı Tablo 26' da görülmektedir. Deney grubu hastaların kanser semptomları puan ortalaması  $X = 21 \pm 4.1$ , kemoterapi yan etkileri puan ortalaması  $X = 29.83 \pm 5.3$ , kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalaması  $X = 23.4 \pm 4.7$ , kemoterapi yan etkileri puan ortalaması  $X = 33.13 \pm 5.4$  olarak saptanmıştır.



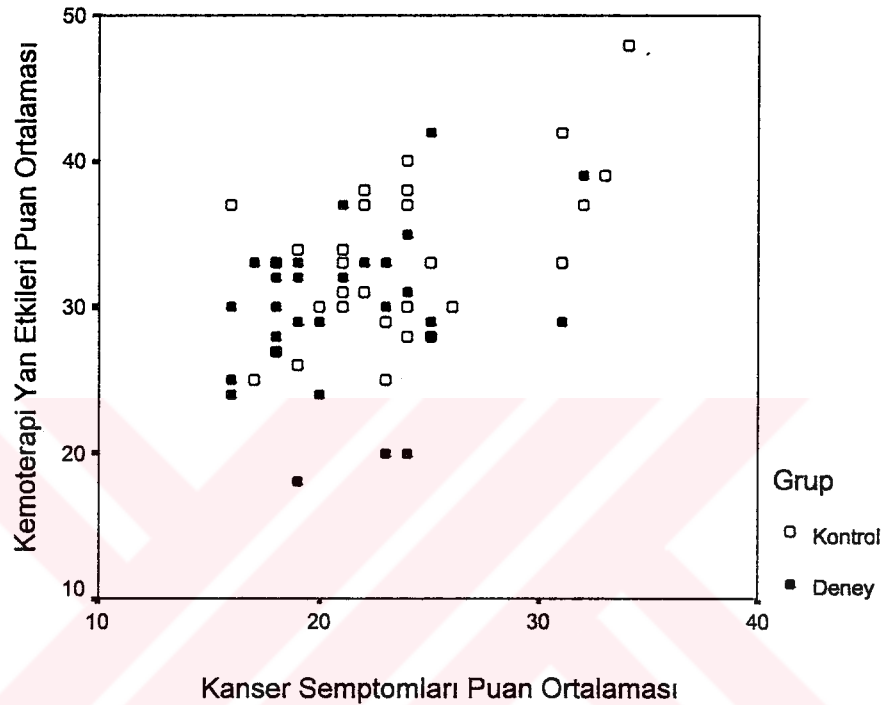
**Tablo 27: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kanser Semptomları Puan Ortalamaları İle Kemoterapi Yan Etkileri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| <b>Varyasyon Kaynağı</b> | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Kareler Ortalaması</b> | <b>F</b> | <b>p</b> |
|--------------------------|------------------------|-----------|---------------------------|----------|----------|
| Süre                     | 2585.41                | 1         | 2585.41                   | 183.54   | 0.000    |
| Süre * Grup              | 6.08                   | 1         | 6.08                      | .43      | 0.52     |
| Hata 1                   | 817.02                 | 58        | 14.09                     |          |          |

|        |         |    |        |      |      |
|--------|---------|----|--------|------|------|
| Grup   | 243.68  | 1  | 243.68 | 7.19 | 0.01 |
| Hata 2 | 1965.82 | 58 | 33.89  |      |      |

Tablo 27’ de deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan tekrarlı ölçümler için VARYANS ANALİZİNE göre, iki ölçüm zamanı (kanser semptomları ile kemoterapi yan etkileri) arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=183.54$ ,  $p<0.001$ ), iki ölçüm arasında oluşan farkın iki grupta da benzer olduğu (deney grubu hastaların kemoterapi yan etkileri ile müziğin etkileşimi anlamlı bulunmamıştır) ( $F=0.43$ ,  $p>0.05$ ) saptanmasına karşın iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=7.19$ ,  $p<0.01$ ).

**Grafik 2: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kanser Semptomları Puan Ortalamaları İle Kemoterapi Yan Etkileri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı**



Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamaları arasındaki ilişkiye göre dağılımı Grafik 2' de görülmektedir. Her iki envanter arasında yapılan SPERMAN SIRA KORELASYONU analizinde  $\alpha=0.01$  düzeyinde ilişkinin gücü zayıf olarak saptanmıştır (deney grubu için  $r = 0.2$ , kontrol grubu için  $r = 0.39$ , toplam  $r = 0.35$ ,  $p < 0.01$ ).

### 3.6. DENEY GRUBU HASTALARIN TEDAVİ SÜRECİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİ

**Tablo 28: Deney Grubu Hastaların Tedavi Sürecine İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımı**

| Tedavi Sürecine İlişkin Değerlendirme | Deney |        |
|---------------------------------------|-------|--------|
|                                       | Sayı  | %      |
| Yararlı                               | 23    | 76.67  |
| Yararlı Değil                         | 7     | 23.33  |
| <b>Toplam</b>                         | 30    | 100.00 |

Tablo 28' de görüldüğü gibi deney grubu hastaların %76.67' si katılmış oldukları tedavi sürecinin yararlı olduğunu, %23.33' ü yararlı olmadığını belirtmiştir.

**Tablo 29: Deneş Grubu Hastaların Tedavi Sürecine İlişkin Değerlendirmeleri**

**Olumlu Değerlendirmeler**

- Hasta 1-** Müzik dinlendirici, rahatlatıcı ve huzur veriyor. Kendimi müziğin akışına bıraktım.
- Hasta 2-** Müzik bir süreliğine de olsa sorunlarımdan uzaklaşmamı sağladı.
- Hasta 3-** Müzik sakinleşmemi sağladı, huzur veriyor.
- Hasta 4-** Kendimi müziğe veriyorum ve hiçbir şey düşünmüyorum. Zevk aldım.
- Hasta 5-** Müzik tedavi süresince düşünmemi engelledi, dikkatimi bu hastalıktan başka konulara yöneltmemi sağladı.
- Hasta 6-** Müzik dikkatimi başka yöne çekiyor, buradaki havadan ister istemez uzaklaştım.
- Hasta 7-** Müzik hayal kurmama yardımcı oldu, müzik dinlerken her şeyin yolunda gittiğini hayal ettim.
- Hasta 11-** Müzik bu ortamdan uzaklaşmamı sağladı böylece rahatladım.
- Hasta 12-** Müzik dikkatimi hastalığımdan, tedaviden ve çevreden uzaklaştırdı.
- Hasta 13-** Müzik kendimi özel hissetmemi sağladı ve beni alıp başka yerlere götürdü.
- Hasta 14-** Önce şaşırdım çünkü ilk kez böyle bir şey geliyordu başıma. Çevremdeki herkese anlattım. Bence böyle uygulamalar devam etmeli.
- Hasta 15-** Müzik dinlerken oğlumu dinliyormuşum gibi hissettim. Çünkü oğlumda piyano çalıyor. Tek kelimeyle huzur vericiydi.
- Hasta 16-** Müzik düşünmemi engelledi.
- Hasta 19-** Müzik dinlendiriciydi, dikkatimi tedaviden ve bu ortamdan uzaklaştırdı.
- Hasta 20-** Hastanede ilk kez böyle bir uygulamayla karşılaşıyorum ve hoşuma gitti.
- Hasta 21-** Müzik dinlerken mutlu oldum ve rahatladım. Diğer tedavilerimde de müzik dinleyebilirim.
- Hasta 22-** Müzik dinlerken pek çok hayal kurdum, dikkatimi buradan uzaklaştırdı ve ben bundan çok memnunum.

**Hasta 23-** Müzik bulunduğum ortamdan alıp götürdü beni, rahatlamamı sağladı ancak sadece müzik değil siz de beni çok rahatlattınız. Bundan sonra sizi göremeyeceğim için çok üzgünüm.

**Hasta 24-** Müzik bu ortamı daha katlanılır hale getirdi.

**Hasta 25-** Kendimi ders çalışan lise talebesi gibi hissettim ve gençlik dönemlerim geldi aklıma.

**Hasta 27-**Müzik dikkatimi buradan ve tedaviden uzaklaştırdı ancak sizinle konuşmakta beni çok rahatlattı.

**Hasta 28-** Müzik dinlerken kendimi önemli hissettim.

**Hasta 29-** Meslektaşınız olarak böyle bir çalışma yaptığınız için mutluyum, bence devamı gelmeli.

#### **Olumsuz Değerlendirmeler**

**Hasta 8-** Müzik hoşuma gitmedi. Ancak benimle ilgilendiğiniz ve çaba sarf ettiğiniz için teşekkür ederim.

**Hasta 9-** Bence müzik çok ağırdı. Hoşlandığım müzik türü değildi.

**Hasta 10-** Öncelikle müzik türünden hoşlanmadım, çok ağır geldi. Ancak ortam farklı olsaydı belki müzikten hoşlanabilirdim.

**Hasta 17-** Müziği beğenmedim.

**Hasta 18-** Farklı bir müzik türü olsaydı belki yararlı oldu diyebilirdim.

**Hasta 26-** Müziğin biraz daha hareketli olmasını tercih ederdim. Şayet hareketli olsaydı yararlı olurdu.

**Hasta 30-** Müzik türünü beğenmedim.

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA

#### 4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

**Hastalar yaş gruplarına göre incelendiğinde;** deney grubu hastaların %46.7' si 50-59, %16.7' si 30-39, %16.7' si 40-49, %13.3' ü 60 ve üstü, %6.6' sı 20-29 yaş grubunda yer almaktadır. Kontrol grubu hastaların %46.7' si 50-59, %26.7' si 60 ve üstü, %16.6' sı 40-49, %10.0' u 30-39 yaş grubunda yer almaktadır. Deney ve kontrol grubu hastaların %46.7' si 50-59, %20.0' si 60 ve üstü, %16.7' si 40-49, %13.3' ü 30-39, %3.3' ü 20-29 yaş grubunda yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması  $X = 52.02 \pm 11.45$  olarak saptanmıştır (Tablo 1). İki grubun yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2 = 3.83$ ,  $SD = 4$ ,  $p > 0.05$ ). Kanser hastaları ile yapılan benzer araştırmalar incelendiğinde hastaların yaş ortalaması, Burns ve Debra' nın (2001) yaptığı araştırmada  $48 \pm 6.56$ , Burns ve ark.' nın (2001) yaptığı araştırmada 49, Waldon' un (2001) yaptığı araştırmada 49.1, Zimmerman ve ark.' nın (1989) yaptığı araştırmada ise 60 olarak bulunmuştur (13, 14, 67, 70). Burns ve Debra (2001) ayrıca yaptığı araştırmada deney ve kontrol grubu hastaların yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığını belirtmiştir (13). Kanser hastaları ile yapılan benzer araştırma bulguları şimdiki araştırma bulgularını desteklemektedir.

**Hastaların cinsiyet durumları incelendiğinde;** deney grubu hastaların %80.0' inin kadın, %20.0' sinin erkek, kontrol grubu hastaların %66.7' sinin kadın, %33.3' ünün erkek, deney ve kontrol grubu hastaların %73.3' ünün kadın, %26.7' sinin erkek olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Her iki grubun cinsiyet durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $x^2= 1.4$ ,  $SD= 1$ ,  $p>0.05$ ). Kanser hastaları ile yapılan benzer araştırmalar incelendiğinde hastaların, Burns ve Debra' nın (2001) yaptığı araştırmada hepsinin kadın, Burns ve ark.' nın (2001) yaptığı araştırmada %72.7' sinin kadın, %27.3' ünün erkek, Sabo ve Michael' in (1996) yaptığı araştırmada %59.79' unun kadın, %40.21' inin erkek, Waldon' un (2001) yaptığı araştırmada %80' inin kadın, %20' sinin erkek, Zimmerman ve ark.' nın (1989) yaptığı araştırmada ise %60' inin kadın, %40' inin erkek olduğu saptanmıştır (13, 14, 60, 67, 70). Sabo ve Michael (1996) ayrıca yaptığı araştırmada, deney ve kontrol grubu hastaların cinsiyet durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmiştir (60).

Yukarıda bahsedilen araştırma bulguları bu araştırmayı desteklemektedir ayrıca hastaların tanılarının yarısına yakınının (%46.7) meme kanseri olması (Tablo 20) araştırma kapsamına giren hastaların büyük bir çoğunluğunun (%73.3) kadın olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

**Hastaların medeni durumları incelendiğinde;** deney grubu hastaların %70.0' inin evli, %23.3' ünün dul, boşanmış, ayrı yaşıyor, %6.7' sinin bekar, kontrol grubu hastaların %86.7' sinin evli, %13.3' ünün dul, boşanmış, ayrı yaşıyor, deney ve kontrol grubu hastaların %78.4' ünün evli, %18.3' ünün dul, boşanmış, ayrı yaşıyor, %3.3' ünün bekar olduğu saptanmıştır (Tablo 3). İki grup arasında medeni durum dağılımına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır

( $x^2 = 3.4$ ,  $SD= 2$ ,  $p>0.05$ ). Sabo ve Michael (1996) kanser hastaları ile yaptığı benzer araştırmasında deney ve kontrol grubu hastaların medeni durum dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmiştir. Zimmerman ve ark. (1989) yaptığı çalışmada ise araştırmaya katılan kanser hastalarının çoğunun (%80) evli olduğunu belirtmiştir (60, 70). İki araştırma bulguları da bu araştırma bulgularını desteklemektedir.

**Hastaların eğitim durumları incelendiğinde;** deney grubu hastaların %53.4' ünün ortaokul/ lise, %33.3' ünün yüksekokul/ fakülte, %13.3' ünün okur yazar/ ilkokul mezunu olduğu, kontrol grubu hastaların ise; %43.4' ünün ortaokul/ lise, %30.0' unun okur yazar/ ilkokul, %23.3' ünün yüksekokul/ fakülte mezunu olduğu, %3.3' ünün okur yazar olmadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastaların %48.3' ünün ortaokul/ lise, %28.3' ünün yüksekokul/ fakülte, %21.7' sinin okur yazar/ ilkokul mezunu olduğu, %1.7' sinin okur yazar olmadığı saptanmıştır (Tablo 4). Gruplar arasında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $x^2= 3.8$ ,  $SD= 3$ ,  $p>0.05$ ).

**Hastaların meslek durumları incelendiğinde;** deney grubu hastaların %46.7' sinin emekli, %40.0' inin diğer (öğrenci, ev hanımı), %6.7' sinin memur, %3.3' ünün işçi, % 3.3' ünün serbest meslek grubunda olduğu, kontrol grubu hastaların ise; %50.1' inin emekli, %43.3' ünün diğer (çiftçi, ev hanımı), %3.3' ünün memur, % 3.3' ünün serbest meslek grubunda olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların %48.3' ünün emekli, %41.7' sinin diğer (öğrenci, ev hanımı, çiftçi), %5.0' inin memur, % 3.3' ünün serbest, %1.7' sinin işçi olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).



**Hastaların gelir düzeyleri incelendiğinde;** deney grubu hastaların %56.7' sinin geliri-giderle denk, %23.3' ünün geliri-giderden fazla, %20.0' sinin geliri-giderden az olarak, kontrol grubu hastaların %60.0' inin geliri-giderle denk, %23.3' ünün geliri-giderden az, %16.7' sinin geliri-giderden fazla olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastaların %58.3' ünün geliri-giderle denk, %21.7' sinin geliri-giderden az, %20.0' sinin geliri-giderden fazla olarak saptanmıştır (Tablo 6). Her iki grup arasında gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2 = 0.44$ ,  $SD= 2$ ,  $p>0.05$ ). Bu bulgulara göre araştırmaya giren hastaların gelir durumlarının düşük ve orta düzey olduğu söylenebilir.

**Hastalar en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerlerine göre incelendiğinde;** deney grubu hastaların %76.7' sinin şehir/ büyük şehirde, %20.0' sinin kasaba/ ilçede, %3.3' ünün köyde yaşadığı, kontrol grubu hastaların ise; %63.3' ünün şehir/ büyük şehirde, %30.0' unun kasaba/ ilçede, %6.7' sinin köyde yaşadığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların %70.0' inin şehir/ büyük şehirde, %25.0' inin kasaba/ ilçede, %5.0' inin köyde yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 7). İki grup en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2=1.9$ ,  $SD= 3$ ,  $p>0.05$ ).

**Hastaların şu anda yaşadıkları yerleşim yerlerine göre dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların %76.7' sinin şehir/ büyük şehirde, %20.0' sinin kasaba/ ilçede, %3.3' ünün köyde yaşadığı , kontrol grubu hastaların %63.3' ünün şehir/ büyük şehirde, %30.0' unun kasaba/ ilçede, %6.7' sinin köyde yaşadığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların %70.0' inin şehir/ büyük şehirde, %25.0' inin kasaba/ ilçede, %5.0' inin köyde yaşadığı

belirlenmiştir (Tablo 8). Hastaların çoğunluğunun şu anda şehir/ büyük şehirde yaşaması, araştırmanın yapıldığı yerleşim yeri ile paralel bir sonuçtur.

**Hastaların aile tipleri incelendiğinde;** deney grubu hastaların %70.0' inin çekirdek aile, %16.7' sinin parçalanmış aile, %10.0' unun yalnız, %3.3' ünün geniş aile, kontrol grubu hastaların büyük bir çoğunluğunun (%83.3) çekirdek aile, %10.0' unun parçalanmış aile, %6.7' sinin geniş aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastaların %76.7' sinin çekirdek aile, %13.3' ünün parçalanmış aile, %5.0' inin yalnız, %5.0' inin geniş aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Bu bulgular, Ülkemizde endüstrileşme, kentleşme ve göç olguları nedeni ile aile yapısının çekirdekleşmeye doğru yöneldiğini düşündürmektedir.

**Hastaların sosyal güvence durumlarına göre dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların sosyal güvencelerinin %70.0' inin emekli sandığı, %16.7' sinin SSK, %10.0' unun bağ-kur olduğu, %3.3' ünün sosyal güvencesinin olmadığı, kontrol grubu hastaların %60.0' inin emekli sandığı, %20.0' sinin SSK, %20.0' sinin bağ-kur olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastaların sosyal güvencelerinin %65.0' inin emekli sandığı, %18.3' ünün SSK, %15.0' inin bağ-kur olduğu, %1.7' sinin sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 10). Deney ve kontrol grubu hastaların yüksek oranda sırası ile emekli sandığı ve SSK kurumlarına bağlı olarak tedavi görmeleri, bu kurumların araştırmanın yapıldığı hastane ile anlaşmasının olmasından kaynaklanmaktadır. Diğer taraftan sosyal güvencesi olmayan hastaların oranındaki azlık kanser tedavi maliyetinin yüksek olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

**Hastaların çocuk sayısına göre dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların %43.3' ünün iki çocuğunun, %20.0' sinin bir çocuğunun, %20.0'sinin çocuğunun olmadığı, %16.7' sinin üç ve daha fazla çocuğunun olduğu, kontrol grubu hastaların %50.0' sinin iki çocuğunun, %43.3' ünün üç ve daha fazla çocuğunun, %6.7' sinin bir çocuğunun olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastaların %46.7' sinin iki çocuğunun, %30.0' unun üç ve daha fazla çocuğunun, %13.3' ünün bir çocuğunun olduğu, %10.0' unun çocuğunun olmadığı saptanmıştır (Tablo 11).

**Hastaların yaşamları boyunca sigara kullanma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların %60.0' inin sigara kullandığı, %40.0' inin sigara kullanmadığı, kontrol grubu hastaların %73.3' ünün sigara kullanmadığı, %26.7' sinin sigara kullandığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastaların %56.7' sinin sigara kullanmadığı, %43.3' ünün sigara kullandığı saptanmıştır (Tablo 12).

**Sigara kullanan hastaların sigarayı kullanma sürelerine göre dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların %38.9' unun sigarayı 12-21 yıl, %27.8' inin 22-31 yıl, %22.2' sinin 2-11 yıl, %11.1' inin 32- 41 yıl kullandığı, kontrol grubu hastaların %62.5' inin sigarayı 22-31 yıl, %25.0' inin 42 yıl ve üstü, %12.5' inin 32-41 yıl kullandığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların %38.5' inin sigarayı 22-31 yıl, %26.9' unun 12-21 yıl, %15.4' ünün 2-11 yıl, %11.5' inin 32-41 yıl, %7.7' sinin 42 yıl ve üstü kullandığı belirlenmiştir (Tablo 13).

**Hastaların şu anda sigara kullanma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların %61.1' inin sigarayı bıraktığı, %38.9' unun sigarayı kullanmaya devam ettiği, kontrol grubu hastaların %50.0' sinin sigarayı bıraktığı, %50.0' sinin ise sigarayı kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların %57.7' sinin sigarayı bıraktığı, %42.3' ünün sigarayı kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir (Tablo 14). Deney grubu hastaların yarısından fazlasının, kontrol grubu hastaların yarısının sigara gibi kanserojen etkiye sahip bir maddeyi bırakması, hastaların hastalığının önemini kavradığını düşündürmektedir.

**Hastaların sigarayı bırakma sürelerine göre dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların %45.4' ünün sigarayı bırakalı 1-6 ay arası, %18.2' sinin 30 günde az, %18.2' sinin 7-12 ay arası, %18.2' sinin 11 yıl ve üstü olduğu, kontrol grubu hastaların ise; % 25.0' inin sigarayı bırakalı 30 günde az, %25.0' inin 1-6 ay arası, %25.0' inin 7-12 ay arası, %25.0' inin 6-10 yıl arası olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların %40.0' inin 1-6 ay arası, %20.0' sinin 7-12 ay arası, %20.0' sinin 30 günde az, %13.3' ünün 11 yıl ve üstü, %6.7' sinin 6-10 yıl arası olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).

**Hastaların alkol yada bağımlılık yapıcı bir madde kullanma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde;** deney ve kontrol grubu hastaların büyük bir çoğunluğunun (%93.3) alkol yada bağımlılık yapıcı bir madde kullanmadığı, deney (2 hasta) ve kontrol (2 hasta) grubu hastaların %6.7'sinin alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 16).

Alkol kullanan deney grubu 2 hastanın %50.0' sinin alkolü 10 yıldır, % 50.0'sinin de 25 yıldır kullandığı, kontrol grubu 2 hastanın ise; alkolü %50.0' sinin

20 yıldır, %50.0' sinin de 25 yıldır kullandığı saptanmıştır. Hastaların şu anda alkol kullanma durumlarına bakıldığında deney (2 hasta) ve kontrol (2 hasta) grubu hastaların %100.0' ünün alkolü bıraktıkları, deney grubu hastaların %50'sinin alkolü 2 aydır, %50.0'sinin de 7 aydır bıraktığı, kontrol grubunun ise %50.0'sinin alkolü 4 aydır, %50.0' sinin de 3 yıldır bıraktığı saptanmıştır.

#### **4.2. HASTALARIN HOBİLERİNİN İNCELENMESİ**

**Müziğin hastaların yaşamındaki önemi incelendiğinde;** deney grubu hastaların %63.3' ünün müziği çok önemli, %36.7'sinin biraz önemli bulduğu, kontrol grubu hastaların büyük bir çoğunluğunun (%90.0) müziği biraz önemli, %10.0' unun çok önemli bulduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastaların %63.3' ünün müziği biraz önemli, %36.7' sinin çok önemli bulduğu saptanmıştır (Tablo 17). Deney grubu hastaların yarısından fazlasının müziği çok önemli bulması, araştırmaya katılmasının bir nedeni olarak düşünülmektedir.

**Hastaların hastalandıktan sonra hobilerinin olma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların %83.3' ünün bir hobisinin olmadığı, %16.7' sinin bir hobisinin olduğu, kontrol grubu hastaların %90.0' ının bir hobisinin olmadığı, %10.0' unun bir hobisinin olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastaların %86.7' sinin bir hobisinin olmadığı, %13.3' ünün bir hobisinin olduğu saptanmıştır (Tablo 18). Deney ve kontrol grubu hastaların büyük bir çoğunluğunun hastalandıktan sonra kendilerini rahatlatmak için bir hobilerinin olmamasının nedeni hastaların tanı aşamasında zamanlarının büyük bir bölümünü hastanede geçirmek zorunda olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

**Hastaların hobilerine göre dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların %60.0'ının kendilerini rahatlatmak için müzik dinlediği, %20.0' sinin ahşap boyadığı, %20.0' sinin yoga yaptığı, kontrol grubu hastaların %66.7' sinin örgü ördüğü, %33.3' ünün hayal kurduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların %37.5' inin kendilerini rahatlatmak için müzik dinlediği, %25.0' inin örgü ördüğü, %12.5' inin ahşap boyadığı, %12.5' inin yoga yaptığı, %12.5' inin hayal kurduğu belirlenmiştir (Tablo 19).

### **4.3. HASTALARIN TANILARININ VE SAĞLIK DURUMLARINI ALGILAMALARININ İNCELENMESİ**

**Hastaların ilk tanıları incelendiğinde;** araştırma kapsamına giren deney grubu 30 hastanın %56.8' ini meme kanseri 17 kişi, %23.3' ünü yumuşak doku ve kemik kanseri (cilt 1 kişi, malign melanom 2 kişi, leyomiyosarkom 1 kişi, oligodendrogliom 1 kişi, hocking lenfoma 1 kişi, non hocking lenfoma 1 kişi) 7 kişi, %13.3' ünü gastrointestinal sistem kanseri (mide 2 kişi, kolon 1 kişi, rektum 1 kişi) 4 kişi, %3.3' ünü genitoüriner sistem kanseri (mesane 1 kişi) 1 kişi, %3.3 'ünü akciğer kanseri 1 kişi oluşturmaktadır.

Kontrol grubu 30 hastanın % 36.7' sini meme kanseri 11 kişi, %26.7' sini yumuşak doku ve kemik kanseri (cilt 1 kişi, malign melanom 1 kişi, hocking lenfoma 5 kişi, non honking lenfoma 1 kişi) 8 kişi, %23.3' ünü gastrointestinal sistem kanseri (mide 3 kişi, kolon 3 kişi, rektum 1 kişi) 7 kişi, %13.3' ünü akciğer kanseri 4 kişi oluşturmaktadır.

Deney ve kontrol grubu hastaların, % 46.7' sini meme kanseri 28 kişi, %25.0' ini yumuşak doku ve kemik kanseri (cilt 2 kişi, malign melanom 3 kişi, hocking lenfoma

6 kişi, non honking lenfoma 2 kişi, leyomyosarkom 1 kişi, oligodendrogliom 1 kişi) 15 kişi, %18.3'ünü gastrointestinal sistem kanseri (mide 5 kişi, kolon 4 kişi, rektum 2 kişi) 11 kişi, %8.3' ünü akciğer kanseri 5 kişi, %1.7' sini genitoüriner sistem kanseri (mesane 1 kişi) 1 kişi oluşturmaktadır (Tablo 20). Her iki grup ilk tanularına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2= 5$ , SD= 4,  $p>0.05$ ).

Kanser hastaları ile yapılan benzer araştırmalar incelendiğinde, Burns ve arkadaşlarının (2001) yaptığı araştırmada hastaların yarısından fazlasının, Waldon' un (2001) yaptığı araştırmada ise %50' sinin meme kanseri olduğu saptanmıştır (14, 67). İki araştırma bulgusunun sonuçları bu araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

**Hastaların bugünkü sağlık durumlarını algulamalarına göre dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların %40.0' inin sağlık durumunu orta, %36.7' sinin iyi, %20.0' sinin çok iyi, %3.3' ünün çok kötü olarak değerlendirdiği, kontrol grubu hastaların %53.3' ünün sağlık durumunu iyi, %40.0' inin orta, %6.7' sinin kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların %45.0' inin sağlık durumunu iyi, %40.0' inin orta, %10.0' unun çok iyi, %3.3' ünün kötü, %1.7' sinin çok kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 21).

#### 4.4. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTALARIN DURUMLUK – SÜREKLİ KAYGI PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

**Hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde;** deney grubu hastaların ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları  $X= 42.3 \pm 7.4$ , sonrası  $X=34.33 \pm 6$ , ikinci kemoterapi sonrası  $X=32 \pm 5$ , üçüncü kemoterapi sonrası  $X=28 \pm 3.1$ , kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının dağılımı ise; hastaların ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları  $X= 40.83 \pm 8.1$ , sonrası  $X= 42.1 \pm 6.6$ , ikinci kemoterapi sonrası  $X= 41.1 \pm 5.3$ , üçüncü kemoterapi sonrası  $X= 42 \pm 6.2$  olarak saptanmıştır (Tablo 22).

Burns ve Debra (2001) kanser hastaları ile yaptığı araştırmada Profile of Mood States (POMS) ölçeğini kullanmış ve müzik dinleyen deney grubu hastaların pretest kaygı puan ortalamalarını  $12.25 \pm 9.03$ , posttest kaygı puan ortalamalarını  $2.75 \pm 3.1$  olarak saptamışlardır (13).

Burns ve ark. (2001) müzik terapinin terapötik etkileri ile ilgili yaptığı pilot çalışmada, rahatlamış bir konumda müzik dinlemenin terapötik etkilerini, bir müzik terapi grubunda aktif olarak müzik yapmanın etkileri ile karşılaştırmış ve müzik terapinin olumlu duygular ve immün sistem üzerine olan potansiyel etkilerini araştırmıştır. Araştırma bulgularına göre müzik dinleyen hastalarda iyilik halinin arttığını ve kaygı düzeyinin azaldığını, aktif olarak müzik yapan hastalarda ise iyilik hali ve enerjinin arttığını ve kaygı düzeyinin azaldığını belirtmiştir. Her iki grupta da hastaların IgA düzeylerinin arttığını ve kortizol düzeylerinin azaldığını ve olumlu duygular ile kanser hastalarının immün sistemleri arasında bir ilişki bulunduğunu saptamışlardır (14).



Frank (1985) yaptığı araştırmada, müzik terapi ve imajinasyon tekniklerini kombine etmiş ve bu tekniklerin kemoterapi alan kanser hastalarının kaygı düzeylerini azalttığını bulmuştur (30).

Sabo ve Michael (1996) kemoterapi ile ilişkili yan etkiler ve kaygı düzeylerine müzikli kişisel mesajın etkisini incelediği araştırmasında Durumluk- Sürekli Kaygı Envanterini kullanmışlar ve deney grubu hastaların kemoterapi öncesi kaygı puan ortalamalarını  $42.52 \pm 12.4$ , kemoterapi sonrası kaygı puan ortalamalarını  $36.39 \pm 10.6$ , kontrol grubu hastaların ise kemoterapi öncesi kaygı puan ortalamalarını  $39.01 \pm 10.2$ , kemoterapi sonrası kaygı puan ortalamalarını  $39.95 \pm 10.4$  olarak saptamışlardır (60).

Smith ve ark. (2001) yaptığı araştırmada, müzik terapinin radyoterapi alan kanser hastalarının kaygı düzeylerine olan etkisini incelemişler. Deney ve kontrol grubu arasında fark bulamamalarına karşın müzik terapili erken girişimin yararlı olabileceğini belirtmişlerdir (62).

Waldon (2001) kanser hastaları ile yaptığı araştırmada Profile of Mood States (Short Form) (POMS- SF) ölçeğini kullanmış ve iki farklı müzik terapi oturumuna katılan hastaların toplam pretest kaygı puan ortalamalarını  $3.71 \pm 3.97$ , posttest kaygı puan ortalamalarını  $1.65 \pm 2.44$  olarak saptamıştır (67).

İlgili literatür bulguları şimdiki araştırma bulgularını desteklemektedir.

**Deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında;** yapılan tekrarlı ölçümler için VARYANS ANALİZİNE (Repeated Measure ANOVA) göre dört ölçüm zamanı (ilk kemoterapi öncesi, ilk kemoterapi sonrası, ikinci kemoterapi sonrası, üçüncü kemoterapi sonrası) arasında durumluk kaygı düzeylerindeki farklılık anlamlı bulunmuştur ( $F= 39.53, p<0.001$ ), ölçüm zamanlarında durumluk kaygıda oluşan farklılıklar deney ve kontrol grubunda benzer bulunmamıştır (deney grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ile müziğin etkileşimi anlamlı bulunmuştur) ( $F=48.6, p<0.001$ ) ve iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=30.11, p<0.001$ ) (Tablo 23). Deney ve kontrol grubu arasındaki farkın neden kaynaklandığını araştırmak için iki grup ölçüm zamanı değişimi bakımından ayrı incelenmiştir (Tablo 24, Tablo 25).

Burns ve Debra (2001) kanser hastaları ile yaptığı araştırmada müzik terapi uygulanan deney grubu hastaların kontrol grubu hastalardan daha iyi bir duygu duruma sahip olduğunu belirtmişlerdir (13).

Sabo ve Michael (1996) yaptığı araştırmada kontrol grubu hastaların kemoterapi öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmazken ( $t = 0.27, SD= 49, p = 0.23$ ) deney grubu hastaların kemoterapi öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğunu ( $t = 3.32, SD= 46, p <0.001$ ) belirtmişlerdir (60).

Waldon (2001) kanser hastaları ile yaptığı araştırmada, iki farklı müzik terapi oturumuna katılan hastaların belirttiği ruh hali durumlarında (POMS-SF ile ölçülmüş) belirgin artma gösterdiklerini ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark

bulunmadığı (bir müzik terapi oturumu diğer müzik terapi oturumunda daha üstün değildir) belirtmişlerdir (67).

İlgili literatür bulguları şimdiki araştırma bulgularını desteklemektedir.

**Deney grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının ölçüm zamanları karşılaştırıldığında;** yapılan tekrarlı ölçümler için VARYANS ANALİZİNE göre, ölçüm zamanlarında durumluk kaygı düzeyi bakımından farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (  $F=72.83$ ,  $p<0.001$ ) ve BONFERRONİ ileri analizi ile birinci ölçüm zamanı (ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı) ile ikinci ölçüm zamanı (ilk kemoterapi sonrası durumluk kaygı) ( $X1-X2 = 7.98 \pm 0.94$ ,  $p<0.001$ ), birinci ölçüm zamanı ile üçüncü ölçüm zamanı (ikinci kemoterapi sonrası durumluk kaygı) ( $X1-X3 = 10.5 \pm 1.25$ ,  $p<0.001$ ), birinci ölçüm zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı (üçüncü kemoterapi sonrası durumluk kaygı) ( $X1-X4 = 14.67 \pm 1.31$ ,  $p<0.001$ ), ikinci ölçüm zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı ( $X2-X4 = 6.7 \pm 0.92$ ,  $p<0.001$ ) ve üçüncü ölçüm zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı ( $X3-X4 = 4.17 \pm 0.6$ ,  $p<0.001$ ) arasındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Tablo 24). Deney grubu hastaların, ölçüm zamanlarında durumluk kaygı düzeyleri arasında saptanan farklılık Hipotez I' i desteklemektedir.

**Kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının ölçüm zamanları karşılaştırıldığında;** yapılan tekrarlı ölçümler için VARYANS ANALİZİNE göre, durumluk kaygı düzeylerinde dört ölçüm zamanı arasında farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $F= 0.96$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 25).

**Deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki ilişkiye göre dağılımı incelendiğinde;** her iki envanter (sürekli kaygı ile ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı) arasında yapılan SPERMAN SIRA KORELASYONU analizinde  $\alpha=0.01$  düzeyinde ilişkinin gücü orta düzeyde saptanmıştır (deney grubu için  $r = 0.52$ , kontrol grubu için  $r = 0.56$ , toplam  $r = 0.53$ ,  $p<0.01$ ) (Grafik 1). Bu bulgu deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasında pozitif (+) yönde doğrusal bir ilişki olduğunu düşündürmektedir.

#### **4.5. DENEY VE KONTROL GRUBU HASTALARIN KANSER SEMPTOMLARI PUAN ORTALAMALARI İLE KEMOTERAPİ YAN ETKİLERİ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ**

**Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların kanser semptomları puan ortalaması  $X=21 \pm 4.1$ , kemoterapi yan etkileri puan ortalaması  $X= 29.83 \pm 5.3$ , kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalaması  $X=23.4 \pm 4.7$ , kemoterapi yan etkileri puan ortalaması  $X=33.13 \pm 5.4$  olarak saptanmıştır (Tablo 26).

**Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamaları karşılaştırıldığında;** yapılan tekrarlı ölçümler için VARYANS ANALİZİNE göre, iki ölçüm zamanı (kanser semptomları ile kemoterapi yan etkileri) arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=183.54$ ,  $p<0.001$ ), iki ölçüm arasında oluşan farkın iki grupta da benzer olduğu

(deney grubu hastaların kemoterapi yan etkileri ile müziğin etkileşimi anlamlı bulunmamıştır) ( $F=0.43$ ,  $p>0.05$ ) saptanmasına karşın iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=7.19$ ,  $p<0.01$ ) (Tablo 27).

Kanser semptomları puan ortalaması ile kemoterapi yan etkileri puan ortalaması arasında oluşan farkın iki grupta da benzer olmasının nedeninin pek çok kontrol edilemeyen değişkenden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu kontrol edilemeyen değişkenlerin en önemlisi araştırma kapsamına giren hastaların farklı kanser tanısına sahip olması ve çok sayıda kemoterapi protokolünün var olmasıdır. Farklı kemoterapi protokolü alan hastalarda yan etkilerin türü ve şiddeti de farklıdır. Kontrol edilemeyen değişkenlerin bir diğeri de araştırma kapsamına giren hastaların yan etkilerini etkileyebilecek kemoterapiden başka (cerrahi gibi) tedavileri hangi hastanın aldığı kaydının tutulmamasıdır.

İki ölçüm zamanı arasında oluşan farkın iki grup arasında benzer olmasının bir diğer nedeni ise kemoterapi yan etkileri envanterinin uygulama zamanındaki uygunsuzluktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü hastalarda yan etkiler en fazla bir hafta görülmektedir ve hastalar diğer kemoterapi tedavilerine gelmeden önce yan etkilerin büyük bir kısmı ya yatışmıştır yada şiddeti azalmıştır. Ayrıca her iki envanterde hastaların deneyimledikleri sorunları algılama derecelerini belirlemek amacı ile hazırlanmıştır ve deneyimlenen sorunlar ölçüme dayalı değil hastaların algılama derecelerine göre belirlenmiştir.

**Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamaları arasındaki ilişkiye göre dağılımı incelendiğinde;** her iki envanter arasında yapılan SPERMAN SIRA KORELASYONU analizinde  $\alpha=0.01$  düzeyinde deney grubu hastalar için ilişkinin gücü çok zayıf,

kontrol grubu hastalar için zayıf, deney ve kontrol grubu hastalar için zayıf olarak saptanmıştır (deney grubu için  $r = 0.2$ , kontrol grubu için  $r = 0.39$ , toplam  $r = 0.35$ ,  $p < 0.01$ ) (Grafik 2). Deney grubu hastalar için kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamaları arasındaki ilişkinin kontrol grubundan daha zayıf olarak saptanması, kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamaları arasında oluşan fark deney ve kontrol grubunda benzer bulunmasına rağmen (Tablo 27), müziğin kemoterapi yan etkilerine olan olası etkisinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

#### **4.6. DENEY GRUBU HASTALARIN TEDAVİ SÜRECİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİ**

**Deney grubu hastaların tedavi sürecine ilişkin değerlendirmelerinin dağılımı incelendiğinde;** deney grubu hastaların %76.67' si katılmış oldukları tedavi sürecinin yararlı olduğunu, %23.33' ü yararlı olmadığını belirtmiştir (Tablo 28). Katılmış oldukları tedavi sürecinin yararlı olduğunu belirten hastalar müziğin dinlendirdiğini, rahatlattığını, huzur verdiğini, hoşlarına gittiğini, mutlu ettiğini, zevk verdiğini, özel ve önemli hissettirdiğini, dikkatlerini hastalıktan, tedaviden ve ortamdan uzaklaştırdığını, hayal kurmalarına yardım ettiğini, ortamı daha katlanılır hale getirdiğini, katılmış oldukları tedavi sürecinin yararlı olmadığını belirten hastalar ise müziğin hoşuna gitmediğini, farklı müzik türü ve farklı ortam olsaydı yararlı olabileceğini düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 29).

## BÖLÜM V

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1. SONUÇ

Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Bilim Dalı, Medikal Onkoloji Polikliniği ve Dahiliye Ana Bilim Dalı içinde bulunan özel tedavi odasında ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarına dinletilen müziğin kemoterapi yan etkilerine ve durumluk – sürekli kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacı ile yapılan araştırma bulgularına göre;

Deney grubundaki hastaların %46.7' si 50-59, kontrol grubundaki hastaların %46.7' si 50-59, deney ve kontrol grubu hastaların %46.7' si 50-59 yaş grubunda olup, hastaların yaş ortalaması  $X= 52.02 \pm 11.45$  olarak saptanmıştır (Tablo 1). İki grubun yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2= 3.83$ ,  $SD= 4$ ,  $p>0.05$ ).

Deney grubu hastaların %80.0' inin kadın, kontrol grubu hastaların %66.7' sinin kadın, deney ve kontrol grubu hastaların %73.3' ünün kadın olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Her iki grubun cinsiyet durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2= 1.4$ ,  $SD= 1$ ,  $p>0.05$ ).

Deney grubu hastaların %70.0' inin, kontrol grubu hastaların çoğunun (%86.7), deney ve kontrol grubu hastaların %78.4' ünün evli olduğu saptanmıştır (Tablo 3). İki grup arasında medeni durum dağılımına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2= 3.4$ ,  $SD= 2$ ,  $p>0.05$ ).

Deney grubu hastaların %53.4' ünün, kontrol grubu hastaların %43.4' ünün, deney ve kontrol grubu hastaların %48.3' ünün ortaokul/ lise mezunu olduğu

saptanmıştır (Tablo 4). Gruplar arasında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2= 3.8$ ,  $SD= 3$ ,  $p>0.05$ ).

Araştırma kapsamına giren deney grubu hastaların %46.7' sinin, kontrol grubu hastaların %50.1' inin, deney ve kontrol grubu hastaların %48.3' ünün emekli olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Deney grubu hastaların %56.7' sinin, kontrol grubu hastaların %60.0' ının, deney ve kontrol grubu hastaların %58.3' ünün gelirinin-giderle denk olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Her iki grup arasında gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2= 0.44$ ,  $SD= 2$ ,  $p>0.05$ ).

Deney grubu hastaların %76.7' sinin en uzun süre şehir/ büyük şehirde, kontrol grubu hastaların %63.3' ünün şehir/ büyük şehirde, deney ve kontrol grubu hastaların %70.0' inin şehir/ büyük şehirde (Tablo 7), deney grubunun %76.7' sinin şu anda şehir/ büyük şehirde, kontrol grubunun %63.3' ünün şehir/ büyük şehirde, deney ve kontrol grubu hastaların %70.0' inin şehir/ büyük şehirde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 8). İki grup en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2=1.9$ ,  $SD= 3$ ,  $p>0.05$ ).

Deney grubu hastaların %70.0' inin, kontrol grubu hastaların büyük bir çoğunluğunun (%83.3), deney ve kontrol grubu hastaların %76.7' sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Deney grubu hastaların sosyal güvencelerinin %70.0' inin, kontrol grubu hastaların %60.0' ının, deney ve kontrol grubu hastaların %65.0' inin emekli sandığı olduğu saptanmıştır (Tablo 10).



Deney grubu hastaların %43.3' ünün, kontrol grubu hastaların %50.0' sinin, deney ve kontrol grubu hastaların %46.7' sinin 2 çocuğunun olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Deney grubu hastaların %60.0' inin yaşamları boyunca sigara kullandığı, kontrol grubu hastaların %73.3' ünün sigara kullanmadığı, deney ve kontrol grubu hastaların %56.7' sinin sigara kullanmadığı (Tablo 12), deney grubu hastaların %38.9' unun sigarayı 12-21 yıl, %62.5' inin sigarayı 22-31 yıl, deney ve kontrol grubu hastaların %38.5' inin sigarayı 22-31 yıl kullandığı saptanmıştır (Tablo 13).

Deney grubu hastaların %61.1' inin sigarayı bıraktığı, kontrol grubu hastaların %50.0' sinin sigarayı bıraktığı, deney ve kontrol grubu hastaların %57.7' sinin sigarayı bıraktığı (Tablo 14), deney grubu hastaların %45.4' ünün sigarayı bırakalı 1-6 ay arası, kontrol grubu hastaların %25.0' inin 1-6 ay arası, deney ve kontrol grubu hastaların %40.0' inin 1-6 ay arası olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Deney ve kontrol grubu hastaların büyük bir çoğunluğunun (%93.3) alkol yada bağımlılık yapıcı bir madde kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 16).

Araştırma kapsamına giren deney grubu hastaların %63.3' ünün müziği çok önemli, kontrol grubu hastaların büyük bir çoğunluğunun (%90.0) müziği biraz önemli, deney ve kontrol grubu hastaların %63.3' ünün müziği biraz önemli bulduğu saptanmıştır (Tablo 17).

Deney grubu hastaların %83.3' ünün, kontrol grubu hastaların büyük bir çoğunluğunun (%90.0), deney ve kontrol grubu hastaların %86.7' sinin bir hobisinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 18).

Deney grubu hastaların %56.8' inin, kontrol grubu hastaların % 36.7' sinin, deney ve kontrol grubu hastaların % 46.7' sinin meme kanseri olduğu saptanmıştır

(Tablo 20). Her iki grup ilk tanularına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2= 5$ ,  $SD= 4$ ,  $p>0.05$ ).

Deney grubu hastaların %40.0' inin bugünkü sağlık durumunu orta, kontrol grubu hastaların yarısından fazlasının (%53.3) iyi, deney ve kontrol grubu hastaların %45.0' inin iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır (Tablo 21).

Deney grubu hastaların ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları  $X= 42.3 \pm 7.4$ , sonrası  $X= 34.33 \pm 6$ , ikinci kemoterapi sonrası  $X= 32 \pm 5$ , üçüncü kemoterapi sonrası  $X= 28 \pm 3.1$  olarak, kontrol grubu hastaların ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları  $X= 40.83 \pm 8.1$ , sonrası  $X= 42.1 \pm 6.6$ , ikinci kemoterapi sonrası  $X= 41.1 \pm 5.3$ , üçüncü kemoterapi sonrası  $X= 42 \pm 6.2$  olarak saptanmıştır (Tablo 22).

Deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, dört ölçüm zamanı arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F= 39.53$ ,  $p<0.001$ ), ölçüm zamanlarında durumluk kaygıda oluşan farklılıklar iki grupta benzer bulunmamıştır (deney grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ile müziğin etkileşimi anlamlı bulunmuştur) ( $F=48.6$ ,  $p<0.001$ ), iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=30.11$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 23).

İki grup ölçüm zamanı değişimi bakımından ayrı incelendiğinde, deney grubu hastaların, ölçüm zamanlarında durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=72.83$ ,  $p<0.001$ ) ve yapılan ileri analiz ile birinci ölçüm zamanı (ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı) ile ikinci ölçüm zamanı (ilk kemoterapi sonrası durumluk kaygı) ( $p<0.001$ ), birinci ölçüm zamanı ile üçüncü ölçüm zamanı (ikinci kemoterapi sonrası durumluk kaygı) ( $p<0.001$ ), birinci ölçüm

zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı (üçüncü kemoterapi sonrası durumluk kaygı) ( $p<0.001$ ), ikinci ölçüm zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı ( $p<0.001$ ) ve üçüncü ölçüm zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı arasındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 24). Kontrol grubu hastaların ölçüm zamanlarında durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 25).

Deney grubu hastaların kanser semptomları puan ortalaması  $X = 21 \pm 4.1$ , kemoterapi yan etkileri puan ortalaması  $X = 29.83 \pm 5.3$  olarak kontrol grubunun ise; kanser semptomları puan ortalaması  $X = 23.4 \pm 4.7$ , kemoterapi yan etkileri puan ortalaması  $X = 33.13 \pm 5.4$  olarak saptanmıştır (Tablo 26).

Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamalarının karşılaştırıldığında, iki ölçüm zamanı (kanser semptomları ile kemoterapi yan etkileri) arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ), iki ölçüm arasında oluşan farkın iki grupta da benzer olduğu (deney grubu hastaların kemoterapi yan etkileri ile müziğin etkileşimi anlamlı bulunmamıştır) ( $p>0.05$ ) saptanmasına karşın iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Tablo 27).

Deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasında  $\alpha=0.01$  düzeyinde pozitif (+) yönde doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır (deney grubu için  $r = 0.52$ , kontrol grubu için  $r = 0.56$ , toplam  $r = 0.53$ ,  $p<0.01$ ) (Grafik 1).

Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamaları arasında  $\alpha=0.01$  düzeyinde deney grubu hastalar için ilişkinin gücü çok zayıf, kontrol grubu hastalar için zayıf,

deney ve kontrol grubu hastalar için zayıf olarak saptanmıştır (deney grubu için  $r = 0.2$ , kontrol grubu için  $r = 0.39$ , toplam  $r = 0.35$ ,  $p < 0.01$ ) ( Grafik 2).

Deney grubu hastaların çoğu (%76.67) katılmış oldukları tedavi sürecinin yararlı olduğunu belirtmiştir (Tablo 28). Katılmış oldukları tedavi sürecinin yararlı olduğunu belirten hastalar müziğin dinlendirdiğini, rahatlattığını, huzur verdiğini, hoşlarına gittiğini, mutlu ettiğini, zevk verdiğini, özel ve önemli hissettirdiğini, dikkatlerini hastalıktan, tedaviden ve ortamdan uzaklaştırdığını, hayal kurmalarına yardım ettiğini, ortamı daha katlanılır hale getirdiğini belirtmiştir (Tablo 29).

Sonuç olarak kanser hastalarına dinletilen müziğin kemoterapi yan etkilerini azaltmadığı, durumluk kaygı düzeyini etkilediği saptanmıştır.

## 5.2. ÖNERİLER

Günümüzde kanser, tanı ve tedavisi multidisipliner olarak ele alınması gereken çok yönlü bir sorun haline gelmiştir. Kanserin cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, biyolojik tedavi gibi yöntemler ile tedavisi ve hastanın fiziksel bakımı yanında psikososyal tedavi ve bakımı, bütüncül tedavinin ayrılmaz bir parçası olmuştur (57). Müzik ile terapi, geleneksel tedavileri destekleyen bir tedavi girişimi olması nedeni ile bu rolü dolduracaktır.

Zamanlarının büyük bir bölümünü hastanede geçirmek zorunda olan kanser hastaları için uygun bir atmosfer yaratmak amacı ile alternatif terapötik yaklaşımlar olarak algılanan farklı bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olan müzik terapiyi hemşirelik uygulamalarına dahil etmek gerekmektedir.

Yaşamı tehdit eden yada terminal dönemdeki bir hastalığa sahip olan birey için deneyimlenen kısa- dönemlik semptomdan kurtuluşun yada pozitif psikososyal anların yararlı ve zahmete değer olduğuna inanılmaktadır. Bu neden ile benzer uygulamaların devamını sağlamak amacı ile bazı öneriler getirilebilir;

1-Hastaların kemoterapi aldıkları fizik ortamın sakin, huzurlu ve rahat bir ortam olmasına dikkat edilmelidir.

2-Hastaların bireysel tercihleri de göz önünde bulundurularak müzik seçimi hasta ile birlikte yapılmalıdır.

3-Alternatif terapötik yöntemler için hastanede özel odalar hazırlanmalıdır.

4-Müzik özel hazırlanmış odalarda ve gelişmiş ekümanlar ile dinletilmelidir.

5- Kemoterapötik ilaçlardan kaynaklanan varyasyonu azaltmak amacı ile primer kanser tanısı açısından daha çok homojenlik sağlanan büyük bir örneklem kullanılan bu çalışmanın bir benzeri yapılmalıdır.

**6-**Müziğin fiziksel etkilerini ölçmek için bu çalışmanın bir benzerinde müzik kullanımından sonra hastalara tükrük testi yapılarak hastaların IgA ve kortizol düzeyleri ölçülmelidir.

**7-**Uygulamada kullanılacak bant kaydının profesyonel olarak hazırlanması yada orijinal kasetlerin kullanılması sesin kalitesi önemli olduğu ve araştırma sonuçlarını etkileyeceği için göz önünde bulundurulmalıdır.

**8-**Bu çalışmanın bir benzeri, kontrol grubu alternatifi olarak aktif müzik terapi grubu ile karşılaştırılmalıdır.

**9-**Terapötik bir girişim olan müziğin uzun dönem etkililiği araştırılmalıdır.

**10-**Hastalar rahatlama teknikleri konusunda bilgilendirilmeli ve bu teknikler hastalara öğretilmelidir.

**11-**Alternatif terapötik yaklaşımlar olarak algılanan farklı bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olan müziğin hemşirelik uygulamalarına dahil edebilmek için hemşirelere bu konuda hizmet içi eğitim programları verilmeli ve müfredat ders programlarına eklenmelidir.

**12-**Daha büyük bir örneklem grubu kullanılarak kanser semptomları envanterinin geçerlik güvenirlik çalışması yapılmalıdır.

## ÖZET

Bu araştırma, kanser hastalarına dinletilen müziğin kemoterapi yan etkilerine ve durumluk - sürekli kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacı ile deneysel olarak yapılmıştır.

Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Bilim Dalı, Medikal Onkoloji Polikliniği ve Dahiliye Ana Bilim Dalı içinde bulunan özel tedavi odasına başvuran hastalar araştırmanın evrenini, bu evrenden sınırlamalara uygun olarak seçilmiş hastalar örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya girecek örneklem büyüklüğünü tespit edebilmek amacı ile Ege Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliği istatistiksel danışmanlık biriminden yardım alınmıştır. Yapılan PASS (Power Analysis and Sample Size) analizine göre deney grubunu 30, kontrol grubunu 30 bireyin temsil edeceği saptanmıştır (analizin gücü %63'tür).

Deney ve kontrol grubu hastalar ilk tanularına, yaş gruplarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, eğitim durumlarına, gelir düzeylerine ve en uzun süre yaşadığı yerleşim yerlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Grupların homojenliği sağlanmıştır.

Araştırma verileri, "Hasta Tanıtım Formu", "Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri", "Kanser Semptomları Envanteri", "Kemoterapi Yan Etkileri Envanteri" ve "Tedavi Sürecini Değerlendirme Anketi" ile gerekli izinler alındıktan sonra, Medikal Onkoloji Polikliniği ve Dahiliye Ana Bilim Dalı içinde bulunan özel tedavi odasında ayaktan kemoterapi alan hastalara uygulanarak toplanmıştır. Sürekli Kaygı Envanterinin bu araştırma için Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı; deney grubu hastalar için  $r = 0.82$ , kontrol grubu hastalar için  $r = 0.82$ , her iki grup için  $r = 0.81$  olarak,

Durumluk Kaygı Envanterinin (ilk kemoterapi öncesi) bu araştırma için Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı; deney grubu hastalar için  $r = 0.85$ , kontrol grubu hastalar için  $r = 0.88$ , her iki grup için  $r = 0.87$  olarak bulunmuştur. Hastaların kemoterapi öncesi kansere bağlı gelişen sorunlarını belirlemek amacı ile geliştirilen Kanser Semptomları Envanterinin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı; deney grubu hastalar için  $r = 0.56$ , kontrol grubu hastalar için  $r = 0.59$ , her iki grup için  $r = 0.60$  olarak, hastaların kemoterapi sonrası deneyimledikleri kemoterapi yan etkilerini belirlemek amacı ile geliştirilen Kemoterapi Yan Etkileri Envanterinin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı; deney grubu hastalar için  $r = 0.68$ , kontrol grubu hastalar için  $r = 0.60$ , her iki grup için  $r = 0.66$  olarak bulunmuştur.

Deney grubu kanser hastaları, kemoterapi ile kombine edilen tedavi prosedürünü almıştır. Hastalar müziği kemoterapi tedavileri esnasında araştırmacıya ait walkmen ile dinlemiştir. Kontrol grubu kanser hastaları, kemoterapi ile kombine edilen tedavi prosedürünü almamıştır.

Araştırma verileri sayı, yüzde hesapları, ki-kare, tekrarlı ölçüler için ANOVA, sperman sıra korelasyon analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Kontrol grubu hastaların dört ölçüm zamanında durumluk kaygı düzeylerinde fark saptanmamasına karşın deney grubu hastaların durumluk kaygı düzeylerinde düşme saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastaların durumluk kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında, dört ölçüm zamanı arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ), ölçüm zamanlarında durumluk kaygıda oluşan farklılıklar iki grupta benzer bulunmamıştır (deney grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ile müziğin etkileşimi anlamlı bulunmuştur) ( $p < 0.001$ ), iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).



İki grup ölçüm zamanı değişimi bakımından ayrı incelendiğinde, deney grubu hastaların, ölçüm zamanlarında durumluk kaygı düzeyi bakımından farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ) ve yapılan ileri analiz ile  $\alpha = 0.001$  düzeyinde birinci ölçüm zamanı (ilk kemoterapi öncesi durumluk kaygı) ile ikinci ölçüm zamanı (ilk kemoterapi sonrası durumluk kaygı), birinci ölçüm zamanı ile üçüncü ölçüm zamanı (ikinci kemoterapi sonrası durumluk kaygı), birinci ölçüm zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı (üçüncü kemoterapi sonrası durumluk kaygı), ikinci ölçüm zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı ve üçüncü ölçüm zamanı ile dördüncü ölçüm zamanı arasındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubu hastaların durumluk kaygı düzeylerinde  $\alpha = 0.05$  düzeyinde dört ölçüm zamanı arasında istatistiksel açıdan farklılık anlamlı bulunmamıştır.

Deney ve kontrol grubu hastaların kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki ölçüm zamanı (kanser semptomları ile kemoterapi yan etkileri) arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ), iki ölçüm arasında oluşan farkın iki grupta da benzer olduğu (deney grubu hastaların kemoterapi yan etkileri ile müziğin etkileşimi anlamlı bulunmamıştır) ( $p > 0.05$ ) saptanmasına karşın iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ).

Deney ve kontrol grubu hastaların hem durumluk kaygı puan ortalamaları ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasında hem de kanser semptomları puan ortalamaları ile kemoterapi yan etkileri puan ortalamaları arasında pozitif (+) yönde doğrusal bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak kanser hastalarına dinletilen müziğin kemoterapi yan etkilerini azaltmadığı, durumluk kaygı düzeyini etkilediği saptanmıştır. Araştırmada bu sonuçlar doğrultusunda, çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

## SUMMARY

This research, which was carried out experimentally, aimed to investigate the affects of music that was listened to patients with cancer, on the side effects of chemotherapy and on their state trait anxiety levels.

The scope of the research comprised of the patients referred to specific treatment rooms located within the Department of Oncology, Medical Oncology Polyclinic and Department of Internal Diseases of Ege University Research and Application Hospital between 01 February 2003 and 30 June 2003 and the patients selected in accordance with limitations were constituted the sample of research. In order to determine the extent to which sampling to be included in research assistance from Statistical Advisory Unit of Ege University Computer Engineering was received. According to PASS analysis (Power Analysis and Sample Size) 30 individuals enrolled in experimental group and 30 in control group ( the strength of analysis is 63%).

Whom patients were evaluated according to their first diagnosis, age groups, genders, marital statuses, education levels, income levels and the longest lived place of residence, a statistically significant difference was not found ( $p>0.05$ ). Homogeneity of groups ensured.

After all necessary permissions obtained, research data were collected from outpatients who were treated with chemotherapy in special treatment rooms located in Medical Oncology Polyclinic and Department of Internal Diseases by using "Patient Identification Form", State Trait Anxiety Inventory", Cancer Symptoms Inventory", Chemotherapy Side Effects Inventory" and " Treatment Process Assessment Survey". Cronbach alpha internal consistency coefficients of Trait Inventory for this research, in experimental group was  $r = 0.82$ , in control group was  $r = 0.82$ , in both groups was

$r = 0.81$ . Cronbach alpha internal consistency coefficients of State Inventory (prior to first chemotherapy) for this research, in experimental group was  $r = 0.85$ , in control group was  $r = 0.88$ , in both groups was  $r = 0.87$ . Cronbach alpha internal consistency coefficients of Cancer Symptoms Inventory, which was developed to identify problems emerged associated with cancer prior to chemotherapy; in experimental group was  $r = 0.56$ , in control group was  $r = 0.59$ , in both groups was  $r = 0.60$ . Cronbach alpha internal consistency coefficients of Chemotherapy Side Effects Inventory, which was developed to identify side effects that patients experienced after chemotherapy; in experimental group was  $r = 0.68$ , in control group was  $r = 0.60$ , in both groups was  $r = 0.66$ .

The percentage estimations of research data were evaluated by using number, %, chi-square, repeated measure ANOVA and correlation analysis.

When both groups were evaluated separately in regards to measurement time variation, a statistically significant difference was detected in measurement times of experimental group patients related to state anxiety levels ( $p < 0.001$ ). In addition, in the advanced analysis conducted statistically significant differences ( $\alpha = 0.001$ ) were found between the first measurement time (state anxiety prior to first chemotherapy) and the second measurement time (state anxiety after first chemotherapy); the first measurement time and the third measurement time (state anxiety after second chemotherapy); the first measurement time and the fourth measurement time (state anxiety after third chemotherapy); the second measurement time and the fourth measurement time; the third measurement time and the fourth measurement time. In the state anxiety levels of control group patients a statistically difference between four measurement times was not found ( $\alpha = 0.05$ )

When the mean scores received by experimental and control group patients from cancer symptoms and chemotherapy side effects were assessed, the difference between two measurement times (cancer symptoms and chemotherapy side effects) was found significant ( $p < 0.001$ ). Although the difference occurred between two groups was similar in both groups (experimental group patients' chemotherapy side effects and interaction with music were not significant) ( $p > 0.05$ ) the difference between two groups was found statistically significant ( $p < 0.01$ ).

In experimental and control group patients, a linear relationship towards (+) positive was detected in between mean scores of state anxiety and trait anxiety; and between mean scores of cancer symptoms and side effects.

Consequently, it was concluded that the music listened to patients with cancer did not reduce side effects of chemotherapy, whereas affected the situation anxiety level. In research many suggestions were made in the direction of these results.

## KAYNAKLAR

- 1- Aidridge, D., "Life as Jazz: Hope, Meaning, and Music Therapy in The Treatment of Life – Threatening Illness", The Journal of Mind—Body Health, Vol. 14 Issue 4,12 p, 3 charts, 1998, p. 271-281.
- 2- Akgül, A., Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri- SPSS Uygulamaları, Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara, 1997.
- 3- Akyol A.D., "Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2), 1993, ss. 75- 79.
- 4- Altınölçek, H., "Eski Yunan Medeniyeti ve Bergama Asklepion' unda Müzikle TedaviUygulaması", <http://www.musikionline.com/bolumler/makaleler/makale010>.
- 5- Altuğ, B. ve ark., "Kanser Hastalarında Psikiyatrik Semptom Dağılımı", IV. Anadolu Psikiyatri Günleri, Konya, 1-3 Haziran 1995, ss. 268-272.
- 6- Anuk, D., "Kanser, Kanserli Hasta, Hasta Ailesi ve Tedavi Ekibi", Konsültasyon –Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz.:Özkan, S., İstanbul, 1998 – 1999, ss.160-173.
- 7- Anuk, D., Özkan, M., Alçalar, N., "İ. Ü. İ. T. F. Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı Psiko-onkoloji Çalışmalarının 2 Yıllık Dökümü", Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz.:Özkan, S., İstanbul, 1998-1999, ss. 174-181.
- 8- Arkonaç, O., Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 1999.
- 9- Babacan, S. S., "Sezeryan Sonrası Ağrı Kontrolünde İlaç Dışı Farklı İki Yöntemin (Masaj / Dokunma ve Müzik / Gevşeme) Etkililiğinin Karşılaştırılarak İncelenmesi", E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, İzmir, 1999.

- 10-**Bech, S.L., "The Therapeutic Use of Music for Cancer Related Pain", *Oncology Nursing Forum*, 18(8), 1991, p.1327-1337.
- 11-**Beck C.M., Rawlins R.P., Williams S.R., "Anxiety", *Mental Health Psychiatric Nursing – A Holistic Life - Cycle Approach*, The C.V. Mosby Company, St. Louis Toronto, 1984, ss.401- 444.
- 12-**Bolat, Ç., "Başedilmesi Güç Bir Sorun Olarak Kansere Ağrısı, E. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10(2), 1994.
- 
- 13-**Burns, Debra, S., "The Effect of The Bonny Method of Guided Imagery and Music on The Mood and Life Quality of Cancer Patients", *The Journal of Music Therapy*, 38(1), Spring 2001, p. 51-65.
- 14-**Burns, S.J.I. and et al., "A Pilot Study into The Therapeutic Effects of Music Therapy at a Cancer Help Center", *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7(1), Jan. 2001, p. 48-56.
- 15-**Ceylan, E., Yazan, B., *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 3. Cilt, Anksiyete Bozuklukları, 1. Baskı, Atlan Matbaacılık, İstanbul, 2000, ss.1- 42.*
- 16-**Cimilli, C., "Kanserde Anksiyete ve Depresyon", *3P Dergisi*, Cilt: 6, Ek Sayı:3, Eylül 1998, ss.8-13.
- 17-**Covington, H., Crosby, C., "Music Therapy as a Nursing Intervention", *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 35(3),1997, p. 34-37.
- 18-**Dicle, O., "Müzikle Tedavi Tarihi", E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji A.B.D. Bitirme Tezi, İzmir, 1984.
- 19-**Dinçel, B., "Müzikle Tedavi", E. Ü. Devlet Türk Musikisi Konservatuarı Temel Bilimler Bölümü, Lisans Bitirme Tezi, İzmir, Temmuz 1989.

- 20-**Durna, Z., “Kanserli Hastada Ağız Bakımı ve Bulantı Kusma İle İlgili Hemşirelik Yaklaşımı” Kanser Hemşireliği Eğitim Kursu Özet Kitabı, Editör: Topuz, E., 15-16 Nisan 1993, İstanbul, ss.84-89.
- 21-**Durna, Z., “Kanserli Hastada Ağız Bakımı”, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Bülteni, 4(18), 1990, ss.90-105.
- 22-**Elbi, H., “Kanserin Psikolojik Yönleri”, Türk Psikiyatri Dergisi, 2(1), 1991, ss. 60-64.
- 23-**Elbi, H., “Kanserli Hastada Depresyon”, Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz.: Özkan, S., Ed.: Özkan, M., İstanbul, 1996-1997, ss. 31-35.
- 24-**Elbi, H., “Psiko – Onkoloji”, 3P Dergisi, Cilt:6, Ek Sayı:3, Eylül 1998, ss.5-7.
- 25-**Elbi, H., Mete, T., “Ağrı”, Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz.: Özkan, S., Ed.: Özkan, M., İstanbul, 1998-1999, ss.133.
- 26-**Eracar Başar, N., Başar, T., “Psikoterapide Müziğin Kullanımı”, Psikoterapide Sanatın Kullanımı, ss.62-78.
- 27-**Evans, D., “The Effectiveness of Music as a Intervention for Hospital Patients: A Systematic Review”, Journal of Advanced Nursing, 37 (1), 2002, p. 8-18.
- 28-**Fadıloğlu, Ç., “Kanserli Hastada Yaşam Kalitesi”, E. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu, İzmir, 1992, ss.5-12.
- 29-**Fischer, M., “Music as Therapy”, Nursing Times, September 1990, 86(38), p. 39-41.
- 30-**Frank, J.M., “ The Effect of Music Therapy and Guided Visual Imagery on Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting”, Oncology Nursing Forum,12(5), 1985, p.47-52.

- 31-**Gagner Tjellesen, D.,Yurkovich, E.E., Gragert, M., “Use of Music Therapy and Other ITNIs in Acute Care”, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 39(10), 2001, p. 26-37.
- 32-**Good, M. and et al. “Culturel Differences in Music Chosen for Pain Relief”, Journal of Holistic Nurses’ Association), 18(3), September 2000, p. 245-260.
- 33-**Grebene, B., “Müzikle Tedavi”, Güven Kitabevi Yayınları, Ankara, 1978.
- 34-**Gülenç, C., Köroğlu, E., Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt I, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, ss. 449-459.
- 35-**Güngör, Ş., “Cerrahi Girişim Yapılacak Vakalarda Preoperatif Dönemde Müzik Terapi ve Dokunmayı İçeren Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Üzerindeki Etkileri”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.B.D., Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
- 36-**Hadley, R.T. and et al., “Music Therapy: A Treatment Modality for Special – Needs Populations”, International Journal for The Advancement of Counselling, Vol.23, September 2001, p. 215-221.
- 37-**Hamer, B. A., “Music Therapy: Harmony for Change”, Journal of Psychosocial Nursing, 29(12), 1991, p. 5-7.
- 38-**.....“Kanser Nedir?”, <http://www.genetikbilim.com/genbilim/kansernedir.htm>.
- 39-**.....“Kanserde Ulusal Sorunlarımız, Psikososyal Onkoloji”, <http://www.kanser.kongresi.gen.tr/iixkanser/sorun14.html>.
- 40-**Keltner, L. N., Introduction to Psychiatric Nursing (Ed.). Keltner, N. L., Schwecke, L.H., Bostrom, L.E., Mosby-Year Book Inc., USA, 1995.
- 41-**Kocatürk, U., Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü, Sevinç Matbaası, 3. Basım, Ankara, 1986.



- 42-** Kum, N., Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Yayınları No:13, 1. Baskı, Ankara, 1996, ss.1-3, 132-158.
- 43-** Magill, L., “ The Use of Music Therapy to Address The Suffering in Advanced Cancer Pain”, Journal of Palliative Care, Toronto, 17(3), Autumn 2001, p.167-173.
- 44-** Meyer, T., Mark, M., “Effects of Psychosocial Intervention with Adult Cancer Patient: A meta-analysis of randomized experiments”, Health Psychology, Vol.14, 1995, p.101-108.
- 45-** Moreno, J. J., İçimizdeki Müziği Eylemek, Müzik Terapi ve Psikodrama, Çeviri Editörü ve Düzeltileni: Doğaner, İ., Atadost Matbaacılık ve Yayıncılık A.Ş., 1. Baskı, Mayıs 2001.
- 46-** .....“Music Therapy and Emotional Expression and Support, Music Therapy and Pain Management”, <http://www.homepage.tinet.ie/~musictherapy/medicine>.
- 47-** .....“Music Therapy”, <http://www.wooster.edu>,
- 48-** Noyes, R., Hoehn-Saric, R., Anksiyete Bozuklukları, Editör: Şar, V., Medikal&Paramedikal Yayıncılık, İstanbul, 1998, ss.1-37.
- 49-** O’Callaghan, C., “Bringing Music to Life: A Study of Music Therapy and Palliative Care Experiences in a Cancer Hospital”, Journal of Palliative Care, Toronto, 17(3), Autumn 2001, p.155-161.
- 50-** O’Callaghan, Clare, C.,” Lyrical Themes in Songs Written by Palliative Care Patients”, The Journal of Music Therapy, Vol. 33, Summer 1996, p. 74-92.
- 51-** Oflaz, F., “Onkoloji Kliniğinde Yatan Kanser Hastalarının Psikiyatrik Semptom Düzeyleri ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması”, Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 4(1), Haziran 2002, ss. 65-72.

- 52-**Oflaz, F., Hatipoğlu, S., “Onkoloji Kliniğinde Yatan Hastaların Psikiyatrik Semptom Gösterme Düzeyleri ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması”, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Erzurum, 22-24 Haziran 1999, ss. 457-462.
- 53-**Öner, N., Lecompte, A., Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, No:333, 2. Baskı, İstanbul,1985.
- 54-**Öner, N., Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1994, ss.365-373.
- 
- 55-**Özdamar, K., Tıp, Biyoloji, Eczacılık ve Diş Hekimliği Öğrencileri İçin SPSS ile Biyoistatistik, 4. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 2001.
- 56-**Özkan, A. N., Kırımlıoğlu, N., Elçioğlu, Ö.,” Tarihsel Süreç İçinde Müzikoterapi”, Sendrom, Haziran 2002, ss. 62-78.
- 57-**Özkan, M. N., “Psikoonkoloji”, Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz.: Özkan, S., Ed.: Özkan, M., İstanbul, 1996-1997, ss.21-30.
- 58-**Özkan, S., “ Psikiyatrik ve Psikososyal Açından Kanser”, Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Düz.: Özkan, S., İstanbul, 1998 – 1999, ss.140-153.
- 59-**Öztürk, O., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994, ss.428-431.
- 60-**Sabo C.E., Michael, S.R., “ The Influence of Personal Message with Music on Anxiety and Side Effects Associated with Chemotherapy”, Cancer Nursing, 19(4), 1996, p.283-289.
- 61-**Sivesind, D., Baile, F. W., “The Psychologic Distress in Patients with Cancer”, Nursing Clinics of North America, 36(4), December 2001, p. 809-825.

- 62-** Smith, M. and et al., "Music as a Therapeutic Intervention for Anxiety in Patients Receiving Radiation Therapy", *Oncology Nursing Forum*, 28(5), 01-Jun-2001, p.855-862.
- 63-** Terakye, G., Platin, N., ESO (European School of Oncology), *Onkoloji Hemşireliği Kursu Kitapçığı*, 05-07 Mayıs 1999.
- 64-** ..... "The Psychological Aspects of Chemotherapy", <http://www.mskcc.org/document/wicpsy3.htm>.
- 65-** Ünver, S., "Musikinin Ruh Hastaları Üzerindeki Etkileri (Müzikle Tedavi Yöntemleri)", E. Ü. Devlet Türk Musikisi Konservatuvarı, İzmir, 1989.
- 66-** Varol, Ş., "Sedatif Müziğin Preoperatif Kaygı Düzeyine İntraoperatif Kan Basıncı ve Nabız Parametrelerine Etkisinin İncelenmesi", E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.
- 67-** Waldon, E.G., "The Effects of Group Music Therapy on Mood State and Cohesiveness in Adult Oncology Patients", *Journal of Music Therapy*, 38(3), 2001, p.212-238.
- 68-** Yasko, J., Greene, P., "Coping with Problems Related to Cancer and Cancer Treatment", *Cancer Journal for Clinicians*, 37(2), March-April 1987, p. 106-124.
- 69-** Yüksel, N., *Ruhsal Hastalıklar*, 2. Baskı, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2001, ss.168-173.
- 70-** Zimmerman, L. and et al., "Effects of Music in Patients Who Had Chronic Cancer Pain", *Western Journal of Nursing Research*, 11(3), 1989, p. 298-309.

**EK I****HASTA TANITIM FORMU****ADI SOYADI:**

1-Hastanın ilk tanısı:.....

2-Yaşınız?

3-Cinsiyetiniz nedir?

1- Kadın      2- Erkek

4-Medeni durumunuz nedir?

1- Evli      2- Bekar      3- Dul,Boşanmış, Ayrı yaşıyor

5-Çocuğunuz var mı?

1- Yok      2- 1      3- 2      4- 3 ve daha fazla

6-En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi neresidir?

1- Köy  
2- Kasaba / İlçe  
3- Şehir/Büyük şehir

7-Şu anda yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?

1- Köy  
2- Kasaba/ İlçe  
3- Şehir/ Büyük şehir

8-Şu anda kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

.....

**9-Eğitim durumunuz nedir?**

- 1- Okur yazar değil
- 2- Okur yazar/ ilkokul
- 3- Ortaokul/ Lise
- 4- Yüksekokul/ Fakülte

**10-Mesleğiniz nedir?**

- 1- İşçi
- 2- Memur
- 3- Serbest
- 4- Emekli
- 5- Diğer.....

**11-Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

- 1- Gelir- giderden az
- 2- Gelir- giderle denk
- 3- Gelir- giderden fazla

**12-Sosyal güvenceniz var mı?**

- 1- Yok
- 2- Bağ-kur
- 3- SSK
- 4- Emekli sandığı
- 5- Özel sigorta
- 6- Diğer.....

**13-Yaşamınız boyunca sigara kullandınız mı?**

- 1- Evet
- 2- Hayır

**14-Eğer cevabınız evet ise ne kadar süredir kullandığınızı belirtiniz.**

.....

15-Şu anda sigara kullanıyor musunuz?

- 1- Evet      2- Bıraktım

16-Eğer bıraktıysanız süresini belirtiniz.

.....

17-Yaşamınız boyunca alkol yada bağımlılık yapıcı bir madde kullandınız mı?

- 1- Evet      2- Hayır

18- Eğer cevabınız evet ise ne kadar süredir kullandığınızı belirtiniz.

.....

19-Şu anda alkol yada bağımlılık yapıcı bir madde kullanıyor musunuz?

- 1- Evet      2- Bıraktım

20-Eğer bıraktıysanız süresini belirtiniz.

.....

21-Müziğin yaşamınızdaki önemini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1- Hiç önemli değil  
2- Biraz önemli  
3- Çok önemli

22-Hastalandıktan sonra kendinizi rahatlatacak herhangi bir hobiniz oldu mu?

- 1- Evet      2- Hayır

23-Eğer cevabınız evet ise, belirtiniz?

.....

24-Bugünkü sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1- Çok kötü  
2- Kötü  
3- Orta  
4- İyi  
5- Çok iyi

**Katkılarınızdan Dolayı Teşekkür Ederim**

**Ar. Gör. Serap Çam**

**EK II****DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ****ADI SOYADI:****TARİH:**

|   | <b>HİÇ</b> | <b>BİRAZ</b> | <b>ÇOK</b> | <b>TAMAMIYLA</b> |
|---|------------|--------------|------------|------------------|
| 1-Şu anda sakinim                                 | ( )        | ( )          | ( )        | ( )              |
| 2-Kendimi emniyette hissediyorum                  | ( )        | ( )          | ( )        | ( )              |
| 3-Şu anda sınırlarım 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-Sınırlarımın 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                         | ( )        | ( )          | ( )        | ( )              |

### SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

|  | Hemen<br>Hiçbir Zaman | Bazen | Çok<br>Zaman | Hemen<br>Her Zaman |
|--|-----------------------|-------|--------------|--------------------|
| 21-Genellikle keyfim yerindedir                                  | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 22-Genellikle çabuk yorulurum.                                   | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 23-Genellikle kolay ağlarım                                      | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 24-Başkaları kadar mutlu olmak isterim.                          | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 25-Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.             | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 26-Kendimi dinlenmiş hissediyorum                                | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 27-Genellikle sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım.            | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 28-Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.       | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 29-Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.                        | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 30-Genellikle mutluyum.  | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 31-Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.                       | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 32-Genellikle kendime güvenim yoktur.                            | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 33-Genellikle kendimi emniyette hissedirim.                      | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 34-Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.         | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 35-Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.                        | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 36-Genellikle hayatımdan memnunum.                               | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 37-Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam. | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 38-Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.                     | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 39-Aklı başında kararlı bir insanım.                             | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |
| 40-Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.     | ( )                   | ( )   | ( )          | ( )                |



**EK III****KANSER SEMPTOMLARI ENVANTERİ****ADI SOYADI:**

**Envanterin Kullanımı:** Kanser ile ilişkili olabilecek aşağıdaki problemler ile ilgili deneyiminize yakın olan problem yada problemleri algılama derecenize göre lütfen daire içine alınız. Örneğin: Hiç yorgunluk/ Halsizlik deneyimlemediyseniz numara 1'i daire içine alacaksınız.

\* 1: Hiç      2: Biraz      3: Orta Derecede      4: Çok      5: Şiddetli

| <b>*YAN ETKİLER</b>                | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1-Yorgunluk/ Halsizlik             | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 2-Konstipasyon                     | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 3-Diyare                           | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 4-İştahsızlık                      | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 5-Kilo kaybı                       | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 6-Tat değişimi/ Ağızda metalik tat | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 7-Mide bulantısı                   | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 8-Kusma                            | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 9-Ağız ülseri                      | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 10-Boğaz ağrısı                    | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 11-Saç dökülmesi                   | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 12-Deri döküntüsü                  | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 13-El ve ayaklarda uyuşukluk       | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 14-Ağrı                            | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 15-Uykusuzluk                      | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 16-Konsantrasyon güçlüğü           | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |

**EK IV****KEMOTERAPİ YAN ETKİLERİ ENVANTERİ****ADI SOYADI:**

**Envanterin Kullanımı:** Kemoterapi ile ilişkili olabilecek aşağıdaki problemler ile ilgili deneyiminize yakın olan problem yada problemleri algılama derecenize göre lütfen daire içine alınız. Örneğin: Hiç yorgunluk/ Halsizlik deneyimlemediyseniz numara 1'i daire içine alacaksınız.

\* 1: Hiç      2: Biraz   3: Orta Derecede      4: Çok      5: Şiddetli

| <b>*YAN ETKİLER</b>                | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1-Yorgunluk/ Halsizlik             | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 2-Konstipasyon                     | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 3-Diyare                           | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 4-İştahsızlık                      | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 5-Kilo kaybı                       | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 6-Tat değişimi/ Ağızda metalik tat | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 7-Mide bulantısı                   | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 8-Kusma                            | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 9-Ağız ülseri                      | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 10-Boğaz ağrısı                    | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 11-Saç dökülmesi                   | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 12-Deri döküntüsü                  | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 13-El ve ayaklarda uyuşukluk       | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 14-Ağrı                            | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 15-Uykusuzluk                      | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| 16-Konsantrasyon güçlüğü           | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |

**EK- V****TEDAVİ SÜRECİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ****ADI SOYADI:**

1- Katılmış olduğunuz müzik ile tedavi süreci sizin için yararlı oldu mu?

1- Evet

2- Hayır

2- Müzik ile tedavi süreci sizin için yararlı oldu ise ne yönde bir yarar sağladınız?

3- Müzik ile tedavi sürecinin sizin için yararlı olmadığını düşünüyorsanız sizce sebepleri nelerdir?

EK-VI

T.C  
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hastane Başhekimliği

İemş. Hizmt. Yönetimi

SAYI : B.30.2.EGE.0.1H.00.04/K- 249

KONU :

24/2/2003

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
MÜDÜRLÜĞÜNE,**

**İLGİ:** 264 sayılı ve 21.01.2003 tarihli yazınız.

Yüksekokulumuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerinden Serap ÇAM, "Kanser Hastalıklarında Müziğin, Kemoterapi Yan Etkilerine ve Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisi" konulu yüksek lisans tezini 01.02.2003-31.06.2003 tarihleri arasında Hastanemiz İç Hastalıkları Anabilim Dalı ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Hast. Başhem. Belgin DANIŞ (



  
**Prof. Dr. Geylani ÖZOK**  
**Başhekim**

## ÖZGEÇMİŞ

Serap ÇAM YILDIRIM

1977 yılında Aydın' da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Aydın' da tamamladıktan sonra 1994 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu' nda lisans eğitimine başladı ve 1998 yılında mezun oldu. 1999 yılında E.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji A.B.D' nda hemşire olarak göreve başladı. 2000 yılında E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nce açılan Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans sınavını kazanarak, bir yıl İngilizce hazırlık eğitimi aldıktan sonra yüksek lisans çalışmalarına başladı. 2002 yılında E.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu'na açılan araştırma görevlisi sınavında başarı göstererek bu göreve atandı. Halen E.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği A.B.D.' nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır. Evlidir.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ