



T.C.

**AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HASTANEDE YATAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERE
UYGULANAN MÜZİK TERAPİSİNİN HASTANE ANKSİYETE,
DEPRESYON VE KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KÜBRA SARI

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ MERVE ÇAYIR YILMAZ

**AMASYA
AĞUSTOS 2025**

**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**HASTANEDE YATAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERE
UYGULANAN MÜZİK TERAPİSİNİN HASTANE ANKSİYETE,
DEPRESYON VE KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ**

Kübra SARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ**

**AMASYA
AĞUSTOS 2025**

Kübra SARI tarafından hazırlanan “**HASTANEDE YATAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERE UYGULANAN MÜZİK TERAPİSİNİN HASTANE ANKSİYETE, DEPRESYON VE KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Başkan: Doç. Dr. Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Fırat Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Üye: Doç. Dr. Neşe UYSAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Tez Savunma Tarihi: 20/08/2025

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....
Doç. Dr. Gonca ÜSTÜN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Kübra SARI

20/08/2025

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde rehberliği ve nazik yaklaşımıyla yol gösteren, beni sabırla dinleyip motive eden, kendime örnek aldığım, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ’a,

Hayatımın her anında yanımda olan, ellerinden gelenin her zaman fazlasını yaparak ikizimle beni sevgiyle büyüten annem Kezban SARI ve babam Zeki SARI’ya,

Doğduğumuz andan itibaren hep beraber olduğumuz, yüksek lisans eğitimi sürecinde de birlikte ilerlediğimiz, varlığından dolayı her zaman mutlu olduğum, bana maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen ikizim ve meslektaşım Tuğba SARI’ya,

Konuşmalarıyla beni yüreklendiren, desteklerini hep üzerimde hissettiğim teyzelerim Safiye İZGİ ve Samiye ÇİÇEK’e,

Her zaman benimle sevinen, üzülen ve gururlanan, yeri doldurulamaz değerli arkadaşım Zehra ÇAKIR’a,

Çalışmada yer alan tüm katılımcılara gönülden teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Hastalıklar	4
2.1.1. Tanım ve önem	4
2.1.2. Kronik hastalıkların epidemiyolojisi	4
2.2. Kronik Hastalıkların Yönetimi ve Hastaneye Yatış Durumu	7
2.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Hastane Anksiyete ve Depresyonu.....	12
2.3.1. Kronik hastalığı olan bireylerde hastane anksiyete ve depresyonunun azaltılmasında/yönetiminde hemşirenin rolü	13
2.4. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Konfor.....	15
2.4.1. Kronik hastalığı olan bireylerde konforun artırılmasında hemşirenin rolü.....	16
2.5. Müzik Terapisi	17
2.5.1. Müzik terapisi ve kronik hastalıklar	18
2.5.2. Müzik terapisi ve hemşirelik	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.3.1 Araştırmanın işleme ve dışlama kriterleri.....	22
3.4. Randomizasyon ve Körleme	22
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	22

3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Kişisel bilgi formu	23
3.6.2. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ)	23
3.6.3. Genel konfor ölçeği kısa formu (GKÖ-KF)	23
3.7. Müzik Terapisinin Uygulanması	24
3.7.1. Müzik terapi grubuna gerçekleştirilen uygulamalar	25
3.7.2. Kontrol grubuna gerçekleştirilen uygulamalar	25
3.8. Verilerin Toplanması	26
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	26
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
6.1. Sonuç	47
6.2. Öneriler	47
KAYNAKLAR	49
EKLER.....	67
EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı ..	68
EK-2. Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi Kurum İzni	70
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müzik Terapi Grubu).....	71
EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)	73
EK-5. Ritmoterapist Sertifika Belgesi	75
EK-6. TÛMATA Makam Önerisi	76
EK-7. TÛMATA Acemaşiran Makamı Kullanım İzni.....	77
EK-8. Kişisel Bilgi Formu	78
EK-9. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) Kullanım İzni	80
EK-10. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)	81
EK-11. Genel Konfor Ölçeği-Kısa Formu (GKÖ-KF) Kullanım İzni	84
EK-12. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (GKÖ-KF)	85
ÖZGEÇMİŞ	87

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Müzik Terapi ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	29
Tablo 4.2. Müzik Terapi ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	31
Tablo 4.3. Müzik Terapi Grubu ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastane Anksiyetesi Ön Test Puanları Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Sonuçları	32
Tablo 4.4. Müzik Terapi ve Kontrol Grubu Hastane Anksiyetesi Ön Test ve Son Test Puanları Bağımlı Gruplar için T-Testi Sonuçları.....	33
Tablo 4.5. Hastane Anksiyetesi Puanları Son Test Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	33
Tablo 4.6. Hastane Anksiyetesi Son Test Puanları Tek Yönlü ANCOVA Sonuçları.....	34
Tablo 4.7. Müzik Terapi Grubu ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastane Depresyonu Ön Test Puanları Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Sonuçları	35
Tablo 4.8. Müzik Terapi ve Kontrol Grubu Hastane Depresyonu Ön Test ve Son Test Puanları Bağımlı Gruplar için T-Testi Sonuçları.....	35
Tablo 4.9. Hastane Depresyonu Puanları Son Test Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	36
Tablo 4.10. Hastane Depresyonu Son Test Puanları Tek Yönlü ANCOVA Sonuçları	36
Tablo 4.11. Müzik Terapi Grubu ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test Genel Konfor Alt Boyutları ve Genel Konfor Toplam Puanları Bağımsız Örneklemeler için T-Testi Sonuçları.....	37
Tablo 4.12. Müzik Terapi ve Kontrol Grubu Ön Test ve Son Test Genel Konfor Alt Boyutları ve Genel Konfor Toplam Puanları Bağımlı Gruplar için T-Testi Sonuçları.....	38
Tablo 4.13. Genel Konfor Alt Boyutları ve Genel Konfor Toplam Puanları Son Test Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	39
Tablo 4.14. Genel Konfor Alt Boyutları ve Genel Konfor Toplam Son Test Puanları Tek Yönlü ANCOVA Analizleri Sonuçları	39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.7.1. Consort Akış Şeması	26
Şekil 4.1. Müzik Terapi ve Kontrol Grubu Anksiyete Puanları Değişim Grafiği	34
Şekil 4.2. Müzik Terapi ve Kontrol Grubu Hastane Depresyonu Puanları Değişim Grafiği	36
Şekil 4.3. Müzik Terapi ve Kontrol Grubu Ferahlama Puanları Değişim Grafiği	40
Şekil 4.4. Müzik Terapi ve Kontrol Grubu Rahatlama Puanları Değişim Grafiği	40
Şekil 4.5. Müzik Terapi ve Kontrol Grubu Üstünlük Puanları Değişim Grafiği.....	41
Şekil 4.6. Müzik Terapi ve Kontrol Grubu Genel Konfor Puanları Değişim Grafiği	41



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış bazı kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklama

χ^2

Ki Kare

η^2

Eta-kare

Kısaltmalar

Açıklama

DSÖ

Dünya Sağlık Örgütü

CDC

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centre for Disease Control and Prevention)

KOAH

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

ABD

Amerika Birleşik Devletleri

TÜMATA

Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma

OECD

Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü)

TÜİK

Türkiye İstatistik Kurumu

TAT

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

HADÖ

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

GKÖ-KF

Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu

ANCOVA

Tek Yönlü Kovaryans Analizi

ÖZET

HASTANEDE YATAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERE UYGULANAN MÜZİK TERAPİSİNİN HASTANE ANKSİYETE, DEPRESYON VE KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ

Kübra SARI

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans, Ağustos/2025
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ

Bu araştırma, hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin hastane anksiyete, depresyon ve konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Randomize kontrollü deneysel tipte gerçekleştirilen bu araştırma, Eylül 2024-Şubat 2025 tarihleri arasında Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi Üroloji Servisi'ne dahili hastalıklar nedeniyle yatan dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 58 birey ile yürütülmüştür. Müzik terapi grubundaki bireylere 4 gün boyunca günde 30 dakikalık müzik terapisi uygulanmıştır. Kontrol grubundaki bireyler ise rutin tedavi ve bakımlarını almış, bu bireylere ek herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Araştırma ön test verileri 1. günde/ilk görüşmede, son test verileri ise 5. günde toplanmıştır. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki kare analizi, bağımlı örneklem t testi ve bağımsız örneklem t testi, tek yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır.

Müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki bireyler arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Her iki grubun, ön testte Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Son testte ise müzik terapi grubundaki bireylerin Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu puan ortalamalarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ($p < 0,001$) bulunmuş olup Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Diğer yandan müzik terapi grubunun Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ve son testte ölçek puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,01$).

Sonuç olarak hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin, bireylerin konfor düzeyini arttırdığı ve hastane anksiyetesi ve depresyonunu azaltmada kısmen etkili olduğu belirlenmiştir. Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylerin anksiyete ve depresyonunun azaltılması ve konfor düzeylerinin artırılmasında hemşirelerin müzik terapisini kullanmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Hemşirelik, Konfor, Kronik Hastalık, Müzik Terapisi

ABSTRACT

THE EFFECT OF MUSIC THERAPY APPLIED TO HOSPITALIZED INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES ON HOSPITAL ANXIETY, DEPRESSION AND COMFORT LEVEL

Kübra SARI

Amasya University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Master of Science in Internal Medicine Nursing, August/2025
Advisor: Instructor Asst. Prof. Dr. Merve ÇAYIR YILMAZ

This study was conducted to determine the effects of music therapy applied to hospitalized chronically ill individuals on hospital anxiety, depression and comfort levels.

This randomized controlled experimental study was conducted with 58 individuals who were admitted to the Merzifon Kara Mustafa Paşa State Hospital Urology Department on behalf of an internal medicine specialist between September 2024 and February 2025, who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. Individuals in the music therapy group received 30 minutes of music therapy as a single session per day for 4 days. Individuals in the control group received their routine treatment and care, and no additional intervention was applied to these individuals. Pre-test data were collected on the 1st day/first interview, and post-test data were collected on the 5th day. The research data were collected using the Personal Information Form, Hospital Anxiety and Depression Scale, and General Comfort Scale Short Form. Chi-square analysis, dependent sample t-test and independent sample t-test, one-way analysis of covariance (ANCOVA) were used in the evaluation of the data.

There were no significant differences in sociodemographic characteristics between individuals in the music therapy and control groups. No significant difference was found between the mean scores on the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Short Form of the General Comfort Scale in the pretest of either group ($p > 0,05$). In the posttest, individuals in the music therapy group had significantly higher mean scores on the Short Form of the General Comfort Scale ($p < 0,001$), but no significant difference was found between their mean scores on the Hospital Anxiety and Depression Scale ($p > 0,05$). On the other hand, the difference between the pretest and posttest mean scores on the Hospital Anxiety and Depression Scale in the music therapy group was significant, and the mean scale score was lower in the posttest ($p < 0,01$).

As a result, it was determined that music therapy applied to hospitalized individuals with chronic diseases increased the comfort level of the individuals and was partially effective in reducing hospital anxiety and depression. It is recommended that nurses use music therapy to reduce anxiety and depression and increase comfort levels of hospitalized individuals with chronic diseases.

Keywords: Anxiety, Depression, Nursing, Comfort, Chronic Disease, Music Therapy

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar; yavaş ilerleyen, düzenli-sürekli tedavi, bakım ve izlem gerektiren, bir ya da daha fazla sistemde geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluklarına yol açan uzun dönem sağlık sorunlarıdır [1]. Günümüzde yaşam tarzındaki değişiklikler ve sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyindeki artış gibi faktörler nedeniyle beklenen yaşam sürelerinin artmış olması, kronik hastalık sayılarını da arttırmıştır. Kronik hastalıklar, dünyada ve ülkemizde mortalite ve morbiditenin en önemli nedeni haline gelmiştir [2 ve 3]. Kronik hastalıklar her yıl en az 43 milyon insanın ölümüne neden olmakta olup bu sayı dünya çapındaki tüm ölümlerin %74'üne denk gelmektedir. Tüm kronik hastalık kaynaklı ölümlerin %73'ü ise düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, yılda 19 milyon kişiyle kronik hastalıklar kaynaklı ölümlerin çoğunu oluştururken, bunu kanserler (10 milyon), kronik solunum yolu hastalıkları (4 milyon) ve diyabet (diyabetin neden olduğu böbrek hastalığı ölümleri dahil 2 milyondan fazla) takip etmektedir [4]. Önümüzdeki yıllarda kronik hastalıkların ve hastalık kaynaklı ölüm oranlarının daha da artacağı öngörülmektedir. Ülkemizde ise en az 22 milyon kişinin bir veya birden fazla kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmektedir [5].

Kronik hastalık sayısındaki artış, sağlık hizmeti başvurularını arttırmakta ve hastanede yatış süresini uzatmaktadır [6 ve 7]. Hastaneye yüksek hasta kabul sayısı, yıllık toplam sağlık bakım maliyetinin büyük ve orantısız bir payını oluşturmakta olup tüm sağlık harcamalarının %75'inin kronik hastalıklara harcandığı belirtilmektedir [2, 8]. Ayrıca kronik hastalığı olan bireyler için hastaneye yatış durumunun, önemli bir stres kaynağı olduğu bilinmektedir. Hastaneye yatmak hastaların duygusal tepkilerini şiddetlendirmektedir [9]. Hastaneye yatan bir birey gerek hastalığı ile gerekse hastane ortamı ile ilgili birçok olumsuz duygu, düşünce ve davranış gösterebilir. Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomların verdiği rahatsızlığın yanı sıra hastane ortamında bulunmak, tedavinin uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, hastanın iyileşme umudunun zamanla kaybolması, gelecekle ilgili belirsizlik gibi durumlar bireylerin baş etme ve uyum sağlama yeteneklerini bozabilmekte ve sonuçta bireylerde yatış sonrası anksiyete ve depresyon riskini arttırmaktadır [9 ve 10]. Diğer yandan kronik hastalıkların ilerlemesiyle ortaya çıkan semptom şiddetindeki artışla birlikte, tekrarlı hastane yatışlarının artması ve hastaneye

yatışla birlikte ortamdan kaynaklanan fiziksel, çevresel ve psikolojik sorunlar, bireylerin konfor düzeylerini de olumsuz yönde etkilemektedir [11].

Kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyonun, ruh sağlığı ve fiziksel semptom yükü ile güçlü ve bağımsız olarak ilişkili olduğu, depresyonun ayrıca yaşam kalitesi alanları ile de önemli bir ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir [12]. Anksiyete ve depresyon, kronik hastalıklarda tedavinin sürdürülmesini, etkinliğini ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir [13]. Hastaların yaşadığı tüm bu olumsuz durumlar ise konforda düşüşe neden olmaktadır [14]. Hastaları rahatsız eden durumların ortadan kaldırılması veya azaltılmasının, konforun artırılmasıyla mümkün olduğu belirtilmektedir. Konfor düzeyi yüksek olan hastalar, daha çabuk iyileşmekte ve hastalık süreciyle daha kolay baş edebilmektedir [15].

Kronik hastalığı olan bireylerdeki anksiyete ve depresyon düzeyini hafifletmeye yönelik çeşitli farmakolojik tedaviler uygulanmakta olup bu tedavilerin beden ve zihni etkileyen önemli yan etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerde depresyon ve anksiyetenin üstesinden gelmede bilişsel davranışçı terapi, fiziksel aktivite, grup terapileri, relaksasyon ve düşünme yöntemleri, aromaterapi, kahkaha terapisi, hipnoz ve müzik terapisi gibi nonfarmakolojik tedavilerin kullanımı gün geçtikçe daha popüler hâle gelmektedir [13, 16]. Müzik terapisi, depresyon ve anksiyeteyi hafifletmede sık kullanılan nonfarmakolojik tedavilerden biridir [17]. Müzik terapisi, bireyin etkin olarak katıldığı aktif müzik terapisi ve dinleyici olarak yer aldığı pasif müzik terapisi şeklinde uygulanmakta olup, bu uygulamaların temel parçalarından birini dinletilen müzik oluşturmaktadır [131]. Jasemi vd. (2016)'nın kanser hastalarına uyguladıkları müzik terapisi sonrasında, hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir [13]. KOAH'lı bireylere uygulanan müzik terapisinin, anksiyete ve depresyon semptomlarında iyileşme sağladığı, dispne, yorgunluk gibi semptomların yönetiminde de etkili olduğu bulunmuştur [18 ve 19]. Hagemann vd. (2019) tarafından hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan müzik terapisinin, depresyon belirtilerinde azalma ve daha iyi yaşam kalitesi sonuçları sağladığı tespit edilmiştir [20]. Sastra ve Reni (2022)'nin çalışmasında, diyabetli bireylere uygulanan müzik terapisinin, anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığı saptanmıştır [21]. Cao ve Zhang (2023)'ın hipertansiyonlu bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada, uygulanan müzik terapisinin kan basıncını ve kalp atış hızını etkili bir şekilde kontrol ettiği, kaygı ve depresyon düzeylerini azalttığı bulunmuştur [22]. Çalışma sonuçları, yaşam kalitesini ve konfor

düzeyini olumsuz yönde etkileyen kronik hastalıkların yönetiminde kullanılan müzik terapisinin pek çok olumlu etkisinin olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde müziğin bir hemşirelik girişimi olarak kullanıldığı ve müzik terapisinin, kronik hastalığı olan bireylerin psikolojik semptomlarına ve konfor düzeylerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmaların sınırlı sayıda olduğu belirlenmiştir [23-29].

Bu çalışmanın, kronik hastalığı olan bireylerdeki anksiyete ve depresyonun yönetiminde müzik terapisinin etkisine ilişkin sonuçları ile ve hemşirelerin sundukları bakım hizmetlerine müzik terapisinin güvenli bir biçimde entegre edilebileceğine ilişkin farkındalık oluşturarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin hastane anksiyete, depresyon ve konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda araştırmanın hipotezleri:

H1-0: Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin hastane anksiyetesi üzerine etkisi yoktur.

H1-1: Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin hastane anksiyetesi üzerine etkisi vardır.

H2-0: Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin hastane depresyonu üzerine etkisi yoktur.

H2-1: Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin hastane depresyonu üzerine etkisi vardır.

H3-0: Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin konfor düzeyi üzerine etkisi yoktur.

H3-1: Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin konfor düzeyi üzerine etkisi vardır.

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tek merkezli yapılan bu çalışma, 58 kronik hastalıklı birey ile sınırlıdır. Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerin klinikte ortalama yatış süresinin kısa (ortalama 4 gün) olması nedeniyle müzik terapi uygulamasının uzun dönem etkilerinin değerlendirilememesi araştırmanın sınırlılığıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıklar

2.1.1. Tanım ve önem

Kronik hastalıklar; etkileri uzun dönemde ortaya çıkan, etiyolojide birden fazla etkenin rol oynadığı, genel olarak komplike bir ilerleyişe sahip ve bireylerin yaşam kalitesini düşüren hastalıklardır [30]. Kronik hastalıklar, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centre for Disease Control and Prevention-CDC) tarafından ise “Genel olarak 1 yıl veya daha uzun süren, sürekli olarak tıbbi müdahale gerektiren veya günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan veya her ikisini birden gerektiren durumlar” şeklinde tanımlanmaktadır [31].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün raporuna göre kronik hastalıklar, dünya genelindeki ölümlerin %74’ünü oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar kaynaklı ölümlerin dörtte üçünden fazlasının meydana geldiği düşük ve orta gelirli ülkeler başta olmak üzere tüm ülkelerde küresel bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir [32]. Sadece bir sağlık sorunu olarak kalmayıp çok boyutlu ve komplike bir sorun olan kronik hastalıklar, üretkenlik ve insan sermayesinin azalmasına sebebiyet verirken aynı zamanda hastalık, sakatlık ve ölümlerden kaynaklanan sağlık hizmeti maliyetlerini de arttırmaktadır. Başlıca beş kronik hastalığın (kardiyovasküler hastalık, kronik solunum yolu hastalığı, kanser, diyabet ve ruh sağlığı sorunları), 2010-2030 yılları arasında 47 trilyon Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dolarına, yani yılda ortalama 2 trilyon ABD dolarından fazla bir maliyete yol açacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca sağlık için cepten yapılan harcamaların, her yıl yaklaşık olarak 100 milyon insanı aşırı yoksulluğa sürüklediği düşünülmektedir [33]. Son yıllarda teknolojik gelişmelerin ivme kazanması, tıp alanındaki yenilikleri beraberinde getirmiştir. Bilgiye erişimin kolaylaşması, yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine olanak sağlayarak bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınıp yaşam süresinin uzamasında etkili olmuştur. Tüm bu gelişmelerin yaşanması, dünya nüfusunun yaşlanmasına ve bununla ilişkili olarak kronik hastalıkların artışına neden olmaktadır [5, 34]. 2030 yılına kadar kronik hastalıklardan kaynaklı yıllık toplam ölüm sayısının 52 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir [35].

2.1.2. Kronik hastalıkların epidemiyolojisi

Günümüzde etkileri sürmekte olan ve 1900’lü yılların başında halk sağlığının iyileştirilmesinin bir sonucu olarak, bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara epidemiyolojik bir geçiş süreci ortaya çıkmıştır. Dünya çapında gerçekleşen bu geçişin

ülkelere göre hızları farklılık göstermektedir [36]. DSÖ, Dünya Sağlık İstatistikleri raporuna göre küresel olarak, 2000 yılında tüm ölümlerin %59,5'i bulaşıcı olmayan hastalıklardan yani kronik hastalıklardan kaynaklanırken, 2019'da bu oran %73,9'a yükselmiştir. Bulaşıcı hastalıklar ise 2000 yılında %32,2 iken 2019 yılında %18,2'ye gerilemiştir [37].

Yaşam süresinin uzaması ve nüfus artışı, kronik hastalıklara bağlı ölümleri arttırmaktadır. Sık görülen kronik hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) nedeniyle 2000 yılına kıyasla %28'lik bir artış ile 2019 yılında 33,3 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar, yılda 17,9 milyon kişiyle kronik hastalıklar nedeniyle gelişen ölümlerin çoğunu oluştururken, bunu kanserler (9,3 milyon), kronik solunum yolu hastalıkları (4,1 milyon) ve diyabet (2,0 milyon) takip etmektedir. 2000 ve 2019 yılları arasında sık görülen kronik hastalıklara bağlı yaşanan ölüm oranlarında en büyük düşüş kronik solunum yolu hastalıklarında (%37'lik bir düşüş) yaşanırken bunu kardiyovasküler hastalıklar (%27) ve kanserler (%16) takip etmektedir. Yaşanan düşüslere rağmen diyabete bağlı ölümlerde hafif düzeyde bir artış (%3) yaşandığı görülmektedir [38].

Amerikan Kalp Derneği raporuna göre kardiyovasküler hastalıklar, 2021 yılında dünya genelinde 19,91 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur. 2021 yılında kalp hastalığı ve inme, ABD'de tüm kanser türleri ve solunum yolu hastalıklarının toplamından daha fazla ölüme neden olmuştur. Sadece ABD'de 2021 yılında kardiyovasküler hastalık nedeni ölen kişi sayısı 931.578'dir ve ölümlerin önde gelen nedenlerinden biri koroner kalp hastalığıdır (%40,3). Bunu inme (%17,5), diğer kardiyovasküler hastalıklar (%17,1), yüksek tansiyon (%13,4), kalp yetmezliği (%9,1) ve arter hastalıkları (%2,6) takip etmiştir [39].

2022 yılında yeni kanser tanısı alan 20 milyon kişinin olduğu ve 9,7 milyon kişinin de kanser nedeni öldüğü tahmin edilmektedir. 2022'de Dünya'daki ölümlerin %49,2'sinin kanser kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Her beş kadın veya erkekten biri yaşamı boyunca kansere yakalanmaktadır. Her dokuz erkekten biri, her on iki kadından biri kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Akciğer kanseri dünya genelinde en çok görülen kanser türünü oluşturmakta (tüm kanserlerin %12,4'ü) ve 2022 yılında dünya genelinde akciğer kanseri tanısı alan yaklaşık 2,5 milyon kişi olduğu düşünülmektedir. Bunu meme (%11,6), kolorektal (%9,6), prostat (%7,3) ve mide (%4,9) kanserleri takip etmektedir. Ölüm oranlarına bakıldığında ise ölüme en çok akciğer kanserinin neden olduğu (toplam kanser ölümlerinin %18,7'si) bunu sırasıyla kolorektal (%9,3), karaciğer (%7,8), meme (%6,9) ve mide (%6,8) kanserlerinin takip ettiği belirtilmektedir. Yıllık yeni tanı alan kişi sayının 2050 yılında 35

milyona ulaşılacağı bu oranın 2022 yılına göre %77'lik bir artışa tekabül edeceği öngörülmektedir (2022'de 8 milyar olan dünya nüfusu 2050'de 9,7 milyara ulaşacaktır). 2050 yılında yıllık yeni tanı alan kişi sayısının gelişmiş ülkelere kıyasla gelişmişlik düzeyi düşük olan ülkelerde (2022 yılında 0,8 milyon iken 2050 yılında 2,0 milyon yani %142 oranında artış) ve orta gelişmiş ülkelerde (2022'de 2,4 milyondan 2050'de 4,8 milyona yaklaşık %100 artış) daha fazla olacağı tahmin edilmektedir [40].

Kronik solunum yolu hastalıklarına bakıldığında; 2019 yılında dünya genelinde 454,6 milyon kişinin kronik solunum yolu hastalığına sahip olduğu ve bu yılda yeni tanı alan kişi sayısının 77,6 milyon olduğu tahmin edilmektedir. 1990'dan 2019'a kadar geçen süre zarfında kronik solunum yolu hastalık prevalansının %16,9 oranında azaldığı görülmektedir. Solunum yolu hastalıkları, 2019 yılında dünya genelinde 4 milyon kişinin ölümü ile ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almıştır. Kronik solunum yolu hastalıkları arasında en yaygın görülen hastalığın astım, en çok ölüme sebebiyet veren hastalığın kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olduğu görülmektedir. 2019 yılında toplam KOAH'lı birey sayısı 212,3 milyon iken yeni vaka sayısı 16,2 milyon olup 3,3 milyon ölüm gerçekleşmiştir [41].

Dünyadaki diyabete ilişkin veriler değerlendirildiğinde; 2021 yılında, 20-79 yaş arası 537 milyon (%10,5) diyabet hastası olduğu belirtilmektedir. Bu da her 10 kişiden birinin diyabet hastası olduğu anlamına gelmektedir. Diyabet hastalığına sahip kişi sayısı 2000 yılında 151 milyon (o zamanki nüfusun %4,6'sı) iken günümüze kadar prevalansın 3 kattan fazla artış gösterdiği belirlenmiştir. Gerekli önlem alınmadığı taktirde bu sayının 2030 yılında dünya nüfusun %11,3'ünü oluşturarak 643 milyona, 2045 yılında ise nüfusun %12,2'sini oluşturarak 783 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca tüm dünyada her 2 kişiden birinin diyabet hastası olduğunun farkında olmadığı ve 240 milyona yakın kişinin diyabet tanısı konulmadan yaşadığı belirtilmektedir. Tanı konulamamış diyabetli kişilerin %90'ının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı bildirilmektedir. 2021 yılında 6,7 milyon kişinin ölüm nedeninin diyabet kaynaklı olduğu saptanmıştır [42].

Türkiye'deki kronik hastalık verilerine bakıldığında ise; verilerin Dünya verileri ile benzer olduğu görülmektedir. DSÖ'ye göre 2022 yılında ülkemizde kronik hastalıklar nedeniyle 389,100 kişinin yaşamını kaybettiği ve bu oranın yaşanan tüm ölümlerin %90'ını oluşturduğu bildirilmiştir [32]. DSÖ'nün bir diğer raporuna göre ise tüm ölümlerin %89'unun kronik hastalıklar nedeniyle geliştiği ve en çok ölüme neden olan hastalıkların %34 ile kardiyovasküler hastalıklar olduğu ve bunu %23'le kanserlerin, %7'yle kronik

solunum yolu hastalıklarının, %5'le diyabetin ve %21'le diğer kronik hastalıkların takip ettiği belirtilmiştir [43].

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 yılı ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre ölüm nedenleri arasında ilk sırada %33,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları yer alırken ikinci sırada %15 ile iyi ve kötü huylu tümörler, üçüncü sırada ise %13,2 ile solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır [44].

2.2. Kronik Hastalıkların Yönetimi ve Hastaneye Yatış Durumu

Kronik hastalıklar, uzun süreli ve yavaş ilerleyen hastalıklar olmaları nedeniyle sağlık sistemine hem maddi hem de yapısal olarak büyük bir yük getirmektedir. Bu yüke rağmen kronik hastalıklar, çoğunlukla birçok risk faktörüyle ilişkilendirilen önlenabilir hastalıklar olarak görülmektedir [45 ve 46].

Mayıs 2013'te 66. Dünya Sağlık Asamblesi, 2013-2020 bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin DSÖ Küresel Eylem Planı'nı kabul etmiştir. Üye devletler, bulaşıcı olmayan yani kronik hastalıkları önlemek ve kontrol altına almak için gerekli olan temel sonuçlara, maruz kalınan risk faktörlerine ve ulusal sistem yanıtlarına odaklanan 25 gösterge üzerinde çalışmış ve 9 küresel hedef belirlemiştir. Bu hedefler:

1. Kardiyovasküler hastalıklardan, kanserden, diyabetten veya kronik solunum yolu hastalıklarından oluşacak erken ölümlerde %25 oranında göreceli azalma,
2. Ulusal bağlamda zararlı düzeyde alkol kullanımında en az %10 göreceli azalma,
3. Yetersiz fiziksel aktivite prevalansında %10 göreceli azalma,
4. Nüfusun ortalama tuz/sodyum tüketiminde %30'luk göreceli azalma,
5. 15 yaş ve üstü kişilerde mevcut tütün ürünü kullanımında %30 göreceli azalma,
6. Ulusal bağlamda yüksek kan basıncı prevalansında %25'lik göreceli bir azalma ya da yüksek kan basıncı yaygınlığının kontrol altına alınması,
7. Diyabet ve obezite artışının durdurulması,
8. Uygun kişilerin en az %50'sinin kalp krizi ve felçleri önlemek için ilaç tedavisi ve danışmanlık (glisemik kontrol dahil) hizmeti alması,
9. Bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi için gereken uygun fiyatlı temel teknolojilerin ve jenerikler de dahil olmak üzere temel ilaçların hem kamu hem de özel tesislerde %80 oranında bulunabilir olması şeklindedir [47].

Mayıs 2019'da ise Dünya Sağlık Asamblesi, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin Küresel Eylem Planı'nı 2030 yılına kadar uzatmıştır [48]. Benzer şekilde

ülkemizde de bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek ve kontrol altına almak, birçok sektörün ortak çalışmasını ve aynı yöne bakmasını sağlamak amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025” hazırlanmıştır. Bu eylem planı mevcut programların tamamını içeren bir doküman niteliğindedir. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025, geliştirilirken yararlanılan belgeler ise; DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı (2013-2020), DSÖ Avrupa Bölgesi, Sağlık 2020, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Avrupa Stratejisinin Uygulanmasına İlişkin Eylem Planı 2012-2016, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2014, T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017, Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017), Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020), Ulusal Tütün Kontrol Programı-Eylem Planı (2015-2018), Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017), Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021), Türkiye Diyabet Programı (2015-2020), Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017), Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2016-2020), Ulusal Kanseri Kontrol Programı (2013-2018)’dır [49].

Kronik hastalıklara ilişkin risk faktörlerinin küreselleşmesi, şehirleşmenin artması ve nüfusun giderek yaşlanması, hastalık yükünde artışa neden olmaktadır [50]. Bu eğilimler yalnızca kronik hastalıklara sahip birey sayısını artırmakla kalmayıp aynı zamanda bireylerde birden çok kronik hastalık görülmesine yani multimorbiditeye de neden olmaktadır [46]. Genel olarak aynı bireyde iki veya daha fazla kronik hastalığın bir arada görülmesi multimorbidite olarak adlandırılmaktadır [51]. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, davranışsal risk faktörleri ile karşı karşıya kalmak yüksek ölüm oranları ve multimorbidite ihtimaliyle ilişkilendirilirken; yüksek gelirli ülkelerde daha çok artan yaş multimorbiditeyle ilişkilendirilmiştir [52]. Ülkemizde herhangi bir kronik hastalığı olmayanların oranı %62,8, iki ya da daha fazla kronik hastalığa sahip olanların oranı %14,8’dir. 35 yaş altı kişilerde multimorbidite görülme sıklığı %2’nin altında iken, 65 yaş ve üzeri kişilerde bu oran %46’yı bulmaktadır [53]. Yalnızca bir kronik hastalığı olan bireylerle karşılaştırıldığında; multimorbiditesi olanların daha fazla acil servise başvurduğu, uzun ve tekrarlı hastane yatışlarının olduğu, çeşitli tedavi ve çoklu ilaç kullanımına ihtiyaç duyduğu ve sonuçta sağlık bakım maliyetlerinin arttığı belirlenmiştir [46, 51 ve 52]. 2022 yılı TÜİK verilerine göre, son bir yılda yataklı tedavi hizmeti veren kurumlarda en az bir gece de olsa kalan bireylerin

oranı %9,7'dir. Bu oran 2019 yılına göre %1,1 azalmıştır [54]. Hastaların hastaneye yatış sıklıkları değerlendirildiğinde; 2017 yılında en az bir kez hastaneye yatarak tedavi olanların oranı koroner kalp hastalarında %7,5, kanser hastalarında %6,6, diyabet hastalarında %4,9, hipertansiyon hastalarında %3,5'tir [53]. Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) ülkelerinde kronik hastalıklardan kaynaklı ortalama hastane yatış süresi 6,33 gündür. En düşük ortalama hastane yatış süresi 4,1 gün ile ülkemize aittir [55]. Hastaların olması gerekenden daha erken taburcu edilmesinin, yüksek düzeyde tekrarlı hastane yatışları ve hastalara ait çıktıları istenmeyen yönde etkileyebilecek olası bir risk bulundurabileceğine dikkat çekilmektedir [56].

Kronik hastalık yönetimi; kronik hastalığı önlemek ve yönetmek için mümkün olduğunca birden fazla tedavi yöntemini bir arada kullanarak bakım ve maliyet etkinliğini artırmaya yönelik disiplinler arası çalışmayı içeren sistematik bir yaklaşımdır [57 ve 58]. Kronik hastalık yönetimi, kronik hastalığa sahip bireylerin yanında kronik hastalığın oluşumunda etkili risk faktörlerini taşıyan bireyleri de kapsayan bir yaklaşım olup, bu bireylere sağlanan sürekli bakım ve desteği ifade etmektedir [59 ve 60]. Kronik hastalık yönetiminin amacı, bir ya da birden fazla kronik hastalık için risk grubundaki kişileri belirlemek, yaşam zor veya tehdit edici bir hal almadan bireysel boyutta sürece ilişkin farkındalığa yardımcı olmak, hastalıkları maksimum tıbbi sonuç ve verimlilikle ele almaktır [61 ve 62]. Kronik hastalık yönetimi, birçok farklı modelle açıklanmış [63] olup bu modellere aşağıda değinilmiştir.

Kronik Bakım Modeli

Kronik hastalıkların yönetilmesi için, birçok değişikliğin yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Kronik hastalık yönetiminde en efektif uygulamaların, çoklu yaklaşımların birleşiminden oluştuğu belirlenmiştir. Bu uygulamanın bir örneği olan ve çok sayıda kuruluş tarafından uygulanan ve daha sonra kronik hastalıklar için kullanılan bir model, kronik bakım modelidir [64]. Yaygın kullanılan modellerden biri olan kronik bakım modeli, sağlık sistemlerini birçok yönden yeniden şekillendirerek sağlık bakım hizmetlerini geliştirmek için tasarlanmıştır [65]. Kronik bakım modeli, hasta ihtiyaçlarının karşılanması için mevcut toplum kaynakları ve hasta veri paylaşım sistemlerini kullanarak hastaların kendi bakımlarına dahil olduğu kanıta dayalı bir bakım sistemi sunmakta, bilinçli ve donanımlı hastalar ile sağlık ekipleri arasında yeni bir etkileşim politikası oluşturmayı amaçlamaktadır [66 ve 67]. Kronik bakım modeli, hastayı merkeze almakta ve kanıta dayalı bakımın yürütülmesini iyileştirmek amacıyla birbiriyle bağlantılı altı temel bileşenden (sağlık

hizmetlerinin organizasyonu, öz yönetim desteği, karar verme desteği, sağlık hizmetleri sunum planı, klinik bilgi sistemleri, toplum kaynakları ve politikaları) oluşmaktadır [66, 68 ve 69]. Model birçok kronik hastalığa, bakım ortamına ve topluluğa uyarlanabilen özelliktedir [70]. Kronik bakım modelini oluşturan bileşenlerden aşağıda bahsedilmiştir.

- **Sağlık hizmetlerinin organizasyonu:** İyi planlanmış ve uygun politikalarla desteklenmiş sağlık hizmetlerini, gerekli temel unsurların sağlandığı bakım sunumunu, kaynakların doğru ve ekonomik kullanımını, eş güdüm sağlanan kurumları içermektedir [69]. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, güvenilir ve görünür liderlik desteğiyle birlikte kaliteyi geliştirmeye yönelik faaliyetlerden oluşmuş üst düzey bir bakımı destekleyen kültür ve işleyiş oluşturmayı hedeflemektedir [66, 70].

- **Öz yönetim desteği:** Hastaların sağlık durumu gözlemlemesi, kronik hastalığını takip etmesi, hastalığın yönetimine yönelik hazırlanması ve desteklenmesini bu süreçte kendi bakım süreçlerine dahil olmaları gerektiğini vurgulamaktadır [70 ve 71].

- **Sağlık hizmetleri sunum planı:** Bakım, sağlık ekiplerinin görev-sorumluluklarının açık ve net bir şekilde planlanıp sunulmasını kapsamaktadır [69].

- **Karar verme desteği:** Kanıta dayalı bakımı kolaylaştırmak amacıyla sağlık hizmeti verenlerin bilgi ve becerilerini geliştiren girişimleri ifade etmektedir [70].

- **Klinik bilgi sistemleri:** Hastaların izlenmesi, kişisel verilerinin kayıt altına alınması ve yönetimi etkili bir bakım programı oluşturmak için gereklidir. Bakıma yönelik çabaları desteklemek, kanıt temelli kılavuzları yaygınlaştırmak, performansa yönelik geri bildirim akışı, hasta ziyaret planlaması gibi farklı kullanım alanları bulunmaktadır [70].

- **Toplum kaynakları ve politikalar:** Kaynaklar ve sağlık sistemleri arasındaki iş birliğini içerir. Toplumda hastaların ihtiyaçlarının karşılanması için akran destek grupları, medya, eğitim ve egzersiz programları gibi kaynakları seferber etmeyi vurgulamaktadır [69].

Kronik Hastalıklar İçin İnovatif Bakım Çerçevesi

2002 yılında DSÖ, kronik bakım modeli ile bağlantılı ve onun genişletilmiş versiyonu olan kronik hastalıklar için inovatif bakım çerçevesini sunmuştur. Bu model, sağlık hizmetlerinin genişletilmesine yönelik toplum ve sağlık politikaları üzerinde daha fazla durmakta, kronik durumlar için üst düzey bakımın farklı yönlerini ele almaktadır. Ayrıca DSÖ'nün ergen ve erişkinler için geliştirdiği hastalık programlarının desteklenmesine katkı sağlamaktadır. İnovatif bakım çerçevesi, 3 bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler hasta ve aile üyeleri, sağlık ekipleri ve kamu kuruluşları arasındaki iş birliğini temsil eden mikro, kronik hastalıkların yönetimi hususunda kamuoyuna yönelik mesajların sağlık hizmetlerini

destekleyecek şekilde ön plana çıkarılmasını belirten mezo, gerekli iş birliklerinin kurulduğu, ekonomik ve beşerî kaynaklarının ayrılarak uzun süredir devam eden sağlık sorunlarının getirdiği yükün azaltılması ve bakıma yönelik politikaların oluşturulmasını kapsayan makro bileşenlerdir. Sağlık hizmetlerinin daha geniş kapsamlı bir şekilde incelenmesini sağlayan ve Kronik Bakım Modeli'ne yenilikçi bir yaklaşım kazandıran bu model, oluşabilecek özel koşullar ve ihtiyaç değişikliklerini öngörememesi açısından geliştirilmesi gereken alanlara sahiptir [63].

Kronik Hastalıkların Entegre Yönetimi Modeli

Antiretroviral tedavi kullanımının yaygınlaşması tedavi alan kişilerin yaşam süresi ve kalitesinin artmasında etkili olmuştur. Uzayan yaşam süresi, yaş ortalaması artmış bir nüfusun ortaya çıkmasına neden olmuş, bu durumla ilişkili olarak HIV ile yaşayan insanlarda farklı kronik hastalıklar ortaya çıkmış ve bu hastalıkların yükü arttıkça etkili bakım sunumunda zorluklar yaşanmıştır. Hem HIV hem kronik hastalık yönünden komorbiditeye sahip kişilerin artan sıklığı, tek hastalığın yönetimi ve akut epizodik bakıma odaklanan sağlık sisteminde yükü artırmıştır. Değişen hastalık kalıpları, bakım kalitesinin güçlendirilmesi için bütünsel bir hizmet yaklaşımına olan gereksinimi ortaya çıkarmıştır. Bu doğrultuda Güney Afrika'daki Ulusal Sağlık Bakanlığı tarafından entegre kronik hastalık yönetim modeli geliştirilmiştir [72-74].

Entegre yönetim modeli, kaynakların kısıtlı oluşu nedeniyle tekrarlı kaynak kullanımını en aza indirmeyi, akut reaktif bakımdan ziyade hastanın merkeze alındığı bütüncül bir yaklaşımla temellendirilmiş bir bakım hizmetini benimser. Sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları arasında yüksek düzeyde iş birliği ve iletişimin şekillendiği bir anlayışı savunur [74]. Model işleyişinin 4 uygulama noktası vardır. Bunlar; tesisin yeniden düzenlenmesi, klinik işleyişi destekleyici yönetim, asiste edilen öz-destekleyici yönetim, tesis dışındaki destek sistemleri ve yapıların güçlendirilmesidir [63, 75]. Sınırlı bölgede uygulama bulmuş bu modelin, maliyet etkinliğinin belirlenmesi ve farklı topluluklara uyarlanması önerilmektedir [63].

Kronik Hastalık Öz Yönetim Programı

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, kronik hastalığın fiziksel, duygusal ve sosyal olmak üzere birçok boyutta etkilerinin yönetilmesi için gerekli davranışlar, öz yönetim olarak tanımlanmaktadır [76]. Kronik hastalık öz yönetim programı, hasta bireylerin hayatlarının kontrolünü ele almasına yardımcı olan öz yönetim yaklaşımından yararlanarak kronik durumların daha etkili biçimde yönetimi için oluşturulmuştur [77]. Bireyin kendine

olan güvenini temel alarak beceri geliştirme, semptom kontrolü, sosyal ikna ve olumsuz duyguların yönetiminden oluşmaktadır. Öz yönetim programları, hastaların eğitimine katkı sağlayıp bilinçlendirilmelerini amaçlamaktadır. Hastanın eğitimi sadece hastalık yönetimiyle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda sağlık hizmeti veren ekiple iş birliğini de kapsamaktadır [78]. Yaşam tarzıyla ilişkili kronik hastalıkların çoğu öz yönetime bağlı olduğundan davranış değişikliği en önemli tedavi stratejisi olarak kabul edilir [79]. Kronik hastalık öz yönetim programının bağlantılı olduğu temel kavramlar öz yeterlilik, güçlendirme, akranlar arası eğitim, sağlığın sosyal belirleyicilerinin tanınması, toplum katılımı ve risk tabakalandırmasıdır [76].

2.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Hastane Anksiyete ve Depresyonu

Halk sağlığının önemli unsurlarından biri ruhsal sağlıktır [80]. Ruhsal sağlık; bireyin fizyolojik, mental ve sosyal alanlara ilişkin uyum sağlamasını kolaylaştıran ve hastalık yönetiminde önemi/etkinliği olan bir güçtür [81]. Kronik bir hastalık varlığının ve hastalıkla başa çıkmanın getirdiği yükün, bireylerde ruhsal sorunlara yol açtığı belirlenmiştir [82].

Tıp alanında yaşanan gelişmeler, yaşam süresinin uzamasına dolayısıyla risk faktörlerine daha fazla maruziyete neden olmuştur. Bireyler artık birden fazla kronik hastalıkla yaşar hale gelmiştir [83]. Kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği yük ve bu yükün yeterli düzeyde kontrol altına alınamaması, kronik hastalıkla beraber yaşam süresinin uzaması ve uyumun bozulması, yaşam kalitesinde ciddi boyutlarda azalmaya neden olmaktadır [84 ve 85]. Özellikle sağlığın sosyal belirleyicileri olarak adlandırılan faktörlerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, beslenme ve hareketlilik durumu, yaşam tarzı vb.) sağlık üzerine olan etkisi, kronik hastalıkların varlığıyla bağdaştırılmaktadır. Bu bağlamda sosyal belirleyicilerin kronik hastalıkları ve dolaylı olarak ruhsal sorunları beraberinde getirdiği düşünülmektedir [86 ve 87]. Kronik hastalığı olan bireylerde genel nüfusa göre ruhsal sağlık sorunları daha sık görülmektedir [83, 88]. Yapılan bir çalışmada, kronik hastalığa sahip 66 yaş üstü bireylerin en az bir ya da iki tane ruhsal soruna dair belirtiler gösterdiği belirlenmiştir [89]. Kronik hastalığı olan bireylerde bağımsızlığın kısıtlanması, fonksiyonel kayıplar, semptomların ilerlemesi ve tekrarlama gibi durumlar kişileri psikososyal zorluklarla yüz yüze getirmektedir. Kronik durumlara ek olarak bir de ruhsal problemlerin varlık göstermesi; yaşam kalitesini, tedaviye yanıtı, sağlık hizmetleri maliyetlerini olumsuz etkilemektedir [83].

Kronik hastalıkla yaşamak, kurallarla çizilmiş ve yaşam tarzında değişiklikler yapılmış bir hayatı yaşamayı zorunlu kılar. Bu süreçte tedavi alma zorunluluğu, sık doktor kontrollerine ve hastaneye yatışa sebebiyet verebilmektedir. Kronik hastalığın varlığı, süreçte gelişebilecek ikincil komplikasyonlar, değişiklikler ve belirsizlikler bireylerde olumsuz düşüncelere, psikolojik baskı hissine neden olmakta ve sonuçta ruh sağlığı olumsuz etkilenmektedir [80, 90 ve 91].

Kronik hastalıklarda yaygın görülen ruhsal sorunlar; üzüntü, korku, çaresizlik, inkâr, saldırganlık, benlik saygısı ve özgüvende azalma, bağımlılıkta artma, sosyal izolasyon, intihar girişimi riski, anksiyete ve depresyondur [45]. Kronik hastalığa sahip bireylerle yapılan çalışmalarda katılımcıların çoğunluğunda depresyon ve anksiyete belirtilerinin görüldüğü belirlenmiştir [88, 92]. Güney Kore’de kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin olmayan bireylere göre depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri daha yüksek, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeyi ise daha düşük bulunmuştur. Ayrıca bu grupta sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin etkilenmesinde en büyük etkiye sahip faktörün depresyon olduğu belirlenmiştir [93]. Genellikle depresyonun görüldüğü durumlara anksiyete de eşlik etmektedir. Kohlmann vd. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, depresyon ve anksiyetenin sıklıkla birlikte görüldüğü saptanmıştır [94]. İki olumsuz duygunun bir arada görülmesinin, anksiyete ve depresyondan herhangi birinin ortaya çıkmasına göre hastalık risk ve şiddet artışı, olumsuz sonuçlanan tedavi yanıtı ile daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur [95]. Buna ek olarak depresyon ve anksiyete, hastalık gelişim risk ve şiddetini arttırabileceği gibi hastalıkla yaşamının da anksiyete ve depresyonun oluşmasına ve ilerlemesine neden olabileceği, aralarında çift yönlü bir etkileşimin olduğu belirtilmektedir [83].

Ruhsal sağlığın geliştirilip güçlendirilmesi, bir hastalığı ortadan kaldıracabilecek kadar etkili olmasa da bireylerin iyi oluş düzeyleri üzerinde oluşturduğu olumlu etki, başka sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını engelleyebilmekte ve hastalığa adaptasyonu kolaylaştırmaktadır [81].

2.3.1. Kronik hastalığı olan bireylerde hastane anksiyete ve depresyonunun azaltılmasında/yönetiminde hemşirenin rolü

Kronik hastalıklar; genellikle uzun ve düzenli takip gerektiren, tam iyileşmenin sağlanamadığı, yönetimi hasta ve bakım verenler açısından zor olan, kişinin kendi bakımında söz sahibi olabilmesi için destek gerektiren durumlardır [45, 96]. Kronik hastalıkların

yönetimi, yalnızca hastalık süreçlerine odaklanmayı değil aynı zamanda bakım ve bakımın etkinliğinin artırılması için fiziksel, psikolojik, sosyal durumları içeren çok boyutlu bir yaklaşımın ele alınmasını gerektirmektedir [5, 97].

Kronik hastalıklar, sadece fiziksel sorunlardan oluşmayan psiko-sosyal sorunların da ortaya çıktığı farklı evrelere sahiptir [45]. Hastalığın beraberinde getirdiği fiziksel semptomlar, hastalık sürecinin belirsizliği, düzenli takip ve tedavi gereksiniminden kaynaklı tekrarlı hastane yatışları, tedaviye ek farklı komplikasyonların gelişimi, günlük yaşam aktivelerini yerine getirememek, kendini farklı hissetme ve sosyal izolasyon gibi faktörler ruhsal sorunlar için risk oluşturmaktadır [90]. Hastalık varlığının yaşayış tarzında değişiklikler yapmayı ve kurallar çerçevesinde yaşamayı kaçınılmaz kılması ve hastane yatışlarının sıklığını artırması depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunları ortaya çıkarmaktadır [98]. Depresyon ve anksiyetenin kronik hastalığı olan bireylerde yaygın oluşu, hastalık yönetimini ciddi boyutta etkilemektedir. Dolayısıyla bu ruh sağlığı komorbiditelerinin incelenmesi, hastalık sürecinin etkin yönetimi için önemlidir [97].

Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, karmaşık ve yönetimi zor olan kronik hastalıkların kontrol altına alınmasında hemşirelerin rolü kritik hale gelmektedir [99]. Hemşirelerin etkili bir sağlık hizmeti sağlaması, iyi bir iletişim ve ilişkiye dayanır. Hemşirelerin kronik hastalık yönetimi boyunca hasta ve ailesiyle ilişki kurabilmesi için tedavi sırasında hasta ile iletişimde bulunması ve gereksinimleri belirlemesi oldukça önemlidir [100]. Hasta-hemşire etkileşiminde hemşirelerin; bireylerin sahip olduğu sosyo-demografik özellikleri dikkate alarak değerlendirme yapması, bireylere duygusal destek sağlaması, erişebilirliği kolaylaştıran ve hastaların bilgilenmesini/anlamasını/hatırlamasını kolaylaştıran yönde iletişim kurması gerekmektedir [96, 98]. Her hasta kendine özgü “fiziksel-semptomatik-psikososyal” bakıma ihtiyaç duyduğu için hemşireler hastaları bireysel olarak ele almalıdır. İyi bir ruhsal desteğin sağlanması, bireylerin fiziksel semptomlarının ve ruhsal sorunlarının azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Bunun sonucunda ise hastane kaynaklarına olan talep azalmakta, yaşam kalitesi ve hastalık yönetiminde iyileşme sağlanmaktadır [100].

Hemşire hasta ilişkisi güven, dürüstlük, anlayış üzerine kurulur [96, 100]. Hastanın hastalık ve tedavisine yönelik algıları, inanışları ve endişeleri anlaşılmalı, kurulan ilişkinin sürdürülmesi için destek sağlanmalı, hastanın sağlığına yönelik kararlar görüşülmelidir. Bu süreçte hastaya rahat hissedebileceği bir ortam sağlanıp sözlü ve sözsüz iletişim kanalları kullanılarak açıklık uçlu sorular sorulmalı, hastanın görüşleri ve sözel

olmayan davranışları değerlendirilmeli, sağlık durumunu ilgilendiren konulara aktif katılımı sağlanmalıdır [96].

Hemşireler, özelleşmiş teknikler ve uzmanlaşma gerektiren uygulamalar konusunda kendini geliştirmelidir. Anksiyete ve depresyonun etkilerini azaltmaya yardımcı olan gevşeme ve solunum egzersizleri, iletişim terapisi, aile terapisi, bilişsel-davranışçı terapi, müzik terapisi gibi konularda doğrudan veya dolaylı olarak hemşireler tarafından danışmanlık hizmeti verilebilmeli, gerekli durumlarda ise diğer sağlık personelleri ile iş birliği sağlanmalıdır [13, 96]. Diğer yandan hemşirelik uygulamalarında hizmet sunumunu kolay ve daha erişilebilir hale getirmek için tele sağlık ve mobil sağlık uygulamalarından da yararlanılmalıdır [99].

2.4. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Konfor

Kronik bir hastalığa sahip olmak, hastalığa ilişkin semptomlar ve süreç içerisinde yaşanan olumsuz duygular nedeniyle bireylerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilemektedir [1, 101]. Yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi ise yüksek düzeyde hastane yatışı ve mortalite ile ilişkilendirilirken dolaylı olarak da konforu bozmaktadır [15, 102]. Erci vd. (2023)'nin kronik hastalığa sahip bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada yaşam kalitesinin konfor düzeyini önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur [15].

Üst düzey bakımın bir parçası olan konfor, yaşam boyunca ihtiyaç duyulan temel insan gereksinimlerinden biridir [103 ve 104]. Bireyin rahatlığının sağlanması olarak tanımlanan konfor kavramı, Latince bir sözcük olan ve “güçlendirmek” anlamına gelen “confortare” sözcüğünden gelmektedir [105 ve 106]. Konfor, bir hemşirelik kuramı olarak ilk kez Katharine Kolcaba tarafından geliştirilmiştir. Kolcaba konforu; “Bireyin gereksinimlerine yönelik yardım etme, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içinde karmaşık bir yapıya sahip beklenen bir sonuç” olarak tanımlamıştır [106]. Kolcaba'ya göre konfor; fiziksel, sosyal, psikospiritüel, çevresel olmak üzere 4 boyuttan ve ferahlama, rahatlama, üstünlük olmak üzere 3 düzeyden oluşmaktadır [107]. Konfor, rahatsızlık hissi uyandıran koşulların ortadan kaldırılması veya bu koşulların etkilerinin azaltılması yoluyla sağlanabilmektedir [11]. Kronik hastalığı olan bireyler, bu anlamda önemli ölçüde konfora ihtiyaç duymaktadır [108]. Yapılan çalışmalar, kronik hastalığı olan bireylerin konfor seviyelerinin istendik düzeyde olmadığını göstermektedir [105, 109-112].

Kronik hastalıklar ve bu hastalıklarla ilişkili olarak hastalık sürecinin zorlu yönetimi, semptom şiddetinin artması, uzun hastane yatışları, ek tedavi alma zorunluluğu, yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlama, sosyal izolasyon, fiziksel sınırlılıklar, stres ve anksiyete gibi fiziksel, sosyal, psikolojik ve çevresel sorunlar konfor kavramını ele almayı zorunlu kılmaktadır [105]. Literatürde kronik hastalığa sahip bireylerin yaşadıkları semptomların, konfor düzeyini olumsuz etkilediğini belirleyen çalışmalar mevcuttur [11, 105, 109, 113]. Buna ek olarak medeni durumun, gelir seviyesinin, hastaneye yatışın, kullanılan ilaç sayısının, hastalığı kabullenme durumu [110, 114 ve 115] gibi etmenlerin de hasta konforu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir [11]. Konfor düzeyinin yüksek olması, bireylerin sağlık durumlarının iyiye gitmesini hızlandırmakta, hastane kalış süresini azaltmakta, tedaviye uyumu arttırmaktadır. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerdeki konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir [116].

2.4.1. Kronik hastalığı olan bireylerde konforun arttırılmasında hemşirenin rolü

Bakımın özünde olan ve bakım için gerekli bir unsur olarak ortaya çıkan konfor kavramı, kişinin değişken ve çok boyutlu durumunu yansıtan, bütüncül hemşirelik bakımının bir parçasıdır [104, 117 ve 118]. Hemşirelik mesleğiyle doğrudan ilişkilendirilen konfor, bakımın ulaşılması amaçlanan bir sonucudur [119 ve 120]. Kronik hastalıklar, hastalığın yönetimi için bütüncül bakım gerektiren durumlardır. Etkili bir hastalık yönetimi; hastalık belirtilerinin, hastalığın kişi üzerindeki etkilerinin, sağlık kuruluşlarına başvuruların ve yataklı tedavi hizmeti ihtiyaçlarının azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması ile sağlanmaktadır [121]. Bu nedenle kronik hastalığa sahip bireylerde konfor düzeyinin belirlenmesi ve konforu arttırmaya yönelik hemşirelik müdahalelerinin uygulanması önemli hale gelmektedir [11].

Hemşireler, hastanın konforunu bozabilecek unsurları hasta etkilenmeden önce tanımlamalı ve konforu arttırmaya yönelik uygun bir ortam oluşturulmalıdır [104]. Hemşire, hastanın konfora yönelik ihtiyaçlarını belirlemeli, ihtiyaçların karşılanması için uygun hemşirelik girişimlerini planlamalı, uygulamalı, uygulama sonrası konfor düzeyini değerlendirmelidir [111]. Bireylerin bedensel ve psikososyal konfor ihtiyaçlarının karşılanmasının (ağrı, kanama, anksiyete, stres vb.), bilgi paylaşımının arttırılarak güvenli bir iletişim/ilişki ortamının oluşturulmasının ve rahatlatıcı müdahale yöntemleri kullanılmasının konfor düzeyine pozitif etkilerinin olduğu bildirilmiştir [116]. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan müdahalelerden sırt masajı/hasta-aile eğitiminin, müzik

terapisinin, progresif gevşeme egzersizinin ve reikinin konforu önemli ölçüde arttırdığı belirlenmiştir [111, 122-124]. Hastanede yatan kanser hastalarının uyku kalitesi ve konfor düzeylerine aromaterapinin etkisinin incelendiği bir çalışmada ise aromaterapinin uyku kalitesi ve konfor düzeyini önemli ölçüde arttırdığı bulunmuştur [125].

Konfor düzeyinin artması; hasta sonuçlarının olumlu yönde etkilenmesine, tedaviye uyumun artmasına, hasta kısıtlılığının azalmasına, düşük komorbidite ve mortalite oranlarına, kurumsal hasta çıktılarının pozitif yönde etkilenmesine, genel olarak daha iyiye giden bir yaşam deneyimine olanak sağlar [109]. Bireysel gereksinimler ve bütüncül değerlendirme üzerinde duran konfor, terapötik bir hemşirelik girişimidir [126]. Bu anlamda hemşireler, konforu sağlamaya yönelik bireylerin gereksinimlerini belirlemeli, aile ile iş birliği yaparak konforu etkileyebilecek negatif faktörleri kontrol altına almalı, bu gereksinimlere yönelik hemşirelik girişimleri planlamalı ve uygulamalı, bu sayede hastaların güçlenmesi ve yenilenmesini mümkün kılmalıdır [126 ve 127].

2.5. Müzik Terapisi

Sanat alanında kullanılan “müzik” kelimesi ile hastaların bakım ve sağlık sorunlarının iyileştirilmesi için gerekli tedbirlerin uygulanmasını ifade eden “terapi” kelimesinin birleşimi “müzik terapi” kavramını oluşturur [128]. Amerika Müzik Terapi Birliği, müzik terapiyi; “Bazı bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan uzmanlık dalı” olarak tanımlamıştır [129]. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında yayınlanan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği”nde müzik terapisinin tanımı; “Müzik terapisi konusunda ehliyetli bir profesyonel tarafından, müziğin ve müzik uygulamalarının bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada klinik ve kanıta dayalı kullanıldığı uygulamadır” şeklinde yapılmıştır [130].

Müzik terapisi, aktif ve pasif olmak üzere iki yolla uygulanabilmektedir. Aktif müzik terapisi; hastaların bedenlerini, seslerini, müzik enstrümanlarını kullanarak ve müziği tecrübe ederek kendilerini, sorunlarını anlatmaya cesaretlendirilerek yapılan tedavi yöntemidir. Aktif müzik terapisinde, bireyin müzik yapması veya müziğin içinde olması sağlanır [131]. Pasif (reseptif) müzik terapisi ise bireylerin dinleyici konumunda olduğu daha çok geleneksel müziğin kullanıldığı uygulamalardır. Bu müzik terapisinin ana unsurlarından biri, dinletilen müziktir. Dinletilecek müzik kişiye özel belirlenmiş hedefler göz önünde tutularak belirlenir ve bireyin rahatlaması temel alınır [132].

Müzik terapiye büyük katkıları olan Türk-İslam bilgini Farabi'nin yazmış olduğu Musiki-ul-Kebir adlı eserde, makamların insan ruhuna olan etkileri şu şekilde sınıflandırmıştır:

1. Rast makamı: İnsana sefa (neşe-huzur) verir.
2. Rehavi makamı: İnsana beka (sonsuzluk fikri) verir.
3. Kuçek makamı: İnsana hüznün ve elem verir.
4. Büzürk makamı: İnsana havf (korku) verir.
5. İsfahan makamı: İnsana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.
6. Neva makamı: İnsana lezzet ve ferahlık verir.
7. Uşşak makamı: İnsana gülme hissi verir.
8. Zirgüle makamı: İnsana uyku verir.
9. Saba makamı: İnsana cesaret, kuvvet verir.
10. Buselik makamı: İnsana kuvvet verir.
11. Hüseyini makamı: İnsana sükûnet, rahatlık verir.
12. Hicaz makamı: İnsana tevazu (alçakgönüllülük) verir [133 ve 134].

Türkiye’de müzikle terapisi alanında yetişen ilk uzmanlardan biri olan Rahmi Oruç Güvenç, 1976 yılında Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma (TÜMATA) grubunu kurmuştur [135 ve 136]. Rahmi Oruç Güvenç, bin yılı aşkın bir geçmişe sahip olan Türk müziği makamlarını, çeşitli hastalıklara göre kategorize edip tedaviye yardımcı olmak amacıyla kullanılmasını sağlamıştır [137].

2.5.1. Müzik terapisi ve kronik hastalıklar

Müzik, taşıdığı terapötik güç sayesinde duygusal, psikolojik ve fiziksel sağlık üzerine olumlu birçok etkiye sahiptir [138]. Müziğin özellikle kronik hastalıklar üzerindeki olumlu etkisi dikkat çekicidir. Kesin bir tedavisi olmayan kronik hastalıkların yönetiminde kullanılan medikal, cerrahi ve farmakolojik tedaviler de etki açısından sınırlı kalmaktadır. Bu anlamda sıcak/soğuk uygulama, deri stimülasyonu (transkutan elektriksel sinir stimülasyonu), noninvaziv manyetik alan uygulamaları, masaj, vibrasyon, akupunktur, akupressör, refleksoloji, aromaterapi, gevşeme egzersizleri, yoga, hayal kurma, dikkati başka yöne çekme teknikleri, artırılmış fiziksel aktivite, Tai Chi, farkındalık temelli stres azaltma programı, transandantal meditasyon, müzik terapi, psikoterapi gibi çeşitli nonfarmakolojik tedavi yaklaşımlarının etkili kullanımıyla hastalık yönetiminin desteklenebileceği ve kötüye gidişinin önüne geçilebileceği belirtilmektedir [17, 139-144].

Müzik terapisi, kronik hastalıkların yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik tedavi yaklaşımlarından biridir [17]. Müzik terapisinin; kronik hastalığı olan bireylerdeki ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma gibi fiziksel semptomların giderilmesinde, anksiyete ve stres gibi psikolojik sorunların kontrol altına alınmasında ve yaşam kalitesi/konfor düzeyinin artırılmasında etkili olduğu belirtilmektedir [128, 145 ve 146]. Krishnaswamy ve Nair (2016)'in çalışmasında, kanser hastalarına uygulanan müzik terapisinin hastaların ağrı düzeyinde anlamlı bir azalma sağladığı, kanser hastaları ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise uygulanan müzik terapisinin ağrıyı azaltmaya ek olarak fiziksel/psikolojik açıdan yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı bulunmuştur [147 ve 148]. Horuz vd. (2017)'nin KOAH'lı bireylere uyguladığı müzik terapisinin, anksiyete ve kan basıncını azalttığı belirlenmiş olup yapılan bir başka çalışmada KOAH'lı bireylere uygulanan müzik terapisinin yüksek yoğunluklu egzersize dayanıklılığı arttırdığı ve dispneyi azalttığı belirlenmiştir [149 ve 150]. Karadağ vd. (2015)'nin hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uyguladığı müzik terapisinin ise uyku kalitesini arttırdığı, kan basıncı-nabız-solunum hızlarında düşüş sağladığı tespit edilmiştir [151]. Müzik terapisi, hastaların sahip oldukları yetenek ve güç potansiyelini ortaya çıkaran, aktivite düzeylerini arttıran, kendini ifade etmelerini kolaylaştıran, motivasyonunu pozitif yönde etkileyen bir terapi olarak görülmektedir [152].

2.5.2. Müzik terapisi ve hemşirelik

Müziğin, insanın yaşamının her evresinde varlığını hissettirmesi ve hasta tedavisinde kullanılmasının temelinde, etki ve katkısının çok boyutlu olması yatmaktadır [153]. Müziğin önemini ve tedavi sürecinin parçalarından biri olmasını, 1800'lü yıllarda modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale belirtmiştir [137, 154]. Nightingale; müziği, konfor düzeyini koruyan ve geliştiren terapötik bir araç olarak belirtmiş olup iyileşme sürecindeki etkisine dikkat çekmiştir [128].

Hastalıkla yaşamı sürdürmeye çalışmak, korunmuş bir enerji düzeyine sahip olmayı gerektirmektedir. Bu nedenle hemşireler, fiziksel ve psikolojik semptomların azaltılmasına yönelik çözümler aramakta ve bu arayış hemşirelik bakımında nonfarmakolojik tedavilerin kullanımına zemin hazırlamaktadır. Özellikle hastalar tarafından olumlu karşılanan, uygulaması kolay, ucuz ve herhangi bir uygulama riski olmayan müzik terapisi, nonfarmakolojik tedaviler içerisinde öne çıkmaktadır [124]. Müzik terapisinin bu avantajlı

yönleri, hastanelerde güvenli bir hemşirelik girişimi olarak hastaların tedavi ve bakım protokollerinde başarıyla kullanılabilmesini olanaklı hale getirmektedir [124, 155].

Müzik terapisi; relaksasyon, iyileşme ve konforu sağlayan bir araç olması dolayısıyla yoğun bakım, cerrahi, psikiyatri, kadın doğum, pediatri ve onkoloji gibi kliniklerde ve girişimsel tanı-tedavi süreçleri de dahil olmak üzere birçok alanda kullanılan bir terapi yöntemidir. Müzik terapisinin; semptom yönetiminde, bağışıklık sisteminin aktif hale gelmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında, kullanılan ilaç miktarının azaltılmasında, hastanede kalış süresinin kısaltılmasında ve maneviyatı iyileştirmede etkili olduğu belirtilmektedir [156 ve 157]. Shorofi ve Arbon (2010) tarafından hemşirelerin tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) konusundaki bilgi, tutum ve mesleki kullanımlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin en çok kullandığı ikinci uygulamanın müzik terapisi (%19,6) olduğu saptanmıştır [158]. Gül vd. (2024)'nin kardiyovasküler alanda çalışan hemşirelerin TAT uygulamalarını kullanma durumunu incelemek için yaptığı çalışmada, hemşirelerin %58,1'inin hastalarına TAT uyguladığı ve müzik terapisi uygulama oranının %15,6 olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hemşirelerin %64,8'i, hastalarına uyguladıkları TAT'ın yararını gördüklerini belirtirken, en sık görülen yararın %54,2 ile anksiyetede azalma olduğu ifade edilmiştir [159]. Uraz ve Günay (2020)'in cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat sonrası sık görülen semptomlara yönelik tamamlayıcı ve alternatif yöntemlere ilişkin bilgi ve uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin ameliyat sonrası müzik terapi uygulama sıklığı %13,4 olarak bulunmuş ve müzik terapisinin en fazla anksiyete ve korkuyu gidermek için kullanıldığı belirlenmiştir [160]. Müzik terapiye ilişkin hemşire ve doktorların görüşlerinin incelendiği bir çalışmada ise hemşirelerin %41,5'inin müzik terapi uygulamasını bildiği, %7,5'inin hastalarına müzik terapisi uyguladığı belirlenmiştir. Hemşireler ve doktorlar müzik terapisinin, ağrı kontrolünde etkili bir nonfarmakolojik yöntem olduğunu, hastaların stresini ve analjezik kullanımını azaltarak tedaviye uyumlarını arttırdığını düşünmektedir [156].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, randomize kontrollü deneysel tiptedir. Araştırmanın ClinicalTrials.gov kaydı yapılmış olup NCT06865729 numarası alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri

Araştırma, Eylül 2024-Ağustos 2025 tarihleri arasında Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi Üroloji Servisi'nde yürütülmüştür. Araştırma verileri 11 Eylül 2024- 20 Şubat 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Üroloji Servisi'nde 1 dahiliye uzmanı doktor, 2 üroloji uzmanı doktor, 9 tane hemşire, 1 tıbbi sekreter, 1 temizlik görevlisi görev yapmaktadır. Üroloji servisi rutinde dahiliye hastalarına hizmet vermekte olup haftanın belirli günleri operasyon için üroloji hastalarına da hizmet vermektedir. Birimde çalışan uzman doktorlar icap nöbetleri tutmakta, hemşireler ise vardiyalı şekilde nöbete kalmaktadırlar ve her nöbette mevcutta 2 hemşire alanda hazır bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı birimde 13 hasta odası, 21 yatak ve 1 adet acil arabası bulunmaktadır. Serviste rutin olarak müzik terapisi uygulanmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Merzifon Devlet Hastanesi Üroloji Servisi'ne dahili hastalıkların bakımı ve tedavisi amacıyla yatırılan 157 kronik hastalıklı birey oluşturmuştur. Örneklem sayısının hesaplanmasında G-Power 3.1.9.7 programı kullanılmıştır. Jasemi vd. (2016)'nin araştırma sonucu temel alınarak yapılan analizde Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) 1. gün son test puan ortalamaları kullanılmış olup %80 güç, 0,05 hata payı, 0,72 etki büyüklüğünde örneklem müzik terapi grubu için 25, kontrol grubu için 25 olmak üzere toplam 50 olarak belirlenmiştir [13]. Araştırmada testin gücünün yüksek olması ve kayıplar göz önünde bulundurularak gruplara 30'ar kişi atanmıştır. Araştırmanın örneklemi, dahil etme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 kronik hastalıklı birey oluşturmuştur (dahil edilme kriterlerine uymayan hasta sayısı: 62, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hasta sayısı: 35). Araştırmadan 2 hastanın (1 müzik terapi grubu, 1 kontrol grubu) ayrılmayı istemesi nedeniyle araştırma 58 kişi (29 kişi müzik terapi grubu, 29 kontrol grubu) ile tamamlanmıştır.

3.3.1 Araştırmanın içleme ve dışlama kriterleri

İçleme Kriterleri:

- 18 yaş üstü olmak,
- Kronik hastalığı nedeniyle hastanede yatıyor olmak,
- Türkçe konuşuyor ve anlıyor olmak,
- Hastanede en az 5 gün yatıyor olmak,
- Antidepresan ve anksiyolitik ilaç kullanmıyor olmak,
- Araştırmaya katılmaya onam vermektir.

Dışlama Kriterleri:

- Herhangi bir psikiyatrik/nörolojik hastalık tanısı almış olmak,
- Duyusal algılarda ve iletişim yeteneğinde sorunu olmak,
- Hastalığın akut döneminde olmaktır.

İzlemden Çıkarılma Kriterleri:

- Araştırma başladıktan sonra ayrılmayı istemektir.

3.4. Randomizasyon ve Körleme

Müzik terapisi ve kontrol grubuna bireylerin atanmasında, yanlılığı önlemek için basit randomizasyon yönteminden yararlanılmıştır. Randomizasyonda, araştırmadan bağımsız bir araştırmacı tarafından randomizer.org’da oluşturulan basit rastgele sayılar tablosu kullanılmıştır. Grupların hangisinin müzik terapi hangisinin kontrol grubu olduğu bağımsız bir araştırmacı tarafından kura yöntemiyle belirlenmiştir. Gruplara atama, araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerin kliniğe kabul sıralaması dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir. Örneklem sayısına ulaşana kadar bu atama devam etmiştir. Müzik terapi uygulaması araştırmacı tarafından yapıldığı için körlenememiştir. Hasta etkileşimini önlemek için hasta yatakları arasında perde kullanılmıştır. Ayrıca müzik terapi ve kontrol grubundaki hastaların aynı odalara yerleştirilmemesine dikkat edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Hastane anksiyetesi, depresyonu ve konfor düzeyi puan ortalamaları.

Bağımsız değişkenler: Bireye uygulanan girişim (müzik terapisi).

Kontrol değişkenleri: Müzik terapi ve kontrol grubunun tanıtıcı özellikleri.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; Kişisel Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ve Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (GKÖ-KF) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda [13, 24 ve 25] oluşturulan bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, kronik hastalık varlığı, hastalık tanı yılı, günlük kullanılan ilaç sayısı, daha önce hastanede yatma durumu olmak üzere toplam 9 soru yer almaktadır (EK-8)

3.6.2. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ)

Ölçek, Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiştir [198]. Ölçeğin Türkçe'ye geçerlik ve güvenirliği Aydemir vd. (1997) tarafından yapılmıştır [161]. Ölçek 14 maddeden oluşmaktadır. Tek sayılı maddeler anksiyete ve çift sayılı maddeler depresyonu araştırmaktadır. Ölçek dördümlük likert tipi bir değerlendirme aracıdır ve maddelerinin puanları 0-3 arasındadır. Ancak her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. HADÖ Türkçe formunun anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10, depresyon alt ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak bulunmuştur. Bu puanların üzerinde puan elde edilen hastalar risk grubu olarak kabul edilebilir. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0,85, depresyon alt ölçeği için 0,77 olarak bulunmuş [161] olup bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0,76, depresyon alt ölçeği için 0,76 olarak bulunmuştur (EK-10).

3.6.3. Genel konfor ölçeği kısa formu (GKÖ-KF)

Ölçek, Kolcaba tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir [199]. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise Çıtlık Sarıtaş vd. (2018) tarafından yapılmıştır [162]. Ölçek 28 maddeden oluşmakta ve ölçeğin maddeleri 28-168 arasında puan almaktadır. Alınabilecek en düşük değer olan 28 düşük konfor durumunu, en yüksek değer olan 168 ise

yüksek konfor durumunu göstermektedir. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu, Ferahlama (9 madde), rahatlama (9 madde) ve üstünlük (10 madde) alt boyutlarını içermektedir. Elde edilen toplam puan, ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer bulunur. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,82 olarak; ölçek alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) sırasıyla 0,81, 0,81 ve 0,76 olarak bulunmuş [162] olup bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,82 olarak; ölçek alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) sırasıyla 0,50, 0,51 ve 0,67 olarak bulunmuştur (EK-12).

3.7. Müzik Terapisinin Uygulanması

Müzik terapisi, araştırmacılar tarafından temin edilen MP3 müzik çalar ve kulaklıklar aracılığıyla pasif formatta gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı, çalışmanın planlama aşaması olan 22 Nisan 2024 tarihinde Ritmoterapi Müzik ve Ritim Terapi Akademisi tarafından düzenlenen Ritmoterapist Sertifika Programı'na katılmış olup programı tamamladıktan sonra çalışmayı gerçekleştirmiştir (EK-5). Çalışmada hangi makamda müziklerin dinletileceği ise Ritmoterapist Sertifika Programı'nda ve Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma (TÜMATA) Grubu'da yer alan eğitmenlerinden görüş alınarak belirlenmiştir (EK-6). Belirlenmiş olan makam acemaşiran makamıdır. Acemaşiran makamının ağrı giderici ve spazm çözücü özelliği vardır. Gevşemeye yardımcı olduğu düşünülmektedir [200]. Belirlenen makama (Acemaşiran Makamı) ilişkin müzikler TÜMATA'nın resmî sitesinde yer almakta olup müziğin kullanımı için TÜMATA'dan kullanım izni alınmıştır (EK-7). Müzik terapisi, araştırmacı tarafından 4 gün boyunca (yatan hastaların yatış süresi ortalama 4 gün), hastaların hastanede yatarak tedavi görmeye başladıkları ilk günden itibaren gerçekleştirilmiştir. Müzik terapisi, hastaların rutin takip ve tedavilerini aksatmayacak şekilde akşam saatlerinde (20:00- 21:00 saatleri arasında) ve hastaların kendi odalarında uygulanmıştır. Terapi esnasında hastaların rahatlamış olmaları oldukça önemlidir. Bu nedenle terapi öncesi süreçte, hastaların günlük yaşam ihtiyaçları giderilerek rahatlamış olmaları sağlanmıştır. Hasta mahremiyeti ve rahatlığın artırılması açısından terapi esnasında yatak etrafına perde çekilmiştir. Araştırmacı müzik terapisi için, 2 adet MP3 ve hijyen kuralları gereği her hastaya ayrı ayrı kulaklık teminini sağlamıştır. Literatürde uzun süre müzik dinlemenin hastalarda huzursuzluğa yol açacağı, bu nedenle 15-30 dakika arasında müzik dinletmenin uygun olacağı belirtildiği [163] için terapi süresi 30 dakika ile

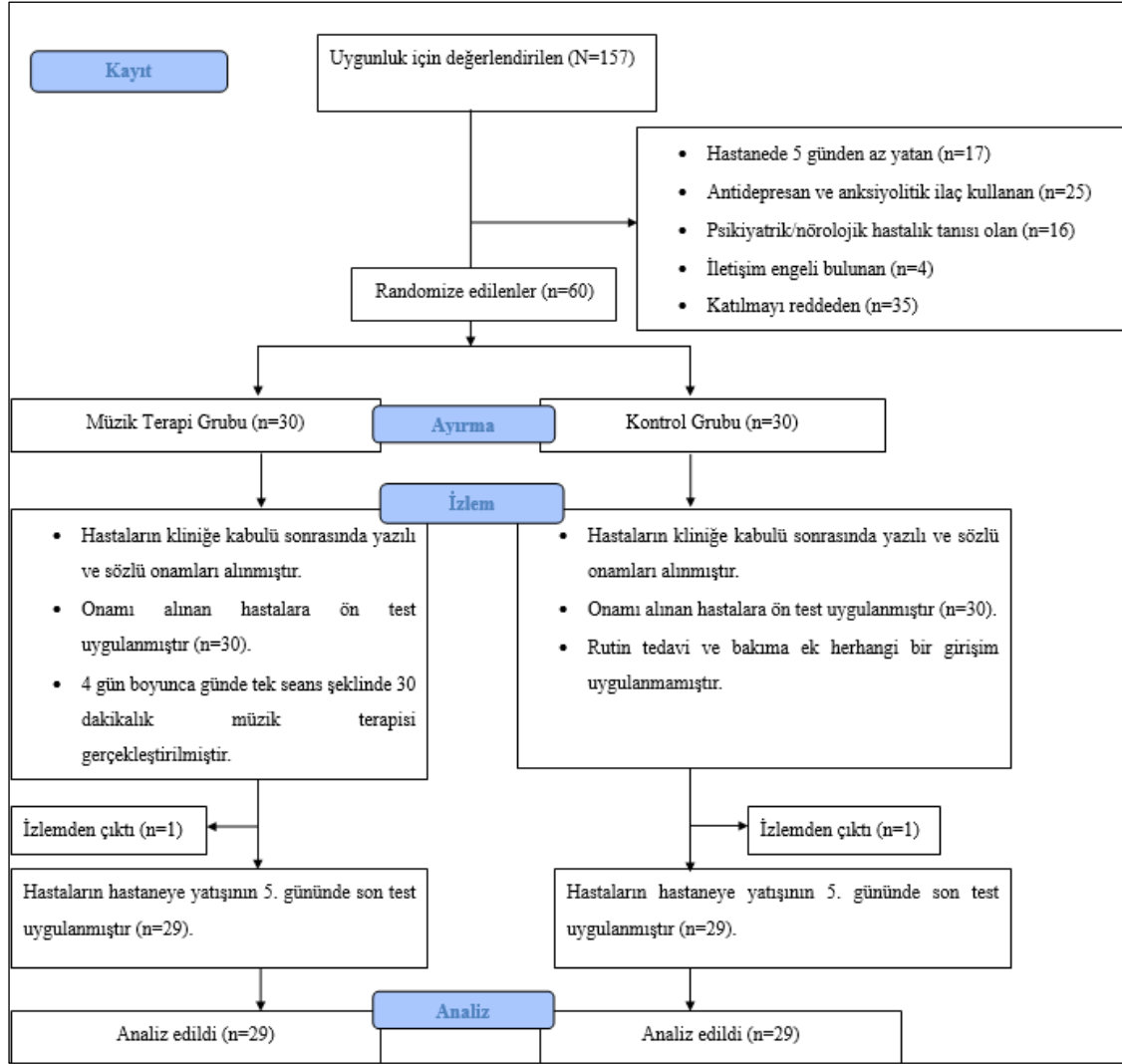
sınırlandırılmıştır. Müzik terapisi, günde tek seans şeklinde 4 gün boyunca uygulanmış olup her seansta hastalara aynı müzik dinletilmiştir (Şekil 3.7.1).

3.7.1. Müzik terapi grubuna gerçekleştirilen uygulamalar

- Hastaların kliniğe kabulü sonrasında, hastalar ile yüz yüze görüşülerek çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve sonrasında hastaların yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.
- Onamı alınan hastalara ön test uygulanmıştır.
- 4 gün boyunca günde tek seans şeklinde 30 dakikalık müzik terapisi (acemaşiran makamı) gerçekleştirilmiştir. Hastaların hastaneye yatışının 5. gününde (ortalama yatış süresi 4 gün olan hastaların taburculuğu 5. günün sabahında gerçekleştirilmektedir) son test uygulanmıştır (Şekil 3.7.1).

3.7.2. Kontrol grubuna gerçekleştirilen uygulamalar

- Hastaların kliniğe kabulü sonrasında, hastalar ile yüz yüze görüşülerek çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve sonrasında hastaların yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.
- Onamı alınan hastalara ön test uygulanmıştır.
- Bu gruba rutin tedavi ve bakıma ek herhangi bir girişim uygulanmamıştır.
- Hastaların hastaneye yatışının 5. gününde (ortalama yatış süresi 4 gün olan hastaların taburculuğu 5. günün sabahında gerçekleştirilmektedir) son test uygulanmıştır (Şekil 3.7.1).



Şekil 3.7.1. Consort Akış Şeması

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Eylül 2024-Şubat 2025 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama formları 1. günde/ilk görüşmede (ön test) ve 5. günde (son test) olmak üzere toplamda 2 kez uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih: 19.07.2024 Sayı: E-76988455-050.04-205148) (EK-1). Araştırmanın yürütülebilmesi için Merzifon Karamustafa Paşa Devlet Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni alınmıştır (Tarih: 06.09.2024 Sayı: E-44269710-929-253237771) (EK-2). Araştırmaya katılan bireylerden çalışmayı kabul ettiklerine dair yazılı ve sözlü onam alınmış ve katılımcılara

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” imzalatılmıştır (EK-3) (EK-4). Araştırmada kullanılan ölçekler için araştırmacıdan e-posta yolu ile kullanım izni alınmıştır (EK-9) (EK-11). Araştırma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Tüm istatistiksel işlemler SPSS 27 programında yapılmıştır. Veriler analiz edilmeden önce başlangıç analizleri gerçekleştirilmiştir. Başlangıç analizlerinde verilerin doğruluğu, kayıp değerler, uç değerler ve kullanılması planlanan analizlerin varsayımları incelenmiştir [164-166]. Verilerin doğruluğunu incelemek amacıyla her bir ölçek maddesinin minimum ve maksimum değerleri ve frekans dağılımları incelenmiş ve tüm değişkenlerin beklenen değer aralığında olduğu bulunmuştur. [164-167].

Müzik terapi ve kontrol grubunda yer alan kronik hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi vermek amacıyla frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerlerini içeren betimsel istatistiklerden yararlanılmıştır. Müzik terapi ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri ile grup üyeliği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmek amacıyla ki kare (χ^2) analizi gerçekleştirilmiştir. Müzik terapi ve kontrol grubunda yer alan kronik hastalığı olan bireylerin anksiyete, depresyon ve konfor ön test puan ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklem için *t*-testi yapılmıştır. Müzik terapi ve kontrol grubunda yer alan kronik hastalığı olan bireylerin müzik terapisinden önce ve müzik terapisi sonrasında anksiyete, depresyon ve konfor puan ortalamalarındaki zamana bağlı değişimi incelemek amacıyla bağımlı örneklem için *t*-testi kullanılmıştır. Son test anksiyete, depresyon ve konfor puanlarını karşılaştırmak amacıyla tek yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. [168].

Bağımsız örneklem için *t*-testi, bağımlı örneklem için *t*-testi, tek yönlü ANCOVA analizlerinin kullanılan analize bağlı olarak varyansların homojenliği, normallik, regresyon eğrilerinin homojenliği, eş varyanslılık ve doğrusallık varsayımları incelenmiştir [164, 166, 169]. Normallik varsayımını incelemek amacıyla Shapiro-Wilk normallik testi, çarpıklık ve basıklık değerleri, histogram, Normal Q-Q plot ve detrended normal Q-Q plot grafikleri incelenmiş ve verilerin normale yakın bir dağılım gösterdiği belirlenmiştir [164 ve 165, 170]. Varyansların homojenliği varsayımı Levene testi ile incelenmiş ve tüm analizlerde karşılandığı tespit edilmiştir. Bu varsayımlara ek olarak tek yönlü ANCOVA’nın eş varyanslılık, doğrusallık ve regresyon eğrilerinin homojenliği varsayımları bulunmaktadır.

Bu varsayımlar da ilgili analizlerde kontrol edilmiş ve karşılandığı tespit edilmiştir. Ki kare (χ^2) analizinde bazı kategoriler 5 ve altında olmasına rağmen, kategoriler doğal olarak oluştuğundan ve bu analizler grup benzerliklerini ve farklılıklarını belirlemeyi amaçladığından yeniden sınıflandırma yapılmamıştır [171]. Analizler rapor edilirken etki büyüklüğü tahminleri kullanılmıştır. Bağımsız örneklemeler için *t*-testi ve bağımlı örneklemeler için *t*-testinde kullanılan etki büyüklüğü *d* iken tek yönlü ANCOVA’da kullanılan etki büyüklüğü kısmi eta-karedir (η^2). Kısmi η^2 değerinde 0,13 ve üzerindeki değerler yüksek, 0,06-0,12 aralığındaki değerler orta, 0,00-0,05 aralığındaki değerler düşük, *d* etki büyüklüğünde ise 0,80 ve üstü değerler yüksek, 0,50-0,79 aralığındaki değerler orta, 0,00-0,49 aralığındaki değerler düşük etki büyüklüğünü ifade etmektedir [172]. Cramer’s V etki büyüklüğünde ise 0,00-0,19 arası değerler düşük, 0,20 ila .39 arası değerler orta, .40 ve üzeri değerler yüksek etki büyüklüğünü göstermektedir [171]. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm testlerde $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de müzik terapi ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyodemografik özelliklerine yönelik frekans ve yüzde değerlerini içeren betimsel istatistikler ve ki kare analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.1. Müzik terapi ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Müzik Terapi		Kontrol		χ^2	sd	p	Cramer's V
	n	%	n	%				
Cinsiyet								
Kadın	16	55,2	19	65,5	0,65	1	0,421	0,11
Erkek	13	44,8	10	34,5				
Eğitim Durumu								
Okuryazar Değil	4	13,8	4	13,8	1,90	5	0,863	0,18
Okuryazar	1	3,4	2	6,9				
İlkokul Mezunu	17	58,8	18	62,1				
Ortaokul Mezunu	1	3,4	2	6,9				
Lise Mezunu	3	10,3	1	3,4				
Üniversite Mezunu	3	10,3	2	6,9				
Medeni Durum								
Evli	22	75,9	20	69,0	0,35	1	0,557	0,08
Bekar	7	24,1	9	31,0				
Ekonomik Durum								
Düşük	11	37,9	8	27,6	1,58	2	0,454	0,16
Orta	18	62,1	20	69,0				
Yüksek	-	-	1	3,4				
Kronik Hastalıkla İlgili Hastanede Yatma Durumu								
Evet	26	89,7	26	89,7	0,00	1	1,00	0,00
Hayır	3	10,3	3	10,3				
Hastalık Tanı Yılı								
0-5 yıl	7	24,2	7	24,2	0,57	3	0,904	0,10
6-11 yıl	4	13,8	6	20,7				
12-17 yıl	5	17,2	5	17,2				
18 yıl ve üstü	13	44,8	11	37,9				

Tablo 4.1. Müzik terapi ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (**devamı**)

	Müzik Terapi		Kontrol		χ^2	sd	p	Cramer's V
	n	%	n	%				
Hastaneye Yatış Sayısı								
0-5	16	55,2	16	55,2	0,81	5	0,976	0,12
6-10	7	24,2	5	17,3				
11-15	3	10,4	4	13,8				
16-20	1	3,4	2	6,9				
21-25	1	3,4	1	3,4				
26-30	1	3,4	1	3,4				
Sahip Olduğu Birincil Kronik Hastalık								
Akciğer Kanseri	1	3,4	0	0,0	9,30	8	0,460	0,37
Astım	2	6,9	2	6,9				
Bronşektazi	0	0,0	1	3,4				
Hipertiroidi	1	3,4	0	0,0				
Hipotiroidi	0	0,0	2	6,9				
Hipertansiyon	3	10,3	5	17,2				
Kronik Osteomiyelit	0	0,0	1	3,4				
Meme Kanseri	1	3,4	0	0,0				
Diyabet	21	72,6	18	62,2				

Not. n = Frekans, % = Yüzde, χ^2 = Ki-kare, sd = Serbestlik derecesi, p = Anlamlılık düzeyi, Cramer's V = Cramer etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi müzik terapi grubunu oluşturan kronik hastaların 16'sı (%55,2) kadın, 13'ü (%44,8) erkektir. Kontrol grubunu oluşturan hastaların 19'u (%65,5) kadın, 10'u (%34,5) erkektir. Müzik terapi grubunu oluşturan kronik hastaların 4'ü (%13,8) okuryazar değil, 1'i (%3,4) okuryazar, 17'si (%58,8) ilkököl mezunu, 1'i (%3,4) ortaokul mezunu, 3'ü (%10,3) lise mezunu, 3'ü (%10,3) üniversite mezunudur. Kontrol grubunu oluşturan kronik hastaların 4'ü (%13,8) okuryazar değil, 2'si (%6,9) okuryazar, 18'i (%62,1) ilkököl mezunu, 2'si (%6,9) ortaokul mezunu, 1'i (%3,4) lise mezunu, 2'si (%6,9) üniversite mezunudur. Müzik terapi grubunu oluşturan kronik hastaların 22'si (%75,9) evliken 7'si (%24,1) bekardır. Kontrol grubunu oluşturan kronik hastaların 20'si (%69,0) evliken 9'u (%31,0) bekardır. Müzik terapi grubunu oluşturan kronik hastaların 11'i (%37,9) düşük düzeyde ekonomik gelire sahipken 18'i (%62,1) orta düzeyde ekonomik gelire sahiptir. Kontrol grubunu oluşturan kronik hastaların 8'i (%27,6) düşük düzeyde ekonomik gelire sahipken 20'si (%69,0) orta düzeyde ekonomik gelire sahip ve 1'i (%3,4) yüksek düzeyde ekonomik gelire sahiptir. Son olarak hem müzik terapi hem de kontrol grubunu oluşturan

kronik hastaların 26'sı (%89,7) kronik hastalıkla ilgili olarak hastanede yatmışken 3'ü (%10,3) kronik hastalıkla ilgili olarak hastanede yatmamıştır.

Müzik terapi grubunu oluşturan kronik hastaların 7'si (%24,2) son 5 yıl içerisinde kronik hastalık tanısı almışken 4'ü (%13,8) 6-11 yıl önce, 5'i (%17,2) 12-17 yıl önce, 13'ü (%44,8) 18 yıl veya daha uzun süre önce kronik hastalık tanısı almıştır. Kontrol grubunu oluşturan kronik hastaların 7'si (%24,2) son 5 yıl içerisinde kronik hastalık tanısı almışken 6'sı (%20,7) 6-11 yıl önce, 5'i (%17,2) 12-17 yıl önce, 11'i (%37,9) 18 yıl veya daha uzun süre önce kronik hastalık tanısı almıştır. Müzik terapi grubunu oluşturan kronik hastaların 16'sı (%55,2) 0-5 kez hastaneye yatmışken 7'si (%24,2) 6-10 kez, 3'ü (%10,3) 11-15 kez, 1'i (%3,4) 16-20 kez, 1'i (%3,4) 21-25 kez, 1'i (%3,4) 26-30 kez hastaneye yatmıştır. Kontrol grubunu oluşturan kronik hastaların 16'sı (%55,2) 0-5 kez hastaneye yatmışken 5'i (%17,2) 6-10 kez, 4'ü (%13,8) 11-15 kez, 2'si (%6,9) 16-20 kez, 1'i (%3,4) 21-25 kez, 1'i (%3,4) 26-30 kez hastaneye yatmıştır. Müzik terapi grubunu oluşturan kronik hastaların 1'i (%3,4) akciğer kanseriyken 2'si (%6,9) astım, 1'i (%3,4) hipertiroidi, 3'ü (%10,3) hipertansiyon, 1'i (%3,4) meme kanseri ve 21'i (%72,6) diyabet hastalığına sahiptir. Kontrol grubunu oluşturan kronik hastaların 2'si (%6,9) astımken 1'i (%3,4) bronşektazi, 2'si (%6,9) hipotiroidi, 5'i (%17,2) hipertansiyon, 1'i (%3,4) kronik osteomyelit ve 18'i (%62,2) diyabet hastalığına sahiptir. Müzik terapi ve kontrol grubunda yer alan hastanede yatan kronik hastalığı olan bireylerin cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum, kronik hastalıkla ilgili olarak hastanede yatma durumu, hastalık tanı yılı, hastaneye yatış sayısı, sahip olduğu birincil kronik rahatsızlık dağılımı benzerdir.

Tablo 4.2'de müzik terapi ve kontrol grubundaki hastaların yaş, kronik hastalık sayısı, günlük kullandığı ilaç sayısına yönelik betimsel istatistikler yer almaktadır.

Tablo 4.2. Müzik terapi ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Müzik Terapi				Kontrol				sd	t	p	D
	Min.	Max.	$\bar{X}$	SS	Min.	Max.	$\bar{X}$	SS				
Yaş	23	77	58,14	13,63	28	82	57,93	13,42	56	0,06	0,954	0,02
Kronik Hastalık Sayısı	1	4	2,41	1,12	1	5	2,21	1,21	56	0,68	0,501	0,18
Günlük Kullandığı İlaç Sayısı	1	15	5,10	3,53	0	10	3,90	2,61	56	1,48	0,144	0,39

Not. $\bar{X}$ = Ortalama, SS = Standart sapma, sd = Serbestlik derecesi, t = Bağımsız örneklem için t-testi değeri, d = Cohen d etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi müzik terapi grubunda yer alan kronik hastalığı olan bireylerin minimum yaşı 23, maksimum yaşı 77 olup yaş ortalaması 58,14’tür ($SS = 13,63$). Kontrol grubundaki bireylerin minimum yaşı 28, maksimum yaşı 82 olup yaş ortalaması ise 57,93’tür ($SS = 13,42$). Müzik terapi grubundaki hastalar en az 1, en fazla 4 kronik hastalığa sahip olup hastaların ortalama kronik hastalık sayısı 2,41’dir ($SS = 1,12$). Kontrol grubundaki hastalar en az 1, en fazla 5 kronik hastalığa sahip olup hastaların ortalama kronik hastalık sayısı 2,21’dir ($SS = 1,21$). Müzik terapi grubundaki hastalar günlük en az 1, en fazla 15 ilaç kullanırken hastaların günlük kullandığı ortalama ilaç sayısı 5,10’dur ($SS = 3,53$). Kontrol grubundaki hastalar günlük en az 0, en fazla 10 ilaç kullanırken hastaların günlük kullandığı ortalama ilaç sayısı 3,90’dır ($SS = 2,61$). Müzik terapi ve kontrol grubundaki hastalar arasında yaş, sahip oldukları kronik hastalık sayısı ve kullandıkları ilaç sayısı ortalamaları açısından arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Araştırmanın birinci hipotezini test etmek amacıyla ilk olarak müzik terapi grubu ve kontrol grubu bireylerinin ön test hastane anksiyetesi toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış, ikinci aşamada müzik terapi ve kontrol grubundaki bireylerin hastane anksiyetesi toplam puan ortalamalarındaki zaman içerisindeki değişim bağımlı örneklem için *t*-testi aracılığıyla incelenmiş, son aşamada ise müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki bireylerin hastane anksiyetesi son test puanları tek yönlü ANCOVA ile karşılaştırılmıştır. Tablo 4.3’te müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki bireylerin hastane anksiyetesi toplam puan ortalama ve standart sapma değerleri ve gerçekleştirilen bağımsız örneklem için *t*-testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.3. Müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların hastane anksiyetesi ön test puanları bağımsız örneklem için *t*-testi sonuçları

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Müzik Terapi	29	6,79	5,05	56	0,00	1,00	0,00
Kontrol	29	6,79	4,52				

Not. $p < 0,05^*$, $p < 0,001^{***}$. *n* = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, *SS* = Standart sapma, *sd* = Serbestlik derecesi, *t* = Bağımsız örneklem için *t*-testi değeri, *p* = Anlamlılık düzeyi, *d* = Cohen *d* etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.3’te görüldüğü gibi gerçekleştirilen bağımsız örneklem için *t*-testi sonucunda müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların hastane anksiyetesi ön test puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($t(56) = 0,00$, $p > 0,05$, $d = 0,00$).

Müzik terapi ve kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test hastane anksiyetesi puanlarındaki zaman içerisindeki değişimi incelemek amacıyla gerçekleştirilen bağımlı örneklemeler için *t*-testi sonuçları Tablo 4.4'te görülmektedir.

Tablo 4.4. Müzik terapi ve kontrol grubu hastane anksiyetesi ön test ve son test puanları bağımlı gruplar için *t*-testi sonuçları

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Müzik Terapi							
Ön test	29	6,79	5,05	28	4,08	0,001***	0,76
Son test	29	4,14	4,07				
Kontrol							
Ön test	29	6,79	4,52	28	1,77	0,088	0,33
Son test	29	5,55	4,58				

Not. $p < 0,001$ ***. *n* = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, *SS* = Standart sapma, *sd* = Serbestlik derecesi, *t* = Bağımsız örneklemeler için *t*-testi değeri, *p* = Anlamlılık düzeyi, *d* = Cohen *d* etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi yapılan bağımlı örneklemeler için *t*-testi sonucunda müzik terapi grubundaki hastaların ön test ve son test hastane anksiyetesi toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık varken ($t(28) = 4,08, p < 0,001, d = 0,76$), kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test hastane anksiyetesi toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t(28) = 1,77, p > 0,05, d = 0,33$). Müzik terapi grubunun hastane anksiyete puanlarındaki zamana bağlı değişim orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahiptir. Tablo 4.4.'te görüldüğü gibi müzik terapi grubundaki hastaların hastane anksiyetesi son test ortalamaları ($\bar{X} = 4,14$) ön test puan ortalamalarından ($\bar{X} = 6,79$) anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Müzik terapi ve kontrol grubundaki hastaların son test hastane anksiyetesi toplam puan ortalamaları, standart sapma değerleri ve düzeltilmiş puan ortalamaları Tablo 4.5'te ve yapılan tek yönlü ANCOVA sonuçları Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Tablo 4.5. Hastane anksiyetesi puanları son test ortalama ve standart sapma değerleri

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	$\bar{X}_{\text{düz}}$
Müzik Terapi	29	4,14	4,07	4,14
Kontrol	29	5,55	4,58	5,55

Not. *n* = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, *SS* = Standart sapma, $\bar{X}_{\text{düz}}$ = Düzeltilmiş ortalama.

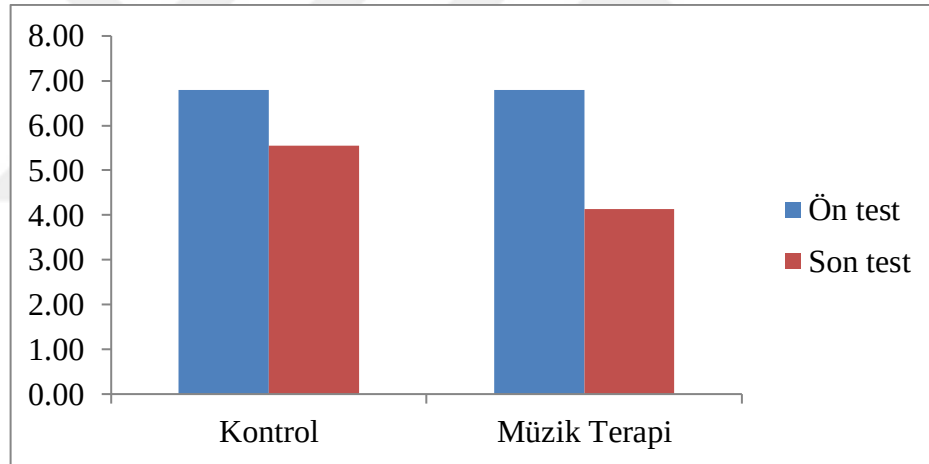
Tablo 4.6. Hastane anksiyetesi son test puanları tek yönlü ANCOVA sonuçları

	<i>sd</i>	Kareler Ortalaması	<i>F</i>	<i>p</i>	Kısmi η^2
Ön test	1	491,82	48,41	0,001***	0,47
Grup	1	28,98	2,85	0,097	0,05
Hata	55	10,16			

Not. $p < 0,001$ ***. *sd* = Serbestlik derecesi, *F* = Tek yönlü ANCOVA *F* değeri, *p* = Anlamlılık düzeyi, η^2 = Eta-kare etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların ön test puanları kontrol edildiğinde son test hastane anksiyetesi toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F(1, 55) = 2,85, p > 0,05$, Kısmi $\eta^2 = 0,05$).

Bu bulgular birinci araştırma hipotezini kısmen desteklemekte ve müzik terapisinin kronik rahatsızlığı olan hastaların hastane anksiyetesini azaltmada kısmen etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir. Şekil 4.1’de müzik terapi ve kontrol grubundaki bireylerin anksiyete toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği görülmektedir.

**Şekil 4.1.** Müzik terapi ve kontrol grubu anksiyete puanları değişim grafiği

Araştırmanın ikinci hipotezini test etmek amacıyla ilk olarak müzik terapi grubu ve kontrol grubu bireylerinin ön test hastane depresyonu toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış, ikinci aşamada müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki bireylerin hastane depresyonu toplam puan ortalamalarındaki zaman içerisindeki değişim bağımlı örneklemeler için *t*-testi aracılığıyla incelenmiş, son aşamada ise müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki bireylerin hastane depresyonu son test puanları tek yönlü ANCOVA ile karşılaştırılmıştır. Tablo 4.7’de müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki bireylerin hastane depresyonu toplam puan ortalama ve standart sapma değerleri ve gerçekleştirilen bağımsız örneklemeler için *t*-testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.7. Müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların hastane depresyonu ön test puanları bağımsız örneklemeler için *t*-testi sonuçları

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Müzik Terapi	29	9,79	5,51	56	0,02	0,981	0,01
Kontrol	29	9,76	5,18				

Not. $p < 0,05^*$, $p < 0,001^{***}$. *n* = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, *SS* = Standart sapma, *sd* = Serbestlik derecesi, *t* = Bağımsız örneklemeler için *t*-testi değeri, *p* = Anlamlılık düzeyi, *d* = Cohen *d* etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi gerçekleştirilen bağımsız örneklemeler için *t*-testi sonucunda müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların hastane depresyonu ön test puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($t(56) = 0,02$, $p > 0,05$, $d = 0,01$).

Müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test hastane depresyonu puanlarındaki zaman içerisindeki değişimi incelemek amacıyla gerçekleştirilen bağımlı örneklemeler için *t*-testi sonuçları Tablo 4.8’de görülmektedir.

Tablo 4.8. Müzik terapi ve kontrol grubu hastane depresyonu ön test ve son test puanları bağımlı gruplar için *t*-testi sonuçları

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Müzik Terapi							
Ön test	29	9,79	5,51	28	2,92	0,007**	0,54
Son test	29	8,07	5,42				
Kontrol							
Ön test	29	9,76	5,18	28	0,86	0,399	0,16
Son test	29	9,21	5,34				

Not. $p < .01^{**}$, *n* = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, *SS* = Standart sapma, *sd* = Serbestlik derecesi, *t* = bağımsız örneklemeler için *t*-testi değeri, *p* = Anlamlılık düzeyi, *d* = Cohen *d* etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi yapılan bağımlı örneklemeler için *t*-testi sonucunda müzik terapi grubundaki hastaların ön test ve son test hastane depresyonu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık varken ($t(28) = 2,92$, $p < 0,01$, $d = 0,54$), kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test hastane depresyonu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($t(28) = 0,86$, $p > 0,05$, $d = 0,16$). Müzik terapi grubunun hastane depresyonu puanlarındaki zamana bağlı değişim orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahiptir. Tablo 4.8’de görüldüğü gibi müzik terapi grubundaki hastaların hastane depresyonu son test ortalamaları ($\bar{X} = 8,07$) ön test puan ortalamalarından ($\bar{X} = 9,79$) anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların son test hastane depresyonu toplam puan ortalamaları, standart sapma değerleri ve düzeltilmiş puan ortalamaları Tablo 4.9’da ve yapılan tek yönlü ANCOVA sonuçları Tablo 4.10’da yer almaktadır.

Tablo 4.9. Hastane depresyonu puanları son test ortalama ve standart sapma değerleri

	n	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}_{düz}$
Müzik Terapi	29	8,07	5,42	8,05
Kontrol	29	9,21	5,34	9,22

Not. n = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, SS = Standart sapma, $\bar{X}_{düz}$ = Düzeltilmiş ortalama.

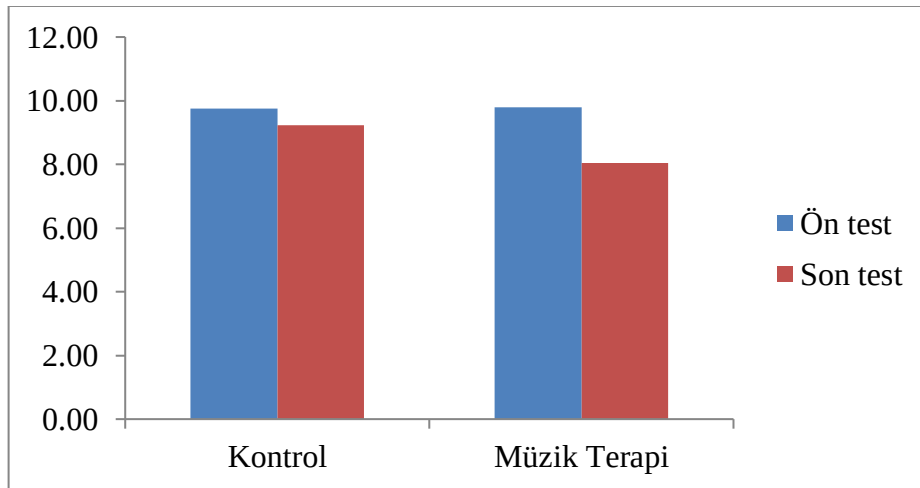
Tablo 4.10. Hastane depresyonu son test puanları tek yönlü ANCOVA sonuçları

	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Kısmi η^2
Ön test	1	1056,29	102,95	0,001***	0,65
Grup	1	19,71	1,92	0,171	0,03
Hata	55	10,26			

Not. $p < 0,001$ ***. sd = Serbestlik derecesi, F = Tek yönlü ANCOVA F değeri, p = Anlamlılık düzeyi, η^2 = Eta-kare etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların ön test puanları kontrol edildiğinde son test hastane depresyonu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F(1, 55) = 1,92, p > 0,05$, Kısmi $\eta^2 = 0,03$).

Bu bulgular ikinci araştırma hipotezini kısmen desteklemekte ve müzik terapisinin kronik rahatsızlığı olan hastaların hastane depresyonunu azaltmada kısmen etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir. Şekil 4.2’de müzik terapi ve kontrol grubundaki bireylerin depresyon toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği görülmektedir.

**Şekil 4.2.** Müzik terapi ve kontrol grubu hastane depresyonu puanları değişim grafiği

Araştırmanın üçüncü hipotezini test etmek amacıyla ilk olarak müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların genel konfor alt boyutları ve genel konfor ön test toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış, ikinci aşamada müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki

hastaların genel konfor alt boyutları ve genel konfor toplam puan ortalamalarındaki zaman içerisindeki değişim bağımlı örneklemeler için *t*-testi aracılığıyla incelenmiş, son aşamada ise müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların genel konfor alt boyutları ve genel konfor son test puanları tek yönlü ANCOVA ile karşılaştırılmıştır. Tablo 4.11’de müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların genel konfor alt boyutları olan ferahlama, rahatlama, üstünlük ve genel konfor toplam puan ortalama ve standart sapma değerleri ve gerçekleştirilen bağımsız örneklemeler için *t*-testi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.11. Müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların ön test genel konfor alt boyutları ve genel konfor toplam puanları bağımsız örneklemeler için *t*-testi sonuçları

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Ferahlama							
Müzik Terapi	29	36,31	6,40	56	-0,83	0,411	-0,22
Kontrol	29	37,86	7,79				
Rahatlama							
Müzik Terapi	29	34,34	6,54	56	-0,69	0,493	-0,18
Kontrol	29	35,66	7,85				
Üstünlük							
Müzik Terapi	29	40,72	9,97	56	-0,13	0,899	-0,03
Kontrol	29	41,03	8,51				
Genel Konfor Toplam							
Müzik Terapi	29	111,38	20,24	56	-0,58	0,562	-0,15
Kontrol	29	114,55	21,16				

Not. *n* = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, *SS* = Standart sapma, *sd* = Serbestlik derecesi, *t* = bağımsız örneklemeler için *t*-testi değeri, *p* = Anlamlılık düzeyi, *d* = Cohen *d* etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi yapılan bağımsız örneklemeler için *t*-testi analizleri sonucunda müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların genel konfor alt boyutları olan ferahlama ($t(56) = -0,83, p > 0,05, d = -0,22$), rahatlama ($t(56) = -0,69, p > 0,05, d = -0,18$), üstünlük ($t(56) = -0,13, p > 0,05, d = -0,03$) ve genel konfor ($t(56) = -0,58, p > 0,05, d = -0,15$) ön test toplam puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların genel konfor alt boyutları olan ferahlama, rahatlama, üstünlük ve genel konfor ön test ve son test puanlarındaki zaman içerisindeki değişimi incelemek amacıyla yapılan bağımlı örneklemeler için *t*-testi analizleri sonuçları Tablo 4.12’de görülmektedir.

Tablo 4.12. Müzik terapi ve kontrol grubu ön test ve son test genel konfor alt boyutları ve genel konfor toplam puanları bağımlı gruplar için *t*-testi sonuçları

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Müzik Terapi Ferahlama							
Ön test	29	36,31	6,40	28	-3,54	0,001**	-0,66
Son test	29	39,28	7,10				
Kontrol Ferahlama							
Ön test	29	37,86	7,79	28	1,25	0,222	0,23
Son test	29	36,28	7,91				
Müzik Terapi Rahatlama							
Ön test	29	34,34	6,54	28	-3,10	0,004**	-0,58
Son test	29	37,10	6,28				
Kontrol Rahatlama							
Ön test	29	35,66	7,85	28	0,34	0,734	0,06
Son test	29	35,24	5,91				
Müzik Terapi Üstünlük							
Ön test	29	40,72	9,97	28	-2,93	0,007**	-0,54
Son test	29	44,59	8,11				
Kontrol Üstünlük							
Ön test	29	41,03	8,51	28	1,11	0,275	0,21
Son test	29	40,10	8,66				
Müzik Terapi Genel Konfor Toplam							
Ön test	29	111,38	20,24	28	-3,99	0,001***	-0,74
Son test	29	120,97	19,17				
Kontrol Genel Konfor Toplam							
Ön test	29	114,55	21,16	28	1,26	0,219	0,23
Son test	29	111,62	19,15				

Not. $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$. *n* = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, *SS* = Standart sapma, *sd* = Serbestlik derecesi, *t* = bağımsız örneklem için *t*-testi değeri, *p* = Anlamlılık düzeyi, *d* = Cohen *d* etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi yapılan bağımlı örneklemeler için *t*-testi analizleri sonucunda müzik terapi grubundaki hastaların ön test ve son test genel konfor alt boyutları olan ferahlama ($t(28) = -3,54$, $p < 0,01$, $d = -0,66$), rahatlama ($t(28) = -3,10$, $p < 0,01$, $d = -0,58$), üstünlük ($t(28) = -2,93$, $p < 0,01$, $d = -0,54$) ve genel konfor ($t(28) = -3,99$, $p < 0,001$, $d = -0,74$) ön test toplam puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların ise ön test ve son test genel konfor alt boyutları olan ferahlama ($t(28) = 1,25$, $p > 0,05$, $d = 0,23$), rahatlama ($t(28) = 0,34$, $p > 0,05$, $d = 0,06$), üstünlük ($t(28) = 1,11$, $p > 0,05$, $d = 0,21$) ve genel konfor ($t(28) = 1,26$, $p > 0,05$, $d = 0,23$) ön test toplam puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların son test genel konfor alt boyutları olan ferahlama, rahatlama, üstünlük ve genel konfor toplam puan ortalamaları, standart sapma değerleri ve düzeltilmiş puan ortalamaları Tablo 4.13’te ve yapılan tek yönlü ANCOVA analizleri sonuçları Tablo 4.14’te yer almaktadır.

Tablo 4.13. Genel konfor alt boyutları ve genel konfor toplam puanları son test ortalama ve standart sapma değerleri

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	$\bar{X}_{düz}$
Ferahlama				
Müzik terapi	29	39,28	7,10	39,84
Kontrol	29	36,28	7,91	35,71
Rahatlama				
Müzik terapi	29	37,10	6,28	37,46
Kontrol	29	35,24	5,91	34,88
Üstünlük				
Müzik terapi	29	44,59	8,11	44,70
Kontrol	29	40,10	8,66	39,99
Genel Konfor Toplam				
Müzik terapi	29	120,97	19,17	122,14
Kontrol	29	111,62	19,15	110,45

Not. *n* = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, *SS* = Standart sapma, $\bar{X}_{düz}$ = Düzeltilmiş ortalama.

Tablo 4.14. Genel konfor alt boyutları ve genel konfor toplam son test puanları tek yönlü ANCOVA analizleri sonuçları

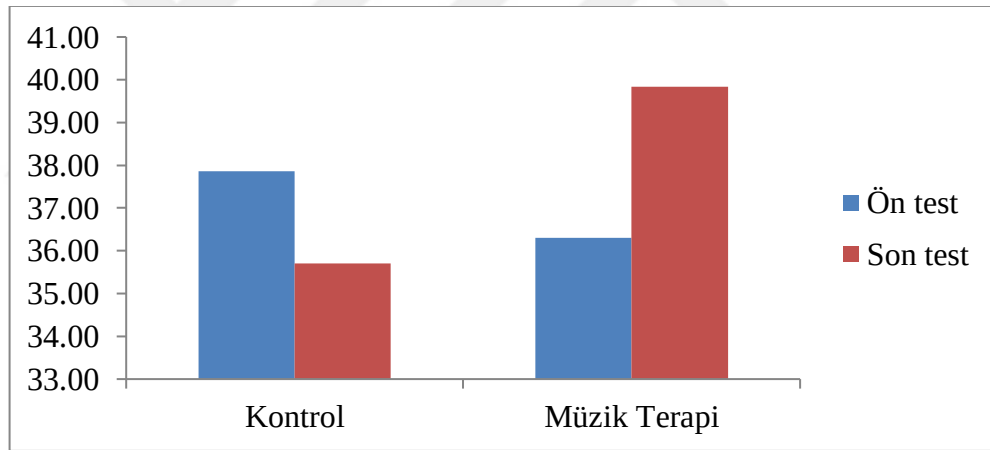
	<i>sd</i>	Kareler Ortalaması	<i>F</i>	<i>p</i>	Kısmi η^2
Ferahlama					
Ön test	1	1496,50	49,37	0,001***	0,47
Grup	1	243,77	8,04	0,006**	0,13
Hata	55	30,31			
Rahatlama					
Ön test	1	866,37	39,20	0,001***	0,42
Grup	1	95,37	4,31	0,042*	0,07
Hata	55	22,10			
Üstünlük					
Ön test	1	2383,03	83,98	0,001***	0,60
Grup	1	320,37	11,29	0,001**	0,17
Hata	55	28,38			
Genel Konfor Toplam					
Ön test	1	13098,45	96,53	0,001***	0,64
Grup	1	1968,80	14,51	0,001***	0,21
Hata	55	135,70			

Not. $p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$. *sd* = Serbestlik derecesi, *F* = Tek yönlü ANCOVA *F* değeri, *p* = Anlamlılık düzeyi, η^2 = Eta-kare etki büyüklüğü değeri.

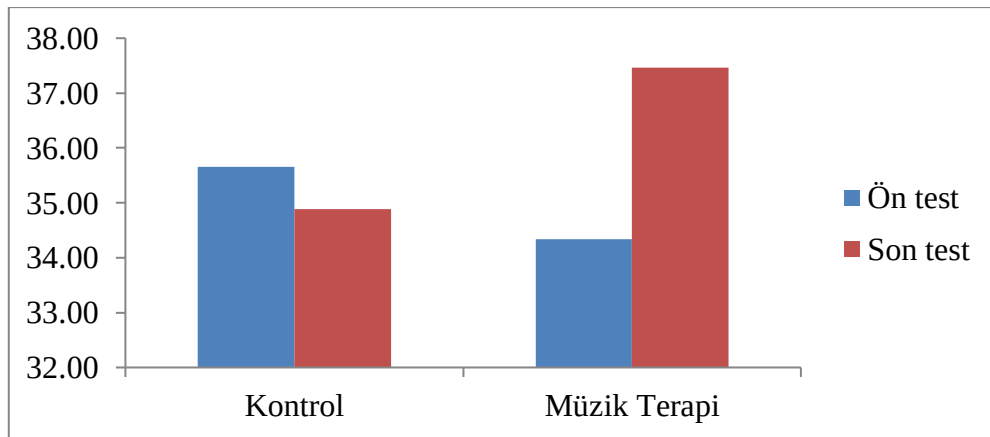
Tablo 4.14'te görüldüğü gibi müzik terapi grubu ve kontrol grubundaki hastaların ön test puanları kontrol edildiğinde son test ferahlama ($F(1, 55) = 8,04$, $p < 0,01$, Kısmi $\eta^2 = 0,13$), rahatlama ($F(1, 55) = 4,31$, $p < 0,05$, Kısmi $\eta^2 = 0,07$), üstünlük ($F(1, 55) = 11,29$, $p < 0,01$, Kısmi $\eta^2 = 0,17$) ve genel konfor ($F(1, 55) = 14,51$, $p < 0,001$, Kısmi $\eta^2 = 0,21$) son test toplam puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Tablo 4.13'te görüldüğü gibi müzik terapi grubundaki kronik rahatsızlığı olan bireylerin ferahlama ($\bar{X}_{düz}$

= 39,84), rahatlama ($\bar{X}_{\text{düz}} = 37,46$), üstünlük ($\bar{X}_{\text{düz}} = 44,70$) ve genel konfor toplam ($\bar{X}_{\text{düz}} = 122,14$) puan ortalamaları kontrol grubunda yer alan bireylerin ferahlama ($\bar{X}_{\text{düz}} = 35,71$), rahatlama ($\bar{X}_{\text{düz}} = 34,88$), üstünlük ($\bar{X}_{\text{düz}} = 39,99$) ve genel konfor toplam ($\bar{X}_{\text{düz}} = 110,45$) puan ortalamalarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Şekil 4.3'te müzik terapi ve kontrol grubundaki bireylerin ferahlama toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği, Şekil 4.4'te müzik terapi ve kontrol grubundaki bireylerin rahatlama toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği, Şekil 4.5'te müzik terapi ve kontrol grubundaki bireylerin üstünlük toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği ve Şekil 4.6'da müzik terapi ve kontrol grubundaki bireylerin genel konfor toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği görülmektedir.

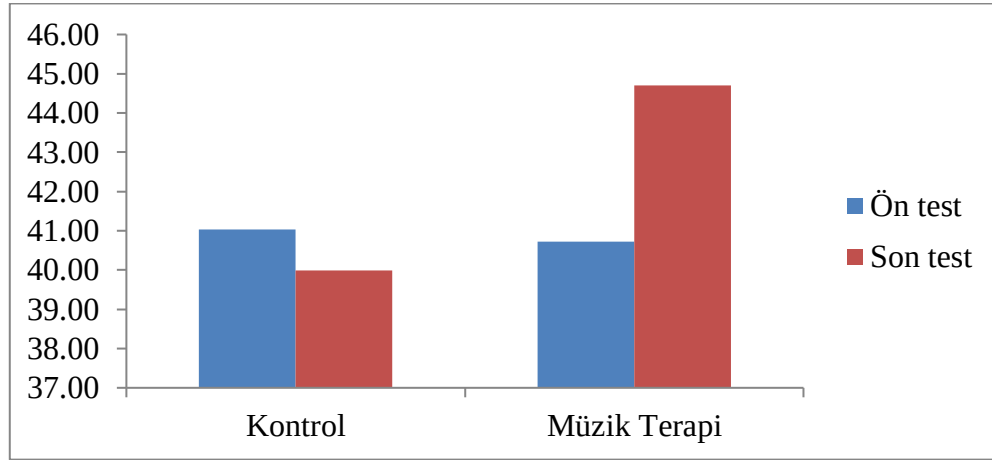
Bu bulgular üçüncü araştırma hipotezini desteklemekte ve müzik terapisinin kronik rahatsızlığı olan hastaların ferahlama, rahatlama, üstünlük ve genel konfor düzeyini artırmada etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir.



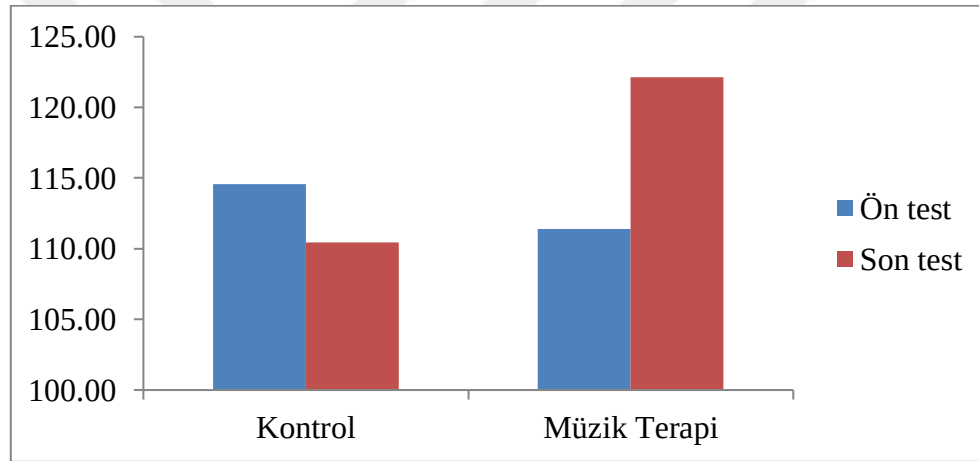
Şekil 4.3. Müzik terapi ve kontrol grubu ferahlama puanları değişim grafiği



Şekil 4.4. Müzik terapi ve kontrol grubu rahatlama puanları değişim grafiği



Şekil 4.5. Müzik terapi ve kontrol grubu üstünlük puanları değişim grafiği



Şekil 4.6. Müzik terapi ve kontrol grubu genel konfor puanları değişim grafiği

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır:

- Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin anksiyete düzeyine etkisi
- Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin depresyon düzeyine etkisi
- Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin konfora etkisi

Hastanede Yatan Kronik Hastalıklı Bireylere Uygulanan Müzik Terapisinin Anksiyete Düzeyine Etkisi

Kronik hastalıklar, yalnızca fiziksel sorunların değil çeşitli psikososyal sorunların da yaşandığı farklı evrelere sahiptir [45]. Hastalık tanısı; yaşayış tarzında değişiklikler yapmayı, kurallar çerçevesinde yaşamayı ve hastane yatış sıklığında artışı kaçınılmaz kılmakta ve sonuçta ruhsal sorunlarla karşılaşma riski artmaktadır [98]. Anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunların kronik hastalığı olan bireylerde yaygın oluşu, hastalık yönetimini zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla bu ruh sağlığı komorbiditelerinin incelenmesi, hastalık sürecinin etkin yönetimi için önemlidir [97]. Nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinden biri olan müzik terapisi, kronik hastalıkların yönetiminde kullanılmaktadır [17]. Bu araştırmada hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere nonfarmakolojik yöntemlerden olan müzik terapisi uygulanmış olup araştırma sonucunda, müzik terapi ve kontrol grubundaki hastaların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bu bulgu; **“H1-1: Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin hastane anksiyetesi üzerine etkisi vardır”** hipotezini desteklememektedir. Ancak müzik terapi grubundaki bireylerin hastane anksiyete seviyelerinde anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir. Bu durum müzik terapisinin hastane anksiyetesi üzerinde kısmen etkili olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Tan vd. (2020)’nin bir tıp merkezinde çeşitli hastalıklar nedeniyle yatan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada, müzik terapi grubuna 5 gün boyunca 30 dakika bireysel müzik terapisi uygulamış olup çalışma sonucunda hem müzik terapi hem de kontrol grubundaki bireylerin anksiyete düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır. Müzik terapi grubundaki azalma oranı kontrol

grubundan biraz daha fazla bulunmuş, ancak fark istatistiksel olarak yalnızca %15 düzeyinde tespit edilmiştir [173]. O'steen vd. (2021)'nin radyoterapiye başlayan kanser hastalarına ilk radyoterapi seansında uyguladığı müzik terapisi sonrasında, müzik terapi ve kontrol grubundaki hastaların anksiyete düzeyinde azalma tespit edilmiş ve müzik terapi grubundaki azalma oranı kontrol grubundan biraz daha fazla bulunmuş (sırasıyla %16 ve %10) olup farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır [174].

Müzik terapisinin anksiyete düzeyi üzerinde olumlu etkisinin olduğunu kanıtlayan birçok çalışma mevcuttur. Fallek vd. (2020)'nin bir tıp merkezinin dört farklı ünitesinde (palyatif bakım, transplantasyon, tıbbi yoğun bakım ve genel tıp) müzik terapisinin yatan hasta bakımına entegre edilmesinin uygulanabilirliğini değerlendirdiği araştırmada, kritik derecede hasta olanlar için yatak başı müzik terapi uygulamasının etkili ve uygulanabilir olduğu bulunmuş, müzik terapi seansı sonrası hastaların anksiyete düzeylerinde azalma olduğu tespit edilmiştir [175]. Chlan vd. (2013)'nin solunum yetmezliği nedeniyle akut ventilasyon desteği alan yoğun bakım hastalarına uyguladığı müzik terapisinin, anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu bulunmuştur [176]. Kanser hastaları ile gerçekleştirilen birçok çalışmada da müzik terapisinin, anksiyeteyi önemli ölçüde azalttığı belirlenmiştir [13, 177 ve 178]. Singh vd. (2009)'nin hastaneye yatan KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada, müzik terapisi ile progresif kas gevşeme egzersizlerinin etkinliği karşılaştırılmış olup müzik terapisinin anksiyeteyi ve dispneyi azaltmada daha etkili olduğunu bulunmuştur [179]. Benzer şekilde Horuz vd. (2017)'nin hastaneye yatan KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada, müzik terapi grubunun anksiyete düzeyi ortalamaları ile sistolik-diyastolik kan basıncı ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir [149]. Literatürde, hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olan bireylere uygulanan müzik terapisi uygulamalarının anksiyeteyi azalttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur [180-186]. Mevcut çalışma sonuçlarının aksine müzik terapisinin anksiyeteye etki etmediğini gösteren çalışmalar da vardır. Kakar vd. (2023)'nin yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarla yaptığı çalışmada a 3 gün boyunca günde 2 kez ve en az 30 dakika uygulanan müzik terapisinin anksiyeteye etki etmediği belirlenmiştir [187]. Krishnaswamy ve Nair (2016)'in kanser hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmada da benzer sonuç elde edilmiştir [147]. Hastane yatışının ciddi düzeyde strese neden olduğu, bunun da anksiyete oluşumunda güçlü bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir [188]. Bizim çalışmamızda uygulanan müzik terapisi, anksiyete üzerinde kısmen olumlu etki oluşturmuş olup müzik terapi ve kontrol grubu arasında anlamlı bir

farklılığın oluşmamasının nedeninin, müzik terapi uygulamasının kısa bir zaman süresince (yalnızca 4 gün/4 seans) uygulanması olduğu düşünülmektedir.

Hastanede Yatan Kronik Hastalıklı Bireylere Uygulanan Müzik Terapisinin Depresyon Düzeyine Etkisi

Bu araştırmada hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere nonfarmakolojik yöntemlerden olan müzik terapisi uygulanmış olup araştırma sonucunda müzik terapi ve kontrol grubundaki hastaların depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bu bulgu; **“H2-1: Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin hastane depresyonu üzerine etkisi vardır”** hipotezini desteklememektedir. Ancak müzik terapi grubundaki bireylerin hastane depresyon seviyelerinde anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir. Bu durum müzik terapisinin hastane depresyonu üzerinde kısmen etkili olduğunu göstermektedir. Arruda vd. (2016)’nin hastanede yatan, ağrısı olan kanser hastalarına 3 gün boyunca uyguladığı müzik terapi ve şiir dinletisinin ağrıda önemli düzeyde azalma sağladığı fakat depresyona etki etmediği belirlenmiştir [189]. Bradt vd. (2016)’nin kanser hastalarının depresyon düzeylerine müzik müdahalelerinin etkisinin değerlendirdiği sistematik derlemede, müzik müdahalelerinin depresyon üzerinde küçük-orta düzeyde bir azalmaya yol açabileceği saptanmıştır. Ayrıca müzik müdahalelerinin çeşitli metotlar oluşturularak uygulanmasının, uygulanan müdahalelerin birbirinden farklı olmasının ve müdahalelerde bir standardın olmamasının kanıt düzeyi düşük ve belirsiz çalışmaların ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmiştir [190]. Jasemi vd. (2016)’nin kanser hastalarına uyguladığı müzik terapisinin, hastaların depresyon düzeyinde anlamlı bir azalma sağladığı bulunmuştur [13]. Benzer şekilde Karadağ vd. (2019)’nin ve Zhou vd. (2011)’nin meme kanseri hastalarına uyguladığı müzik terapisinin depresyon düzeyinde anlamlı azalma sağladığı bulunmuştur [177 ve 191]. Li vd. (2025)’nin yaptığı meta-analiz çalışmasında ise akciğer kanserli hastalara uygulanan müzik terapisinin depresyon düzeyinde anlamlı azalma sağladığı belirlenmiştir [178]. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olan hastalara uygulanan müzik terapilerinin de depresyonu azaltmada etkili olduğunu belirleyen çalışmalar mevcuttur [180, 183 ve 184, 186]. Bu çalışmanın sonucunu, müzik terapisinin uygulama süresi etkilemiş olabilir. Müzik terapisinin yalnızca dört gün uygulanmış olmasının ve beşinci günde değerlendirmenin yapılmış olmasının, çalışmanın etkinliğini sınırlandırdığı düşünülmektedir.

Hastanede Yatan Kronik Hastalıklı Bireylere Uygulanan Müzik Terapisinin Konfora Etkisi

Kronik bir hastalığa sahip olmak, hastalığa ilişkin semptomlar ve süreç içerisinde yaşanan olumsuz duygular nedeniyle bireylerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilemektedir [1, 101]. Yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi ise yüksek düzeyde hastane yatışı ve mortalite ile ilişkilendirilirken dolaylı olarak da konforu bozmaktadır [15, 102]. Konfor düzeyinin yüksek olması, bireylerin iyileşme süreçlerini hızlandırmakta, hastane kalış süresini kısaltmakta, tedaviye uyumlarını arttırmaktadır [116].

Bu araştırmada hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere müzik terapisi uygulanmış olup araştırma sonucunda, müzik terapisinin kronik hastalığı olan bireylerin ferahlama, rahatlama, üstünlük alt boyutları ve genel konfor düzeyini arttırmada etkili bir yöntem olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu; üçüncü araştırma hipotezi olan **“H3-1: Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin konfor düzeyi üzerine etkisi vardır”** hipotezini desteklemektedir. Krout (2001)’un hospice hastalarının gözlenen ve kendi bildirdikleri ağrı kontrolü, fiziksel konfor ve rahatlama düzeyleri üzerindeki etkilerini incelediği çalışmada, tek seanslık müzik terapisinin ağrı kontrolünü, fiziksel rahatlığı ve gevşemeyi arttırmada etkili olduğunu saptamıştır [192]. Karadağ vd. (2019)’nin erken evre meme kanseri olan kadınlara radyoterapi sırasında uyguladığı müzik terapisinin konforda artış sağladığı bulunmuştur [177]. Black vd. (2017) palyatif bakım ünitesinde yatan dokuz kanser hastasına uyguladığı bireysel müzik terapisi sonrası hasta görüşlerini incelemiş, tüm katılımcılar müzik terapinin psikolojik ve fiziksel iyilik halleri açısından faydalı olduğunu bildirmiş, katılımcıların çoğu müzik terapisi sonrası ağrıların hafiflediğini ve fiziksel rahatlama yaşadıklarını ifade etmiş, katılımcıların tamamında fiziksel rahatlama belirtileri gözlemlenmiştir (düşük omuz, kalkık kaş, derin nefes, iç çekme). Çalışmada "konfor" kelimesinin katılımcılar tarafından sıklıkla kullanıldığı belirlenmiştir. Bir katılımcı “bu şarkı beni çok uzun zaman öncesine, her şeyin daha kolay olduğu zamana götürüyor ve rahatlatıcı” demiştir. Başka katılımcı ise çalınan şarkıların hatırlattığı anılardan bahsederken “çok rahatladığını” belirtmiştir [193]. Yoğun bakım ünitesinde müziğin konfor, anksiyete ve ağrı üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada ise müziğin ağrıyı azalttığı, sistolik kan basıncı ve pulse oksimetre değerleri üzerinde olumlu etkiler yarattığı ancak diyastolik kan basıncı, kalp hızı ve nefes hızı ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı bulunmuştur [194]. Chuang vd. (2010)’nin müzik terapisinin kanser hastalarında yorgunluk, rahatlık ve gevşeme duyularını

etkileme durumunu incelemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, 2 saat uygulanan müzik terapisinin rahatlama hissinde ve parasempatik sinir sistemi aktivitesinde artış, yorgunluk hissinde önemli ölçüde azalma sağladığı belirlenmiştir [195]. Hanser vd. (2006)'nin metastatik meme kanseri olan kadınlara 3 seans uyguladığı (başlangıç, 6 hafta ve 3 ay sonra) müzik terapisi sonrasında, üç seansın her birinde ruh hali, rahatlama ve konforda anlık etkiler ve önemli iyileşmeler gözlemlenmiş ve kalp atış hızında düşüşler saptanmıştır [196]. Besel (2006)'in yoğun bakım ünitesinde akut mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda müzik terapisinin konfor üzerindeki etkisini değerlendirdiği çalışmada ise müzik terapisinin konfora etki etmediği belirlenmiştir [197]. Yapmış olduğumuz bu çalışma literatürü destekler niteliktedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin hastane anksiyete, depresyon ve konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin, hastane anksiyetesini azaltmada kısmen etkili bir yöntem olduğunu saptanmıştır.
- Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin, hastane depresyonunu azaltmada kısmen etkili bir yöntem olduğunu saptanmıştır.
- Hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin, bireylerin konfor düzeylerinde anlamlı bir artış sağladığı bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Müzik terapisinin; anksiyete ve depresyonu azaltması, rahatlık sağlanması, konfor düzeyini arttırması, yan etkisinin ve riskinin olmaması, kolay uygulanabilir ve az maliyetli olması nedeniyle hastaneye yatan hastaların rutin bakım uygulamalarına dahil edilmesi,
- Sağlık politikası geliştirenlerin; müzik terapisine ilişkin eğitim programları hazırlaması, müzik terapisinin personel yeterliliklerine dahil edilmesini ve bu terapinin hasta bakımına entegre edilmesini sağlaması,
- Müzik terapisinin, hemşirelik müdahalelerinden biri olması dolayısıyla hemşirelerin bu konuda bilgi düzeylerinin arttırılması, hemşirelere müzik terapi uygulamasına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu programlara katılımın sağlanması,
- Müzik terapi uygulamasında ortak bir tıbbi protokol olmadığından dolayı kullanılan müzik türü, uygulama süresi, uygulama metodu farklılıklarını ortadan kaldırmaya yönelik kanıta dayalı kılavuz önerilerine uygun protokoller geliştirilmesi,

- Uygulanan müzik terapilerin, uzun dönemdeki etkilerine ilişkin değerlendirmelerin sağlanabileceği farklı örneklerde daha uzun süreli araştırmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Karakoç Kumsar, A. ve Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.
2. Brunner-La Rocca, H. P., Fleischhacker, L., Golubnitschaja, O., Heemskerk, F., Helms, T., Hoedemakers, T., Alliances, S. H., Jaarsma, T., Kinkorova, J., Ramaekers, J., Ruff, P., Schnur, I., Vanoli, E., Verdu, J. and Zippel-Schultz, B. (2016). Challenges in Personalised Management of Chronic Diseases-Heart Failure as Prominent Example to Advance the Care Process. *The European Association for Predictive Preventive and Personalized Medicine Journal*, 7(1), 2. <https://doi.org/10.1186/S13167-016-0051-9>.
3. Ersu, R., Bingöl Karakoç, G., Yıldız, F., Köktürk, N., Mungan, D., Ekinci, B., Gemicioğlu, B. ve Yorgancıoğlu, A. A. (2016). Türkiye'de Birinci Basamak Hekimlerinde Astım ve KOAH Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Tuberkuloz ve Toraks*, 64(2), 152–162. <https://doi.org/10.5578/tt.26564>.
4. İnternet: World Health Organization. (December, 2024). Noncommunicable diseases. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Son Erişim Tarihi: 23.12.2024.
5. Bektaş Akpınar, N. ve Aşkın Ceran, M. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152.
6. Buurman, B. M., Frenkel, W. J., Abu-Hanna, A., Parlevliet, J. L. and De Rooij, S. E. (2016). Acute and Chronic Diseases as Part of Multimorbidity in Acutely Hospitalized Older Patients. *European Journal of Internal Medicine*, 27, 68-75.
7. İnternet: Steiner, C. A., Barrett, M. L., Weiss, A. J. and Andrews, R. M. (November, 2014). Trends and Projections in Hospital Stays for Adults with Multiple Chronic Conditions, 2003–2014. In: Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006 Feb-. Statistical Brief #183. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK264314/>. Son Erişim Tarihi: 25.02.2025.
8. Friedman, B., Jiang, H. J. and Elixhauser, A. (2008). Costly Hospital Readmissions and Complex Chronic Illness. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 45(4), 408–421. https://doi.org/10.5034/inquiryjrnl_45.04.408.
9. Alzahrani, N. (2021). The Effect of Hospitalization on Patients' Emotional and Psychological Well-Being Among Adult Patients: An Integrative Review. *Applied Nursing Research*, 61, 151488.
10. Bahar, A. ve Taşdemir, H. S. (2010). Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2):9-17.

11. Kütmeç Yılmaz, C. (2020). Hastanede Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Dispne Şiddeti ve Genel Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(4), 222-230. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.677896>.
12. Demir Göl, N. ve Hacıhasanoğlu Aşılar, R. (2017). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 29-39.
13. Jasemi, M., Aazami, S. and Zabihi, R. E. (2016). The Effects of Music Therapy on Anxiety and Depression of Cancer Patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(4), 455–458. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.191823>
14. Carroll, B. T., Kathol, R. G., Noyes Jr, R., Wald, T. G. and Clamon, G. H. (1993). Screening for Depression and Anxiety in Cancer Patients Using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15(2), 69-74.
15. Erci, B., Aktürk, Ü. and Dural, G. (2023). Comparison of Quality of Life and Comfort Levels in Patients with Three Different Chronic Diseases. *Journal of Samsun Health Sciences* 8(1), 113-128.
16. Kavala, A. ve Tokathoğlu, T. Ş. (2023). Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Bireylerde Anksiyete ve Depresyonun Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Rolü: Bir Literatür Derlemesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 104-113. <https://doi.org/10.47565/ndthdt.2023.73>.
17. Mukherjee, O. and Mutnury, S. L. (2021). Management of Chronic Illness Through Music Therapy: A Review. *Indian Journal of Health Studies*, 3, 55-94.
18. Canga, B., Azoulay, R., Raskin, J. and Loewy, J. (2015). AIR: Advances in Respiration-Music Therapy in the Treatment of Chronic Pulmonary Disease. *Respiratory Medicine*, 109(12), 1532–1539. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2015.10.001>.
19. Huang, J., Yuan, X., Zhang, N., Qiu, H. and Chen, X. (2021). Music Therapy in Adults with COPD. *Respiratory Care*, 66(3), 501–509. <https://doi.org/10.4187/respcare.07489>.
20. Hagemann, P. M. S., Martin, L. C. and Neme, C. M. B. (2019). The Effect of Music Therapy on Hemodialysis Patients' Quality of Life and Depression Symptoms. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41(1), 74–82. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0023>.
21. Sastra, L. and Reni, I. (2022). The Effect of Indonesian Traditional Music on Stress in Type II Diabetes Mellitus Patients. *KnE Life Sciences*, 706-717.
22. Cao, M. and Zhang, Z. (2023). Adjuvant Music Therapy for Patients with Hypertension: A Meta-Analysis and Systematic Review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-03929-6>.

23. Aydın, A., (2018). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Müzik Terapinin Ağrı, Yorgunluk, Anksiyete ve Kaşınıtı Semptomları Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
24. Bilgiç, Ş. (2015). *Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
25. Türlü Bobar, F., (2019). *Müziğin Meme Kanseri Anksiyete ve Uyku Kalitesinin Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
26. Gökalp, K. (2015). *Müzik Terapisinin Yaşlı Kanser Hastalarının Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi*, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
27. Horuz, D., (2014). *Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan KOAH Hastalarında Müzik Terapisinin Anksiyete ve Bazı Klinik Bulgulara Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
28. Karadeniz Şahin, E. E., (2017). *Demans-Alzheimer Hastalarında Farklı Müzik Terapi Uygulamalarının Zihinsel, Psikolojik, Anksiyete ve Ajitasyon Etkileri Üzerine Karşılaştırmalı Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
29. Yalabık, R., (2021). *Şizofreni Tanılı Bireylerle Yapılan Ritm-Müzik Grubunun Umut, Kaygı, Depresyon, Duygu Düzenleme, İşlevsellik ve Bilişsel İşlevler Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
30. Sütçü, S. (2023). Kronik Hastalıklarda Sosyal Hizmet. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 50-59.
31. İnternet: Centers for Disease Control and Prevention. (October, 2024). About chronic diseases. URL: <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html>. Son Erişim Tarihi: 25.02.2025.
32. World Health Organization. (2022). Noncommunicable diseases: progress monitor 2022. World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/handle/10665/353048>.
33. İnternet: NCD Alliance. (2017). Financing health issues & NCDs. URL: <https://ncdalliance.org/why-ncds/financing-ncds>. Son Erişim Tarihi: 28.03.2025.
34. Uğrak, U., Uzuntarla, Y., Cihangiroğlu, N. ve Akyüz, S. (2016). Kronik Hastalık ile Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Abant Medical Journal*, 5(3), 158-165. <https://doi.org/10.5505/abantmedj.2016.82653>.
35. Üner, S., Balcılar, M. and Ergüder, T. (eds). (2018). National household health survey – prevalence of noncommunicable disease risk factors in Turkey 2017 (STEPS). World Health Organization Country Office in Turkey, Ankara.

36. Hacker, K. (2024). The Burden of Chronic Disease. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 8(1), 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2023.08.005>
37. World Health Organization. (2024). World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
38. World Health Organization. (2023). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
39. Martin, S. S., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Barone Gibbs, B., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Commodore-Mensah, Y., Currie, M. E., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Johansen, M. C., Kalani, R., Kazi, D. S., ... American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee (2024). 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. *Circulation*, 149(8), e347–e913. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001209>.
40. Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I. and Jemal, A. (2024). Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>.
41. Momtazmanesh, S., Moghaddam, S. S., Ghamari, S. H., Rad, E. M., Rezaei, N., Shobeiri, P., ... and Ibitoye, S. E. (2023). Global Burden of Chronic Respiratory Diseases and Risk Factors, 1990–2019: An Update from the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*, 59.
42. International Diabetes Federation. (2021). *Diabetes atlas*. (Tenth edition). Brussels.
43. World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
44. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. (Haziran, 2024). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2023 URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>. Son Erişim Tarihi: 10.03.2025.
45. Aydemir, T. ve Çetin, Ş. (2019). Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4(3), 109-115.
46. Vandenberghe, D. and Albrecht, J. (2020). The Financial Burden of Non-Communicable Diseases in the European Union: A Systematic Review. *European Journal of Public Health*, 30(4), 833–839. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz073>.

47. World Health Organization. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/94384>.
48. World Health Organisation. (2021). WHO discussion paper for the regional expert consultations development of an implementation roadmap 2023–2030 for the global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2030. World Health Organization. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/non-communicable-diseases/eb150---who-discussion-paper-on-ncd-roadmap-development-\(20-aug-2021\)---for-web.pdf?sfvrsn=58b8c366_17&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/non-communicable-diseases/eb150---who-discussion-paper-on-ncd-roadmap-development-(20-aug-2021)---for-web.pdf?sfvrsn=58b8c366_17&download=true).
49. Sağlık Bakanlığı. (2017). Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı 2017-2025. T.C. Sağlık Bakanlığı. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/%C3%A7ok%20payda%C5%9Fl%C4%B1%20eylem.pdf>.
50. Durna, Z. ve Oğuz, G. (2018). Kronik Hastalıklar ve Yönetimi. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 4(2), 1-10.
51. Skou, S. T., Mair, F. S., Fortin, M., Guthrie, B., Nunes, B. P., Miranda, J. J., Boyd, C. M., Pati, S., Mtenga, S. and Smith, S. M. (2022). Multimorbidity. *Nature Reviews. Disease Primers*, 8(1), 48. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4>.
52. Kaluvu, L., Asogwa, O. A., Marzà-Florensa, A., Kyobutungi, C., Levitt, N. S., Boateng, D. and Klipstein-Grobusch, K. (2022). Multimorbidity of Communicable and Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*, 12, 26335565221112593. <https://doi.org/10.1177/26335565221112593>.
53. Ünal, B. ve Ergör, G. (eds). (2021). Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri kohort çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1206. 2021. ISBN: 978-975-590-824-3.
54. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. (Haziran, 2023). Sağlık araştırmaları, 2022. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>. Son Erişim Tarihi: 10.03.2025.
55. Aydan, S. ve Arıkan, C. (2021). OECD Ülkelerinde Hastane Yatış Süresini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1), 127-138.
56. OECD. (2014). OECD reviews of health care quality: Turkey 2014: raising standards. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264202054-en>.
57. Faxon, D. P., Schwamm, L. H., Pasternak, R. C., Peterson, E. D., McNeil, B. J., Bufalino, V., ... and Shine, K. (2004). Improving Quality of Care Through Disease Management: Principles and Recommendations from the American Heart Association's Expert Panel On Disease Management. *Circulation*, 109(21), 2651-2654.

58. Weingarten, S. R., Henning, J. M., Badamgarav, E., Knight, K., Hasselblad, V., Gano, A., Jr. and Ofman, J. J. (2002). Interventions Used in Disease Management Programmes for Patients with Chronic Illness-Which Ones Work? Meta-Analysis of Published Reports. *The British Medical Journal*, 325(7370), 925. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7370.925>
59. Norris, S. L., Glasgow, R. E., Engelgau, M. M., Os' Connor, P. J. And McCulloch, D. (2003). Chronic Disease Management: A Definition and Systematic Approach to Component Interventions. *Disease Management & Health Outcomes*, 11, 477-488.
60. Boscart, V., Crutchlow, L. E., Taucar, L. S., Johnson, K., Heyer, M., Davey, M., ... and Heckman, G. (2020). Chronic Disease Management Models in Nursing Homes: A Scoping Review. *BMJ Open*, 10(2), e032316.
61. Schrijvers G. (2009). Disease Management: A Proposal for a New Definition. *International Journal of Integrated Care*, 9, e06. <https://doi.org/10.5334/ijic.301>
62. Wagner, J. (2012). Chronic Disease Management: Improving Outcomes, Reducing Costs. *In Advocates' Forum*.
63. Yazıcıoğlu, İ. ve Bağcıvan, G. (2022). Kronik Hastalık Yönetim Modelleri: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(4).
64. Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. and Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82.
65. Yeoh, E. K., Wong, M. C., Wong, E. L., Yam, C., Poon, C. M., Chung, R. Y., ... and Coats, A. J. S. (2018). Benefits and Limitations of Implementing Chronic Care Model (CCM) in Primary Care Programs: A Systematic Review. *International Journal of Cardiology*, 258, 279-288.
66. Baptista, D. R., Wiens, A., Pontarolo, R., Regis, L., Reis, W. C. and Correr, C. J. (2016). The Chronic Care Model for Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 8, 7. <https://doi.org/10.1186/s13098-015-0119-z>.
67. Kadu, M. K. and Stolee, P. (2015). Facilitators and Barriers of Implementing the Chronic Care Model in Primary Care: A Systematic Review. *BioMed Central Family Practice*, 16, 12. <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0219-0>.
68. Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. and Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(1), 75-85. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.75>
69. İncirkuş, K. ve Nahcivan, N., (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 66-75.

70. Hung, D. Y., Rundall, T. G., Tallia, A. F., Cohen, D. J., Halpin, H. A. and Crabtree, B. F. (2007). Rethinking Prevention in Primary Care: Applying The Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors. *The Milbank Quarterly*, 85(1), 69–91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00477.x>.
71. Kutan Fenercioğlu, A. ve Turfaner Sipahioğlu, N. (2020). Birinci basamakta kronik hastalık bakım modeli. Kutan Fenercioğlu, A., (ed). *Birinci basamakta kronik hastalık takibi ve kronik hasta bakımı*. (1. Baskı.) Ankara: Türkiye Klinikleri, p.100-6.
72. Mahomed, O. H. and Asmall, S. (2015). Development and Implementation of an Integrated Chronic Disease Model in South Africa: Lessons in the Management of Change Through Improving the Quality of Clinical Practice. *International Journal of Integrated Care*, 15, e038. <https://doi.org/10.5334/ijic.1454>.
73. Ameh, S., Klipstein-Grobusch, K., D'ambruoso, L., Kahn, K., Tollman, S. M. and Gómez-Olivé, F. X. (2017). Quality of Integrated Chronic Disease Care in Rural South Africa: User and Provider Perspectives. *Health Policy and Planning*, 32(2), 257-266.
74. Chireshe, R., Manyangadze, T. and Naidoo, K. (2024). Integrated Chronic Care Models for People with Comorbid of HIV and Non-Communicable Diseases in Sub-Saharan Africa: A Scoping Review. *PLoS One* 19(3): e0299904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299904>.
75. Mahomed, O. H., Asmall, S. and Voce, A. (2016). Sustainability of the Integrated Chronic Disease Management Model at Primary Care Clinics in South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 8(1), e1–e7. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.1248>.
76. Frasco, D., Bourrel, G., Jorgensen, C., Fanton, H., Raat, H., Pilotto, A., Baker, G., Pisano, M. M., Ferreira, R., Valsecchi, V., Pers, Y. M., and Engberink, A. O. (2022). The Chronic Disease Self-Management Programme: A Phenomenological Study for Empowering Vulnerable Patients with Chronic Diseases Included in the EFFICHRONIC Project. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 25(3), 947–958. <https://doi.org/10.1111/hex.13430>.
77. Mansoor, K. and Khuwaja, H. M. A. (2020). The Effectiveness of a Chronic Disease Self-Management Program for Elderly People: A Systematic Review. *Elderly Health Journal*, 6(1), 51-63.
78. Córdova, M. I. P. de, Leon, R., Gutierrez, T., Mier, N., Banda, O. and Delabra, M. (2017). Effectiveness of a Chronic Disease Self-Management Program in Mexico: A Randomized Controlled Study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(7), 87. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n7p87>
79. Kim, S., Park, M. and Song, R. (2021). Effects of Self-Management Programs on Behavioral Modification Among Individuals with Chronic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *PloS One*, 16(7), e0254995. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254995>.

80. Liu, X., Cao, H., Zhu, H., Zhang, H., Niu, K., Tang, N., Cui, Z., Pan, L., Yao, C., Gao, Q., Wang, Z., Sun, J., He, H., Guo, M., Guo, C., Liu, K., Peng, H., Peng, W., Sun, Y., Xie, Y., ... and Zhang, L. (2021). Association of Chronic Diseases with Depression, Anxiety and Stress in Chinese General Population: The CHCN-BTH Cohort Study. *Journal of Affective Disorders*, 282, 1278–1287. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.040>.
81. Najafi, K., Khoshab, H., Rahimi, N. and Jahanara, A. (2022). Relationship Between Spiritual Health with Stress, Anxiety and Depression in Patients with Chronic Diseases. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 17, 100463.
82. Huang, Y., Loux, T., Huang, X. and Feng, X. (2023). The Relationship Between Chronic Diseases and Mental Health: A Cross-Sectional Study. *Mental Health & Prevention*, 32, 200307.
83. Scott, A. J., Bisby, M. A., Heriseanu, A. I., Salameh, Y., Karin, E., Fogliati, R., Dudeney, J., Gandy, M., McLellan, L. F., Wootton, B., McDonald, S., Correa, A., Titov, N. and Dear, B. F. (2023). Cognitive Behavioral Therapies for Depression and Anxiety in People with Chronic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 106, 102353. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102353>.
84. Gelekçi, E. Ö. ve Efil S. (2023). Kronik Hastalığı Olan Erişkinlerde Bakım Bağımlılığı. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 8(4), 926-933. <http://doi.org/10.5281/zenodo.10045674>.
85. Yıldız Akkuş, S. ve Bütün Ayhan, A. (2020). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Davranışlarının ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 14(2), 129-35.
86. Baghdadi, L. R., Alhassan, M. K., Alotaibi, F. H., AlSelaim, K. B., Alzahrani, A. A. and AlMusaeed, F. F. (2021). Anxiety, Depression, and Common Chronic Diseases, and Their Association with Social Determinants in Saudi Primary Care. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 21501327211054987. <https://doi.org/10.1177/21501327211054987>.
87. Wang, S., Li, B., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Chiu, H. F., Kou, C., Liu, Y., Tao, Y., Wu, Y., Fu, Y., Qi, Y., Yu, Y. and Xiang, Y. T. (2016). Poor Mental Health Status and Its Associations with Demographic Characteristics and Chronic Diseases in Chinese Elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(10), 1449–1455. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1271-y>.
88. M., S., S., M., Vadakkiniath, I.J., and A., G. (2023). Prevalence and Correlates of Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Chronic Diseases: A Cross-Sectional Study. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00340-2>.
89. Gorrochategi, M. P., Munitis, A. E., Santamaria, M. D. and Etxebarria, N. O. (2020). Stress, Anxiety, and Depression in People Aged Over 60 in the COVID-19 Outbreak in

- a Sample Collected in Northern Spain. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 993-998.
90. Çöp, E., Şenses Dinç, G. ve Çengel Kültür, S. E. (2016). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinde Baş Etme Becerilerinin Psikiyatrik Belirtiler ile İlişkisi: Bir Ön Çalışma. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 10(3), 170-176.
 91. Arıcan, P., Yalçın, H., Demir, Ş., Ünlü, M., Bezgin, Ö., Çavuşoğlu, D., Gençpınar, P. ve Olgaç Dünder, N. (2017). Kronik Nörolojik Hastalıklı Çocuk Sahibi Olan Annelerin Ruhsal Belirti Düzeylerinin ve Baş Edebilme Becerilerinin İncelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 7-11.
 92. Gerontoukou, E. I., Michaelidoy, S., Rekleiti, M., Saridi, M. and Souliotis, K. (2015). Investigation of Anxiety and Depression in Patients with Chronic Diseases. *Health Psychology Research*, 3(2), 2123. <https://doi.org/10.4081/hpr.2015.2123>.
 93. Hwang, Y. and Oh, J. (2024). Relationship Between Depression, Anxiety, Stress, and Health-Related Quality of Life in Adults with and Without Chronic Diseases: A Cross-Sectional Study. *Medicine*, 103(2), e36967. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036967>.
 94. Kohlmann, S., Gierk, B., Hilbert, A., Brähler, E., & Löwe, B. (2016). The Overlap of Somatic, Anxious and Depressive Syndromes: A Population-Based Analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 90, 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.004>.
 95. Bobo, W. V., Grossardt, B. R., Virani, S., St Sauver, J. L., Boyd, C. M. and Rocca, W. A. (2022). Association of Depression and Anxiety with the Accumulation of Chronic Conditions. *Journal of the American Medical Association Network Open*, 5(5), e229817. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.9817>.
 96. Özdemir, Ü. ve Taşcı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
 97. Jiakponna, E. C., Agbomola, J. O., Ipede, O., Karakitie, L., Ogunsina, A. J., Adebayo, K. T. and Tinuoye, M. O. (2024). Psychosocial Factors in Chronic Disease Management: Implications for Health Psychology. *International Journal of Science and Research Archive*, 12(02), 117-128.
 98. Buldan, Ö. ve Kuzu Kurban, N. (2018). Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 274-282.
 99. Alruwaili, M. J. J., Alwallah, S. A., ALRuwaili, F. S., Asmari, M. A., AlRowily, R. T. S., Alghamedi, F. H., Alenazi, E. M., Alanazi, A. D., Alshammari, W. F. and Alghamedi, N. H. A. (2024). The Role of Nursing in Managing Chronic Illness: A Review of Patient Outcomes and Quality of Life. *Journal of Ecohumanism*, 3(7), 2862–2869. <https://doi.org/10.62754/joe.v3i7.4681>.

100. Sharmila, J. and Dinesh Selvam, S. (2021). Roles and Responsibilities of Nursing Professionals in Providing Psychological Support Severe Ill Patients. *Journal of Nursing Practices and Research*, 1(1), 8-10.
101. Samiei Siboni, F., Alimoradi, Z., Atashi, V., Alipour, M. and Khatooni, M. (2019). Quality of Life in Different Chronic Diseases and Its Related Factors. *International Journal of Preventive Medicine*, 10, 65. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_429_17.
102. Bektaşoğlu, B. ve Eyi, S. (2021). Alt Ekstremitte Cerrahisi Geçiren Bireylerin Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Bakımı. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(3), 148-155. <https://doi.org/10.54189/hbd.875287>.
103. Kılıç Akça, N. ve Baykan, S. (2024). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Ağrı ve Konfor Düzeyi Arasındaki İlişki/The Relationship Between Pain and Comfort in Patients Receiving Hemodialysis. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 19(2), 63-72.
104. Büyükünâl Şahin, P. ve Rızalar, S. (2018). Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 404-413. <https://doi.org/10.17681/hsp.395018>.
105. Duman, M. ve Hacıoğlu, E. (2024). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Algılanan Semptom Yükü ve Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Diabetes Nursing*, 4(2), 48-54.
106. Terzi, B. ve Kaya, N. (2017). Konfor Kuramı ve Analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 67-74.
107. Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(1), 237-238.
108. Marques, R. M. D., Dixe, M. D. A., Querido, A. I. and Sousa, P. P. (2016). Revalidation of the Holistic Comfort Questionnaire – Family for Caregivers of People with Advanced Chronic Disease. *Referência*, 4(11), 91-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16060>.
109. Alkın Demir, C. ve Özer, Z. (2022). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom ve Konfor İlişkisi/ The Relationship of Symptoms and Comfort in Patients Receiving Hemodialysis. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 17(1), 10-27.
110. Avcı, A., Gün, M. ve Erdoğan, S. (2024). Correlation Between Acceptance of Illness and Comfort Level in Patients with Heart Failure: A Descriptive Study. *Journal of Education and Research in Nursing*, 21(2), 154-160.
111. Turgay, G., Özdemir Eler, Ç., Ökdem, Ş. ve Akgün Çıtak, E. (2020). Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Düzeyinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(2), 122-129.

112. Kim, K. S. and Kwon, S. H. (2007). Comfort and Quality of Life of Cancer Patients. *Asian Nursing Research*, 1(2), 125–135. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(08\)60015-8](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(08)60015-8).
113. Çalışkan, T. ve Çınar Pakyüz, S. (2019). Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler mi?. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 14(3), 84-96.
114. Ateş Kısaarslan, F. ve Kacaroglu Vicdan, A. (2024). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığı Kabul ile Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: İlişki Arayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 16(2), 392-402.
115. Ozden, G. and Citlik Saritas, S. (2021). The Effect of Acceptance of Illness on the Comfort Level in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Med-Science*, 10(4), 1189-1195.
116. Arıcı, H. ve Turan Kavradım, S. (2023). Kardiyovasküler Hastalıklarda Konfor. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 2(1), 32-39. <https://doi.org/10.59398/ahd.1268478>.
117. Martins, A. G., Sousa, P. P. and Marques, R. M. (2022). Comfort: Theoretical Contribution to Nursing. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87723>.
118. Tosun, H., Ödül Özkaya, B., Uz, F. ve Gül, A. (2022). Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Ağrı ve Konfor İlişkisi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 47-52.
119. Arslankılıç, Ç. ve Göl, E. (2020). Kolcaba'nın Konfor Kuramının Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalarda Kullanımı: Sistematiik Derleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 34-44.
120. Yöner Amaç, H. ve Çam, R. (2019). Günöbirlik Cerrahide Hasta Konforu ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1222-1237.
121. Zuhur, Ş. ve Özpancar, N. (2017). Türkiye’de Kronik Hastalık Yönetiminde Hemşirelik Modellerinin Kullanımı: Sistematiik Derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), 57-74.
122. Tabiee, S., Momeni, A. and Saadatjoo, S. A. (2017). The Effects of Comfort-Based Interventions (Back Massage and Patient and Family Education) on the Level of Comfort Among Hemodialysis Patients. *Modern Care Journal*, 14(3), e64687.
123. Yeşil Bayölgen, M. ve Gün, M. (2023). The Effect of Reiki on Fatigue and Comfort in Hemodialysis Patients. *Explore*, 19(4), 553–560.
124. Zarurati, M., Pishgooie, S. A. H., Farsi, Z. and Karbaschi, K. (2016). The Effect of Music Therapy on Comfort Level and Some Vital Signs of Patients Undergoing Hemodialysis. *Military Caring Sciences*, 3(4), 221-232.

125. Phillips, L. A., Kilani, M., Mendelson, S. and Bindler, R. J. (2023). Using Aromatherapy to Improve Nighttime Comfort in Hospitalized Patients with Cancer: A Pilot Study. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 27(4), 389–396. <https://doi.org/10.1188/23.CJON.389-396>.
126. Can, A. ve Hintistan, S. (2021). An Assessment of the Comfort Level of Cancer Patients with Receiving Chemotherapy. *Bezmialem Science*, 9(3), 310-316. doi:10.14235/bas.galenos.2020.4226.
127. Balkan, E. ve Oskay, Ü. (2023). Kolcaba'nın Konfor Kuramı Doğrultusunda Serviks Kanseri Hastasının Hemşirelik Bakımı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1), 166-173. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.1069543>.
128. Kurap Öcebe, D., Kolcu, M. ve Uzun, K. (2019). Müzik Terapi ve Yaşlı Sağlığı. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 112-115.
129. Gençel, Ö. (2006). Müzikle Tedavi. *Kastamonu Education Journal*, 14(2), 697-706.
130. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. (2014, 24 Ekim). Resmî Gazete. (Sayı: 29158). URL: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>.
131. Yılmaz, B. ve Can, Ü. K. (2019). Türkiye’de Müzik Terapi Uygulamalarında Kullanılan Müzikler. *OPUS International Journal of Society Researches*, 13(19), 592-620. <https://doi.org/10.26466/opus.584795>.
132. Doğan, S. (2023). Durumluk Kaygısı Yönetmede Müzikterapinin Etkinliği: “Üniversite Öğrencileri Örneğinde Deneysel Bir Çalışma”. *İstanbul Rumeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 24-32.
133. Kılıç, A. ve Can Gürkan, Ö. (2021). Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Dönemde Müzik Terapinin Kanıt Temelli Kullanımı. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 47-60.
134. Somakçı, P. (2003). Türklerde Müzikle Tedavi. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(15), 131-140.
135. Akçin, M. E. ve Zengin, O. (2021). Sosyal Hizmette Sanatın Kullanımı ve Müzik Terapisi. *Karabük Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 38-47.
136. Sezen, S. ve Can, Ü. K. (2023). Türklerde Müzikle Tedavi Merkezlerinin Günümüz Temsilcisi: Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu. *Motif Akademi Halkbilimi Dergisi*, 16(44), 1807-1826. <https://doi.org/10.12981/mahder.1332556>.
137. Doğan, H. D. (2022). Klasik Türk Müziği Makamları Uygulanarak Yapılan Hemşirelik Doktora Tezlerinin Değişkenler Açısından Sistematik İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 12(3), 610-627. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1104730>.

138. Mert, H. ve Gündemir, İ. O. (2024). Müzik ve Kardiyovasküler Sağlık: Müzik Dinlemenin ve İcra Etmenin Kalp Üzerindeki Etkileri. *Yegah Müzikoloji Dergisi*, 7(3), 433-454. <https://doi.org/10.51576/ymd.1534815>.
139. Akyol, D., Seçgin, R. ve Tokem, Y. (2022). Hemodiyaliz Hastalarında Bulantı-Kusma Yönetiminde Yaklaşımlar/Approaches in Management of Nausea-Vomiting in Hemodialysis Patients. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 17(2), 66-74.
140. Genç, F., Köçkar, Ç., Mutlu, F. ve Buğdaycı, M. (2018). Kansere Hastalarının Ağrı İçin Kullandıkları Non-Farmakolojik Yöntemler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15 (2), 88-93.
141. Gülbahar, M. ve Metin, Z. G. (2020). Kalp Yetersizliği Semptom Yönetiminde Klasik Masaj ve Gevşeme Egzersizi Kullanımı. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 3(2), 273-279.
142. Öcal, İ. (2019). Obezite ve Tip-2 Diyabetin Tedavisinde Manyetik Alan ve Alternatif Yaklaşımlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(2), 140-155.
143. Şahin, A., Dirgar, E. ve Olgun, N. (2019). Diyabet Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 11(1), 32-36.
144. Verma, N., Rastogi, S., Chia, Y. C., Siddique, S., Turana, Y., Cheng, H. M., Sogunuru, G. P., Tay, J. C., Teo, B. W., Wang, T. D., Tsoi, K. K. F. and Kario, K. (2021). Non-Pharmacological Management of Hypertension. *Journal Of Clinical Hypertension*, 23(7), 1275–1283. <https://doi.org/10.1111/jch.14236>.
145. Gökalp, K., Ekinci, M. ve Pala, G. (2023). Müzik Terapinin Hastanede Yatarak Tedavi Gören COVID-19 Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma. *Journal of Nursology*, 26(3), 161-166.
146. Tekkas Kerman, K.ve Bahar, Z. (2019). Stresle Baş Etmede Hemşirelerin Kullandığı Kanıt Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, 5(1), 78-83.
147. Krishnaswamy, P. and Nair, S. (2016). Effect of Music Therapy on Pain and Anxiety Levels of Cancer Patients: A Pilot Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(3), 307–311. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.185042>.
148. Bareh, S. and D'silva, F. (2017). Effect of Music Therapy on Pain and Quality of Life Among Cancer Survivors. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 7(03), 025-029.
149. Horuz, D., Kurcer, M. A. and Erdoğan, Z. (2017). The Effect of Music Therapy on Anxiety and Various Physical Findings in Patients with COPD in a Pulmonology Service. *Holistic Nursing Practice*, 31(6), 378–383. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000235>.

150. Lee, A. L., Dolmage, T. E., Rhim, M., Goldstein, R. S. and Brooks, D. (2018). The Impact of Listening to Music During a High-Intensity Exercise Endurance Test in People with COPD. *Chest*, 153(5), 1134–1141. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.12.001>.
151. Karadağ, E. ve Karadakovan, A., (2015). The Effect of Music on the Sleep Quality and Vital Signs of the Chronic Renal Failure Patients Who are Getting Hemodialysis Treatment. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 7(2), 79-89.
152. Lafcı, D. (2018) Meme Kanseri, Uyku ve Müzik Tedavisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 44(1), 61-64. doi:10.32708/uutfd.429500.
153. Arslan Özkan, H. ve Bilgin, Z. (2016). Hemşireliğin Felsefi Özü İyileştirici Bakım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 191-200. <https://doi.org/10.17681/hsp.49209>.
154. Algül, G. ve Kılıçarslan Törüner, E. (2022). Müzik Temelli Uygulamaların Pediatri Hastalarında Kullanımı ve Hemşirelik Bakımına Etkisi: Geleneksel Derleme. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 5(1), 68-74.
155. Sazak, Y., Kanadlı, K. A. ve Olgun, N. (2021). Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Uygulamasının Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri: Sistematik Derleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 203-212.
156. Cigerci, Y., Kurt, H. ve Çelebi, Ş. (2016). Tamamlayıcı Bakım ve Alternatif Tedavi Yöntemi Olan Müzik Terapiye İlişkin Sağlık Profesyonellerinin Görüşleri. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Akademik Müzik Araştırmaları Dergisi*, 2(4), 13-26. <https://doi.org/10.5578/amrj.27800>.
157. Uyar, M. ve Akın Korhan, E. (2011). Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. *Ağrı*, 23(4), 139–146. <https://doi.org/10.5505/agri.2011.94695>.
158. Shorofi, S. A. and Arbon, P. (2010). Nurses' Knowledge, Attitudes, and Professional Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM): A Survey at Five Metropolitan Hospitals in Adelaide. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(4), 229–234. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2010.05.008>.
159. Gül, A., Türen, S., Atakoğlu Yılmaz, R. ve Türkoğlu, M. (2024). Kardiyovasküler Alanda Çalışan Hemşirelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Kullanım Durumları. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 9(2), 217-229. <https://doi.org/10.25279/sak.1097601>.
160. Uraz, Ö. ve Günay, U. (2020). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Sık Görülen Semptomlara Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Yöntemlere İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 1-10.

161. Aydemir, Ö., Güvenir, T., Kuey, L. ve Kültür, S. (1997). Validity and Reliability of Turkish Version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-287.
162. Çıtlık Sarıtaş, S., Çevik, S. ve Özden, G. (2018). Genel Konfor Ölçeği Kısa Formunun Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 10(2), 16-22.
163. Li, X. M., Zhou, K. N., Yan, H., Wang, D. L. and Zhang Y. P. (2011). Effects of Music Therapy on Anxiety of Patients with Breast Cancer After Radical Mastectomy: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Advanced Nursing*. 68(5), 1145-1155.
164. Field, A. P. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. (Sixth edition) SAGE Publications.
165. George, D. and Mallery, P. (2022). *IBM SPSS Statistics 27 step by step: A simple guide and reference* (Seventeenth edition). Routledge.
166. Tabachnick, B. G. and Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (Sixth edition). Pearson Education.
167. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. and Anderson, R. E. (2018). *Multivariate data analysis*. Cengage.
168. Creswell, J. W. and Creswell, J. D. (2022). *Research Design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (Sixth edition). SAGE Publications.
169. Hahs-Vaughn, D. L. (2024). *Applied multivariate statistical concepts* (Sixth edition). Routledge.
170. Pituch, K. A. and Stevens, J. (2016). *Applied multivariate statistics for the social sciences: Analyses with SAS and IBM's SPSS*. Routledge.
171. Rea, L. M. and Parker, R. A. (2014). *Designing and conducting survey research: A comprehensive guide* (Fourth edition). Jossey-Bass.
172. Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi/10.1037/0033-2909.112.1.155>
173. Tan, P., Lester, L. H. and Lin, A. M. (2020). Music Therapy Treatments in an Inpatient Setting—A Randomized Pilot Study. *The Arts in Psychotherapy*, 69, 101660.
174. O'steen, L., Lockney, N. A., Morris, C. G., Johnson-Mallard, V., Pereira, D. and Amdur, R. J. (2021). A Prospective Randomized Trial of the Influence of Music on Anxiety in Patients Starting Radiation Therapy for Cancer. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 109(3), 670-674.
175. Fallek, R., Corey, K., Qamar, A., Vernisie, S. N., Hoberman, A., Selwyn, P. A., Fausto, J. A., Marcus, P., Kvetan, V. and Lounsbury, D. W. (2020). *Soothing the Heart with*

- Music: A Feasibility Study of a Bedside Music Therapy Intervention for Critically Ill Patients in an Urban Hospital Setting. Palliative & Supportive Care*, 18(1), 47–54. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000294>
176. Chlan, L. L., Weinert, C. R., Heiderscheit, A., Tracy, M. F., Skaar, D. J., Guttormson, J. L. and Savik, K. (2013). Effects of Patient-Directed Music Intervention on Anxiety and Sedative Exposure in Critically Ill Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support: A Randomized Clinical Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 309(22), 2335–2344. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.5670>
 177. Karadag, E., Uğur, Ö., & Çetinayak, O. (2019). The Effect of Music Listening Intervention Applied During Radiation Therapy on the Anxiety and Comfort Level in Women with Early-Stage Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 27, 39-44.
 178. Li, Y., Ji, S., Tao, Y., Wang, H., Wen, Z., Liu, L., & Zhang, X. (2025). The Effect of Music Therapy on Anxiety, Depression, Pain and Sleep Quality of Lung Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Supportive Care in Cancer: Journal of The Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 33(3), 169. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09213-2>
 179. Singh, V. P., Rao, V., V. P., R C, S. and K, K. P. (2009). Comparison of the Effectiveness of Music and Progressive Muscle Relaxation for Anxiety in COPD--A Randomized Controlled Pilot Study. *Chronic Respiratory Disease*, 6(4), 209–216.
 180. Aghakhani, N., Metin, Z. G. and Akbari, M. (2023). Selected Music Serves as a Non-Pharmacologic Approach for Anxiety and Depression Relief in Patients Receiving Hemodialysis. *Iranian Journal of Public Health*, 52(11), 2474–2475. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i11.14047>.
 181. Burrai, F., Lupi, R., Luppi, M., Micheluzzi, V., Donati, G., Lamanna, G. and Raghavan, R. (2019). Effects of Listening to Live Singing in Patients Undergoing Hemodialysis: A Randomized Controlled Crossover Study. *Biological Research for Nursing*, 21(1), 30-38.
 182. Gülçek, E. and Aylaz, R. (2022). The Effect of Music Therapy on Fatigue and Anxiety Levels in Hemodialysis Patients. *Euroasia Journal of Mathematics, Engineering, Natural & Medical Sciences*, 9(22), 113-123.
 183. Imani, M., Jalali, A., Salari, N. and Abbasi, P. (2021). Effect of Instrumental Music on Anxiety and Depression Among Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, 305. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1472_20.
 184. Kim, K. B., Lee, M. H. and Sok, S. R. (2006). The Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(2), 321-329.

185. Midilli, T. S., Ergin, E. and Yılmaz, H. (2017) "The Effects of Listening to Music on Vital Signs and Anxiety in Hemodialysis Patients", *International Journal of Health Sciences and Research*, 7(9), 117-125.
186. Soliva, M. S., Carrascosa López, C., Rico Salvador, I., Ramón, R. O., Coca, J. V., Maset, R. G. and Testal, A. G. (2024). The Effectiveness of Live Music in Reducing Anxiety and Depression Among Patients Undergoing Haemodialysis. A Randomised Controlled Pilot Study. *Plos One*, 19(8), e0307661. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307661>.
187. Kakar, E., Ottens, T., Stads, S., Wesselius, S., Gommers, D. A. M. P. J., Jeekel, J. and van der Jagt, M. (2023). Effect of a Music Intervention on Anxiety in Adult Critically Ill Patients: A Multicenter Randomized Clinical Trial. *Journal of Intensive Care*, 11(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s40560-023-00684-1>.
188. Gerges, S., Hallit, R. and Hallit, S. (2023). Stressors in Hospitalized Patients and Their Associations with Mental Health Outcomes: Testing Perceived Social Support and Spiritual Well-Being as Moderators. *BioMed Central Psychiatry*, 23(1), 323. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04833-6>.
189. Arruda, M. A. L. B., Garcia, M. A. and Garcia, J. B. S. (2016). Evaluation of the Effects of Music and Poetry in Oncologic Pain Relief: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Palliative Medicine*, 19(9), 943-948.
190. Bradt, J., Dileo, C., Magill, L. and Teague, A. (2016). Music Interventions for Improving Psychological and Physical Outcomes in Cancer Patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
191. Zhou, K. N., Li, X. M., Yan, H., Dang, S. N. and Wang, D. L. (2011). Effects of Music Therapy on Depression and Duration of Hospital Stay of Breast Cancer Patients After Radical Mastectomy. *Chinese Medical Journal*, 124(15), 2321–2327.
192. Krout, R. E. (2001). The Effects of Single-Session Music Therapy Interventions on the Observed and Self-Reported Levels of Pain Control, Physical Comfort, and Relaxation of Hospice Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 18(6), 383-390.
193. Black, S., Rodin, G. and Zimmermann, C. (2017). Comfort, Connection and Music: Experiences of Music Therapy and Inter-Active Listening on a Palliative Care Unit. *Music and Medicine*, 9(4), 227-233.
194. Çiftçi, H. and Öztunç, G. (2015). The Effect of Music on Comfort, Anxiety and Pain in the Intensive Care Unit: A Case in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 594.
195. Chuang, C. Y., Han, W. R., Li, P. C. and Young, S. T. (2010). Effects of Music Therapy on Subjective Sensations and Heart Rate Variability in Treated Cancer Survivors: A Pilot Study. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(5), 224–226. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.08.003>.

196. Hanser, S. B., Bauer-Wu, S., Kubicek, L., Healey, M., Manola, J., Hernandez, M. and Bunnell, C. (2006). Effects of a Music Therapy Intervention on Quality of Life and Distress in Women with Metastatic Breast Cancer. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4(3), 116–124. <https://doi.org/10.2310/7200.2006.014>.
197. Besel, J. M. (2006). *The Effect of Music Therapy on Comfort in Mechanically Ventilated Patient in the Intensive Care Unit*. Master's Thesis. Montana State University, Montana.
198. Zigmond, A. S. and Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.
199. Kolcaba, K., Schirm, V. and Steiner, R. (2006). Effects of Hand Massage on Comfort of Nursing Home Residents. *Geriatric Nursing*, 27(2), 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2006.02.006>.
200. İnternet: Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma (TÜMATA). (2024). Makamlar ve etkileri. URL: <https://tumata.com/turk-muzigi-makamlari-ve-etkileri/>. Son Erişim Tarihi: 30.03.2025.



EKLER

EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.07.2024-205148



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-76988455-050.04-205148
Konu : Etik Kurul Onayı

19.07.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ
Dr. Öğretim Üyesi

- İlgi : a) 24.05.2024 tarihli ve 2024000077 numaralı online başvurunuz.
b) 12.06.2024 tarihli ve 2024000077-1 numaralı online düzeltme başvurunuz.
c) 30.06.2024 tarihli ve 2024000077-2 numaralı online düzeltme başvurunuz.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören Kübra SARI ile işbirliğinizde yapılması planlanan "*Hastanede Yatan Kronik Hastalıklı Bireylere Uygulanan Müzik Terapisinin Hastane Anksiyete, Depresyon ve Konfor Düzeyine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma*" konulu yüksek lisans tez çalışması Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuz tarafından incelenmiştir.

Söz konusu yüksek lisans tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerini rica ederim.

Doç. Dr. Burak YAZGAN
Etik Kurul Başkanı

Ek:Kurul Kararı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSFK3HEDMU Pin Kodu :36982

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5544&eD=BSFK3HEDMU&eS=205148>

Adres:Akbilek Mah. Hakimiyet Cad. No:4/3 P.K. :05100 Merkez/Amasya
Telefon:0 (358) 211 5005 Faks:0 (358) 218 01 04
e-Posta:genelsekreterlik@amasya.edu.tr Web:http://www.amasya.edu.tr/
Kep Adresi:amasyauniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Dilek
BÜYÜKBAYRAKTAR
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: (358)2115011



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1. (devamı) Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

	T.C. AMASYA ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KURUL KARAR FORMU	
	Toplantı Tarihi 12 Temmuz 2024	Toplantı Sayısı 13

KARAR NO :
2024/77

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ'ın yürütücülüğünde olan ve Yardımcı Araştırmacı olarak yer alan Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören Kübra SARI'nın işbirliğinde yapılması öngörülen *"Hastanede Yatan Kronik Hastalıklı Bireylere Uygulanan Müzik Terapisinin Hastane Anksiyete, Depresyon ve Konfor Düzeyine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"* konulu yüksek lisans tez çalışması, Kurul tarafından proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi ve incelendi.

Söz konusu yüksek lisans tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğuna katılanların oybirliğiyle karar verildi.

		KABUL	RED
BAŞKAN V.	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ	İMZA	
BAŞKAN YARDIMCISI	Dr. Öğr. Üyesi Safiye TEMEL	İZİNLİ	
RAPORTÖR	Dr. Öğr. Üyesi Ece AVULOĞLU YILMAZ	İZİNLİ	
ÜYELER	Prof. Dr. Mehmet TOPAL	İMZA	
	Doç. Dr. Kenan GÜMÜŞ	İMZA	
	Doç. Dr. Neşe YAKŞI ŞAHİN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Nurdan KARPUZ	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Ceren BAŞKAN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Hanife KARA	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ali GÜL	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Zeliha KARAPELİT	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Özkan ÖZTÜRK	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Esra TOPÇU	İMZA	

KYT-FRM-265/00

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2. Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi Kurum İzni



T.C.
MERZİFON KAYMAKAMLIĞI
Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi



Sayı : E-44269710-929-253237771
Konu : Hemşire Kübra SARI'nın Dilekçesi Hk.

06.09.2024

İLGİLİ MAKAMA

Hastanemizde Hemşire olarak görev yapan Kübra SARI'nın yüksek lisans programında almış olduğu eğitim ile ilgili olarak yüksek lisans yayın çalışması kapsamında Dr.Öğrt.Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ ile **"Hastanede Yatan Kronik Hastalıklı Bireylere Uygulanan Müzik Terapisinin Hastane Anksiyete, Depresyon ve Konfor Düzeyine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"** konulu tez çalışması yapmasında Başhekimliğimizce bir sakınca bulunmamaktadır.

İş bu belge şahsın isteği üzerine düzenlenmiştir.

Uzm. Dr. Ayşegül KÖROĞLU
Başhekim

EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müzik Terapi Grubu)

**HASTANEDE YATAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERE UYGULANAN
MÜZİK TERAPİSİNİN HASTANE ANKSİYETE, DEPRESYON VE KONFOR
DÜZEYİNE ETKİSİ**

Müzik Terapi Grubu

Proje Yürütücüsü: Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı, hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin hastane anksiyete, depresyon ve konfor düzeyine etkisini belirlemektir. Araştırma bulgularının, hastanede yatan kronik hastalıklı bireylerdeki anksiyete, depresyon ve konfor düzeyine müzik terapisinin etkisine ilişkin veri sağlayacağı ve hemşirelik uygulamalarına ve araştırmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Araştırmacılar tarafından sizlere, 4 gün boyunca 30 dakika süre ile toplam 4 seans olmak üzere akşam saatlerinde (20:00- 21:00 saatleri arasında) ve odanızda müzik terapi uygulanacaktır. Müzik dinletisi araştırmacılar tarafından temin edilecek müzik yüklü MP3 ve kulaklık aracılığıyla gerçekleştirilecektir. Müzik terapi uygulamasında önce ve hastaneye yatışın 5. gününde size anket uygulanacaktır. Bu araştırmayla ilgili olarak sizden beklenen, müzik terapi seanslarına aktif ve düzenli olarak dahil olmanız ve araştırma sorularına doğru yanıt vermenizdir.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Bu araştırmayla ilgili olarak sizden beklenen araştırmanın sorularına doğru cevap vermenizdir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Yazılı onay vermiş olsanız da istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma hakkında ek bilgi almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ve diğer rahatsızlıklar için araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ' a ve Kübra SARI' ya başvurabilirsiniz.

Alternatif Tedaviler: Herhangi bir alternatif tedavi uygulanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

EK-3. (devamı) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müzik Terapi Grubu)

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

HASTANEDE YATAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERE UYGULANAN MÜZİK TERAPİSİNİN HASTANE ANKSİYETE, DEPRESYON VE KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ

Kontrol Grubu

Proje Yürütücüsü: Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı, hastanede yatan kronik hastalıklı bireylere uygulanan müzik terapisinin hastane anksiyete, depresyon ve konfor düzeyine etkisini belirlemektir. Araştırma bulgularının, hastanede yatan kronik hastalıklı bireylerdeki anksiyete, depresyon ve konfor düzeyine müzik terapisinin etkisine ilişkin veri sağlayacağı ve hemşirelik uygulamalarına ve araştırmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Çalışma süresince sizlerle herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Araştırmada sizden beklenen araştırmacının anket sorularını yanıtlamanızdır. İlk görüşmede ve hastaneye yatışın 5. gününde size anket uygulanacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırma sorularına doğru yanıt vermenizdir.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmanın sorularına doğru cevap vermenizdir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Yazılı onay vermiş olsanız da istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma hakkında ek bilgi almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ve diğer rahatsızlıklar için araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ' a ve Kübra SARI' ya başvurabilirsiniz.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler: Herhangi bir alternatif tedavi uygulanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

EK-4. (devamı) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-5. Ritmoterapist Sertifika Belgesi



RİTMOTERAPİST™
Sertifika Belgesi

Aşağıda Bilgileri Bulunan :

Sn: KÜBRA SARI

Aşağıda Belirtilen kavramlar ile ilgili;

RİTİM VE MÜZİK UNSURLARI İLE TERAPİ
Uygulama model/tip: **RİTMOTERAPİ®**

' RİTMOTERAPİST™ ' olarak; Teknik, Teorik ve Uygulama gerçekleştirmeye yetkilidir.

Lisans No [Redacted]
Belge No [Redacted]

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu kapsamında E-İMZA ile imzalanmıştır.
VOLKAN FATİH YILMAZ
RİTMOTERAPİ MÜZİK ve RİTİM TERAPİ MERKEZİ
ANKARA-TÜRKİYE

Öncü kurumlar amaç ve hedefleri doğrultusunda ' Ritim ve Müzik unsurları ile terapi ' uygulamalarını RİTMOTERAPİST™ olarak gerçekleştirmeye hak kazanmıştır.

EK-6. TMATA Makam nerisi



EK-7. TMATA Acemaşıran Makamı Kullanım İzni



EK-8. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu**1.Yaşınız.....****2.Cinsiyet**☐ Kadın☐ Erkek**3.Eğitim Durumu**☐ Okur-yazar değil☐ Okur-yazar☐ İlkokul mezunu☐ Ortaokul mezunu☐ Lise mezunu☐ Üniversite mezunu**4.Medeni Durumunuz**☐ Evli☐ Bekar**5.Ekonomik Durumunuz**☐ Düşük☐ Orta☐ Yüksek**6. Var olan kronik hastalık hangisidir?**

Belirtiniz.....

7. Hastalık tanı yılı nedir?

Belirtiniz.....

EK-8. (devamı) Kişisel Bilgi Formu

8.Günlük kullanılan ilaç sayısı nedir?

Belirtiniz

9.Bu hastalık(lar)ınızla ilgili olarak hiç hastanede yattınız mı?

() Evet Cevabınız evet ise kaç kez hastanede yattınız?

() Hayır



EK-9. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) Kullanım İzni



EK-10. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

HASTANE ANKSİYETE-DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

1. Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

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

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman

EK-10. (devamı) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

☐ Zaman zaman, ama çok sık değil

☐ Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

☐ Hiçbir zaman

☐ Sık değil

☐ Bazen

☐ Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

☐ Kesinlikle

☐ Genellikle

☐ Sık değil

☐ Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

☐ Hemen hemen her zaman

☐ Çok sık

☐ Bazen

☐ Hiçbir zaman

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

☐ Hiçbir zaman

☐ Bazen

☐ Oldukça sık

☐ Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

☐ Kesinlikle

☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum

☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim

☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

EK-10. (devamı) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

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

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

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

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

EK-11. Genel Konfor Ölçeği-Kısa Formu (GKÖ-KF) Kullanım İzni



EK-12. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (GKÖ-KF)

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

	Kesinlikle Katılmıyorum						Kesinlikle Katılıyorum
1.Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var	1	2	3	4	5	6	
2.Egzersiz yapmak istemiyorum	1	2	3	4	5	6	
3.Durumum beni bunaltıyor	1	2	3	4	5	6	
4.Kendimi güvende hissediyorum	1	2	3	4	5	6	
5.Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	1	2	3	4	5	6	
6.Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	1	2	3	4	5	6	
7.Gürültü dinlenmemi engelliyor	1	2	3	4	5	6	
8.Kimse beni anlamıyor	1	2	3	4	5	6	
9.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	1	2	3	4	5	6	
10.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	1	2	3	4	5	6	
11.Burada olmaktan hoşlanmıyorum	1	2	3	4	5	6	
12.Şu anda kabızım	1	2	3	4	5	6	
13.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	1	2	3	4	5	6	
14.Odam beni ürkütüyor	1	2	3	4	5	6	
15.Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	1	2	3	4	5	6	
16.Çok yorgunum	1	2	3	4	5	6	
17.Memnunum	1	2	3	4	5	6	
18.Bu sandalye/yatak rahatsız	1	2	3	4	5	6	
19.Bu manzara beni rahatlatıyor	1	2	3	4	5	6	
20.Özel eşyalarım burada değil	1	2	3	4	5	6	
21.Kendimi buraya ait hissetmiyorum	1	2	3	4	5	6	
22.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	1	2	3	4	5	6	

EK-12. (devamı) Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (GKÖ-KF)

23.Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	1	2	3	4	5	6
24. Fazla seçeneğim yok	1	2	3	4	5	6
25.Bu oda kötü kokuyor	1	2	3	4	5	6
26. Kendimi huzurlu hissediyorum	1	2	3	4	5	6
27.Kederliyim	1	2	3	4	5	6
28.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	1	2	3	4	5	6



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Kübra SARI

Doğum Yeri:

Doğum Tarihi:

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi: Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (2018-2022)

Yüksek Lisans Öğrenimi: Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı (2023-Devam ediyor)

BİLİMSEL FAALİYETLERİ

a) Yayınlar (-SCI -Diğer)

- Sarı, K. ve Çayır Yılmaz, M. (2025). Yaşlı Bireylere Bakım Verenlerde Yaşlılık Dönemi Korkusu ve Ölüm Kaygısı. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 8(1), 10-19. <https://doi.org/10.47141/geriatrik.1572604>

b) Bildiriler (-Uluslararası –Ulusal)

- Sarı, K. ve Çayır Yılmaz, M. (2024, Eylül). Yaşlı Bireylere Bakım Verenlerde Yaşlılık Dönemi Korkusu ve Ölüm Kaygısı. 9. Uluslararası Sağlık, Mühendislik ve Fen Bilimleri Kongresi, Ankara. (Sözlü Bildiri)

c) Katıldığı Projeler

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl:

Hemşire-Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi (2023-Devam ediyor)

İLETİŞİM

E-posta Adresi: