



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER BYPASS CERRAHİSİNDE
EĞİTİM VE MÜZİĞİN ANKSİYETE DÜZEYİ
İYİLEŞME SÜRECİ VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

SİBEL NARGİZ KOŞUCU
DOKTORA TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. DENİZ ŞELİMEN

İSTANBUL-2013

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Doktora
Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi : Sibel NARGİZ KOŞUCU
Tez Başlığı : Koroner Arter Bypass Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Eğitim ve Müziğin Anksiyete Düzeyi, İyileşme Süreci ve Yaşam Kalitesine Etkisi
Sınav Yeri : Maltepe Üniversitesi
Sınav Tarihi : 12.11.2013

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof.Dr. Deniz ŞELİMEN

Kurumu

Maltepe Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof.Dr.Şule ECEVİT ALPAR

Marmara Üniversitesi

Doç.Dr.Nefise BAHÇECİK

Marmara Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr.Rahmi Oruç GÜVENÇ

Üsküdar Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Hale TOSUN

Maltepe Üniversitesi

İmza

The image shows several handwritten signatures in blue ink. At the top is a signature for the advisor, Prof. Dr. Deniz Şelimen. Below it are four signatures for the jury members: Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar, Doç. Dr. Nefise Bahçecik, Yrd. Doç. Dr. Rahmi Oruç Güvenç, and Yrd. Doç. Dr. Hale Tosun. The signature of Yrd. Doç. Dr. Hale Tosun is the largest and most prominent.

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 19/11/2013 tarih ve 62 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU

F. Arıcıoğlu

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

../../....

Sibel NARGİZ KOŞUCU

TEŞEKKÜR

*Doktora çalışmamın tüm aşamalarında bilgi ve engin deneyimleri ile yönlendiren destekleyen ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli hocam ve danışmanım **Sayın Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN'e***

*Tezimin oluşması sırasında bilimsel katkı sağlayan **Sayın Yard. Doç. Dr. Rahmi Oruç GÜVENÇ'e***

*Mesleki bilgi ve becerilerinden faydalandığım, hayatımın her döneminde ve tez çalışmamda bana desteğini esirgemeyen **Sayın Vahide UÇKU'ya***

*Tez ile ilgili araştırmalarımı yürüttüğüm süreçte bana yürekten inanan, çalışmamı destekleyen çalışma arkadaşlarıma, dostlarıma ve özellikle değerli dostum **Zeyno BAYRAM'a***

Sonsuz teşekkürlerimi arz ederim.

*Tüm hayatım boyunca aldığım kararlarda hep yanımda olan **aileme**, her zaman beni destekleyen, sabır ve anlayışını esirgemeyen eşim **Orkun KOŞUCU** ve sevgili kızım **Ela'ya** en içten duygularıyla teşekkür ederim.*

Sibel NARGİZ KOŞUCU

İstanbul 2013

İÇİNDEKİLER

BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER.	v
KISALTMALAR	vii
TABLO LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
RESİM LİSTESİ	x
1.ÖZET	1
2.SUMMARY	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	6
4.1. Koroner Arter Bypass Cerrahisi	6
4.1.1. Tarihçe	7
4.1.2. Endikasyonları	8
4.1.3. Cerrahide Kullanılan Yöntemler	9
4.1.4. Cerrahide Kullanılan Greftler	10
4.1.5. Komplikasyonlar	11
4.2. Koroner Arter Bypass Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Anksiyete	11
4.2.1. Anksiyete	12
4.2.2. Cerrahi ve anksiyete	13
4.2.3. Koroner arter bypass hastalarında anksiyete ve etkileri	
4.3. Koroner Arter Bypass Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Eğitim	15
4.3.1. Eğitimin KABG hastalarında etkileri	17
4.4. Müzik	18
4.4.1. Müzik terapi	20
4.4.2. Müzik terapisinin tarihsel gelişimi	21
4.4.3. Türklerde müzik terapinin tarihsel gelişimi	23

4.4.4. Tedavide kullanılan müzik türleri ve etkileri	26
4.4.5. Müziğin etki mekanizması	29
4.4.6. Cerrahi hastalarda müzik terapinin etkisi	30
4.4.7. KABG hastalarında müzik terapinin etkisi	31
4.5. Yaşam Kalitesi	33
4.5.1. Koroner arter bypass greft hastalarında yaşam kalitesi	34
4.6. KABG Cerrahisi Uygulanan Hastalarda İyileşme Süreci	37
5. GEREÇ VE YÖNTEM	43
6. BULGULAR	58
7. TARTIŞMA	96
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	121
9. KAYNAKLAR	126
10. EKLER	142
11. ÖZGEÇMİŞ	150

KISALTMALAR

KABG	Koroner Arter Bypass Greft
KAH	Koroner Arter Hastalığı
ACCF	American College of Cardiology Foundation
AHA	American Heart Association
ASA	American Stroke Association
ACCF	American College of Cardiology Foundation
LAD	Left Anterior Desselnding
MICAB	Minimal İnvaziv Koroner Arter Bypass
OPCAB	Of Pump Koroner Arter Bypass-Çalışan kalpte KAB
KPB	Kardiyopulmoner bypass
EKD	Ekstrakorporeal dolaşım
İTA	İnternal Torasik Arter
İMA	İnternal Mammary Arter
WHOQOL	The World Health Organisation Quality of Life
TÜMATA	Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi
MI	Myokard İnfarktüsü

TABLO LİSTESİ

Tablo 6.1. Hastaların Demografik ve Kişisel Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 6.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluluk Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Sürekli Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Diyastolik Kan Basıncı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.6. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kalp Atım Hızı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Solunum Sayısı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.8 Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Vücut Isısı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.9 Deney ve Kontrol Gruplarının Yoğun Bakımda ve Hastanede Kalış Sürelerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.10 Hastaların Ameliyat öncesi ve Taburculuktan Bir Ay Sonra SF-36 Yaşam Kalitesi Bulguları

Tablo 6.11. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Taburculuktan Bir Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Yaş Gruplarına Göre Değişimi

Tablo 6.12. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Taburculuktan Bir Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Hastaların Durumluluk Anksiyete Düzeyi Dağılımı

Şekil 2: Hastaların Sürekli Anksiyete Düzeyi Dağılımı

Şekil 3: Hastaların Sistolik Kan Basıncı Dağılımı

Şekil 4: Hastaların Diyastolik Kan Basıncı Dağılımı

Şekil 5: Hastaların Kalp Atım Hızı Dağılımı

Şekil 6: Hastaların Solunum Sayısı Dağılımı

Şekil 7: Hastaların Vücut Isısı Dağılımı

RESİM LİSTESİ

Resim 1: Edirne Darüşşifası

Resim 2: Ameliyat öncesi müzik uygulanan bir hasta

1.ÖZET

Araştırma, koroner arter bypass cerrahisi uygulanan hastalarda eğitim ve müziğin anksiyete düzeyi, iyileşme süreci ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini İstanbul ili içerisinde bulunan bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi ve İstanbul ili içerisinde bir Eğitim - Araştırma Hastanesi'nde koroner arter bypass greft (KABG) uygulanan hastalar oluşturdu. Örnekleme 101 deney grubu, 113 kontrol grubu olmak üzere toplam 214 hasta oluşturdu. Veriler; hasta bilgi formu, hasta izlem formu, Durumluk-Sürekli anksiyete ölçeği, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği aracılığıyla yüz yüze görüşme ve izlem yoluyla elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, pearson ki-kare testi, fisher exact test, independent samples t testi ve repeated measures Anova kullanıldı. Deney grubu hastalarında durumluluk anksiyete düzeyinin, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası klinikte kontrol grubundan daha az olduğu belirlendi. Deney grubu hastalarının yoğun bakım ve hastanede kalış sürelerinin kontrol grubuna göre daha az olduğu saptandı. Deney grubu hastalarının kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı ve vücut ısısında anlamlı bir düşüş olduğu görüldü. Deney grubu hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin tüm parametrelerinde kontrol grubu hastalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı. Araştırmada elde edilen bulgular koroner arter bypass cerrahisinde eğitim ve müziğin anksiyete düzeyi, iyileşme sürecinin azalmasında ve yaşam kalitesinin artmasında etkili olduğunu göstermekte olup, KABG hastalarında uygulanması önerilmektedir.

Anahar Kelimeler: Ameliyat öncesi eğitim, anksiyete, KABG, müzik, yaşam kalitesi

2. SUMMARY

Effects of Education and Music on Anxiety, Healing Process and Quality of Life in Patients Undergoing CABG

The research was applied on patients undergoing CABG as a quasi-experimental design to determine the effect of education and music on the level of anxiety, the healing process and quality of life. The study population located within the Foundation University Hospital and Training - Research Hospital in the province of Istanbul and included the patients undergoing CABG. Data was obtained by face-to-face interviews and follow-up using "Patient Information Form", "Patient Follow-up Charts", "State-Trait Anxiety Inventory " and "SF-36 Quality of Life Scale". Evaluation of the data frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's chi-square test, Fisher's Exact test, Independent samples t-test and Repeated Measures ANOVA was used. Trait anxiety level of the experimental group patients in the pre-operative and post-operative clinic was lower than the control group. The experimental group of patients in ICU and hospital length of stay was found to be less than the control group. Blood pressure, heart rate, respiratory rate and body temperature were found to be significantly decreased on patients in the experimental group. All parameters of SF-36 Quality of Life Scale have been found to be significantly higher in the experimental group of patients than the control group of patients. The findings of the study showed that CABG guided education and music decrease the level of anxiety, reduce healing process and increase the quality of life and the implementation of this method in CABG patients is recommended.

Keywords: anxiety, CABG, quality of life, music, preoperative education,

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi girişim için hastaneye yatan bir birey korku, anksiyete, belirsizlik, kontrol kaybı ve öz bakımın azalması gibi çeşitli duygular yaşar. Hastalar cerrahi girişimin kendileri açısından gerekli olduğunu kabul etseler de psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesi, organ ve doku kaybı korkusu yaşayabilir. Cerrahi girişim hasta için; ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajında değişim anlamlarını taşımaktadır. Birey, bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen bu tehdit karşısında anksiyete hisseder (Cimilli 2001, Akkaş-Gürsoy 2001, Okanlı ve ark. 2005).

Yapılan çalışmalarda, cerrahi girişim öncesi anksiyete düzeyleri yüksek olan hastaların cerrahi girişim sırasında kan basıncı değerlerinin yüksek olduğu, daha fazla anestetik madde kullanılması gerektiği ve %53'ünde anksiyeteye bağlı komplikasyonların geliştiği belirtilmektedir. Ayrıca bu hastaların cerrahi girişim sonrası aktif yaşamlarına daha geç döndükleri ve öz bakımlarını ihmal ettikleri, iyileşme ve hastanede kalış sürelerinin uzadığı bildirilmiştir (Cimilli 2001, Akkaş-Gürsoy 2001, Ivarsson, Larsson, Sjöberg 2004).

Koroner bypass cerrahisi bireyin yaşamını tehdit eden ve yaşamında değişikliklere neden olan önemli bir girişimdir ve büyük bir stres kaynağıdır. Bu stres ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkileyebilir, yatış süresini ve mortaliteyi arttırabilir. Koroner bypass ameliyatı öncesi yüksek anksiyete düzeyinin, hastalarda ameliyat sonrası ağrı düzeyini arttırdığı, uzun süre fizyolojik problemlere neden olduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmektedir (Koivula at al 2002, Carr, Thomas, Wilson-Barnet 2005, Tully, Baker, Knight 2008, Sampalis at al 2008).

Cerrahi girişim öncesi hastanın fiziksel ve psikolojik hazırlık ve bakımı ile hasta eğitimini içeren nitelikli bir bakımın anksiyetiyi azaltacağı, cerrahi girişimden sonra iyileşmeyi hızlandıracağı ve olası komplikasyonları önleyeceği belirtilmektedir (Shuldham 2001, Shuldham, Fleming, Goodman 2002, Sjöling, Nordahl, Olofsson,

Asplund 2003). Eğitimin kaygı, korku, depresyon gelişimini ve ameliyat sonrası analjezik gereksinimini azalttığı, hastanede yatış süresini kısalttığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmektedir (Shuldham 2001, Shuldham, Fleming, Goodman 2002, Sjöling, Nordahl, Olofsson, Asplund 2003, Ivarsson at al 2004)

Yapılan çalışmalarda, video ile verilen ameliyat öncesi eğitimin KABG sonrası iyileşme sürecine olumlu etkisi olduğu belirtilmekte ve eğitim programlarında CD-ROM, internet gibi alternatif yöntemler kullanılması önerilmektedir.

Cerrahi girişim öncesi eğitimin yanı sıra müziğin de hastalar üzerinde birçok olumlu etkisi vardır (Nilsson 2008). Müziğin, anksiyetenin etkilerini hafiflettiği, sedasyon sağladığı, gerginliği azalttığı anksiyeteye bağlı olası komplikasyonların gelişimini önleyerek iyileşmenin hızlandırılmasına katkıda bulunduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda müziğin, anksiyete ve depresyon sonucu vücutta artan kortikosteroid düzeylerini etkileyerek kan basıncı, solunum, nabız ve vücut ısısı üzerinde de olumlu etkileri olabilmektedir. Anksiyetenin azaltılmasında, müziğin ilgi dağıtıcı özelliği sayesinde bireyin olumsuz düşüncelerden uzaklaştırılabileceği belirtilmektedir (Hadj at al 2006, Allred, Byers, Lou Sole 2010, Wong, Lopez-Nahas 2001, Barnason, Zimmerman, Nieveen 1995, Walworth, Rumana, Nguyen , Jarred 2008).

Müzik terapisinin, hastanede yatan hastalarda müziğin anksiyeteyi azalttığı (Kemper and Danhauer 2005), ventilatöre bağlı hastaların kan basıncı ve solunum sayısında olumlu etkiler yarattığı bildirilmektedir (Wong, Lopez-Nahas and Molassiotis 2001).

Müzik, insanları bir hipnoz hali oluşturarak etkilemiş ve kitlelere zaman zaman yön vermiştir. Özellikle müzik, duyguları yoğunlaştıran bir özelliğe sahip olduğundan, pek çok medeniyetlerde dini duyguların güçlenmesinde, hastalıkların tedavisinde oldukça yaygın bir yöntem olarak kullanılmıştır (Somakçı 2003, Güvenç 2005).

Koroner arter bypass ve kapak cerrahisi yapılan hastalara cerrahi süresince ve ameliyat sonrası yoğun bakımda sürekli müzik dinletilerek, anksiyetenin azaltılabileceği ve entübasyon süresinin kısaltılabileceği belirtilmiştir (Twiss, Seaver ve McCaffrey 2006). Ayrıca açık kalp cerrahisi sonrası dinlenme sürecinde müzik dinlemenin stresi azaltan bir uygulama olduğu ve sedatif müzik dinleyen hastalarda anksiyete ve ağrının azaldığı bildirilmiştir (Voss 2004, Nilsson 2009).

Yapılan birçok çalışmada, müziğin cerrahi öncesi ve sonrasında kullanımının hastanın yaşam kalitesine olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (Allred at al 2004, Kemper and Danhauer 2005, Walworth at al 2008).

Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı iki bileşeni olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini belirten gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneği, ikincisi ise fonksiyon görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur (Başaran, Güzel ve Sarpel 2005).

Hemşirelik bakımında yaşam kalitesine yönelik uygulamalar, hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakım verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan; yaşamın biyolojik, fiziksel, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren iyilik durumunu yükseltmeye yöneliktir.

Sonuç olarak, eğitim ve müzik yaşam kalitesini arttırabilecek ve hastanın iyileşme sürecini hızlandırarak bakım maliyetini azaltmada yardımcı olabilecek girişimsel olmayan ve güvenilir yöntemler olarak koroner bypass cerrahisi uygulanan hastalarda hemşirelik girişimleri için önemli yöntemlerdir. Eğitim ve müziğin birlikte kullanımının etkisini inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada, eğitim ve müziğin birlikte uygulanmasının koroner arter bypass hastalarında anksiyete düzeyi, iyileşme süreci ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Koroner Arter Bypass Cerrahisi

Koroner Arter Baypas Greft (KABG) olarak da adlandırılan, Koroner arter bypass cerrahisi, darlık ya da tıkanıklık olan koroner damarın ilerisinde kalan bölge ile aort arasında ven veya arter kullanılarak bir köprü oluşturmaktır. Bu köprü ile kanlanamayan miyokardın kanlanması, beslenmesi ve oksijenlenmesi sağlanmaktadır. KABG ile % 75–80 ve daha fazla oranda daralmış koroner arterin distalindeki tıkalı alana kan gönderilerek miyokardın iskemik bölgesinin perfüzyonu düzeltilir (Inwood H.L.2002, Çobanoğlu ve İşbir 2004, Black and Hawks 2009).

Ciddi koroner arter hastalığı olan kişilerin yaşam süresinin uzatılması ve semptomların geçirilmesi için en etkili yol olan KABG cerrahisinin potansiyel hedefleri; iskemiye engellemek, anginal semptomları geçirmek, yaşam süresini uzatmak, gelişebilecek miyokard infarktüsüne engel olmak, sol ventrikül fonksiyonlarını korumak ve kişinin egzersiz toleransını artırmak olarak özetlenebilir (<http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06.htm> E.T: 20.08.2012, American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, ACCF/AHA 2011, Tokcan ve Yalınız 2004).

KABG günümüzde sıklıkla uygulanan bir cerrahi yöntem olarak literatürde yer almakta ve tüm dünyada her yıl bir milyondan fazla uygulandığı tahmin edilmektedir. Amerika Kalp Derneği raporlarında, 2010 yılında Amerika'da 397 000 koroner bypass cerrahisi uygulandığı bildirilmektedir (American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, AHASC and ASSS 2013). Türkiye'deki kalp cerrahisi ve kardiyoloji hizmeti veren merkezlerin, bir yıllık verilerini inceleyen bir çalışmada, 2009 yılında Türkiye'de 48.227 koroner arter bypass cerrahisi uygulandığı bildirilmiştir (Kervan ve ark 2011). Ülkemizde bugün Koroner Arter Bypass Greft başarılı bir şekilde uygulanmaktadır (Tokcan ve Yalınız 2004).

4.1.1. Tarihçe

Kalp cerrahisindeki gelişmeler özellikle son 50 yılda hız kazanmış ve ilk kez 1910 yılında Carrel tarafından gerçekleştirilmiştir. Ancak çalışan kalpte, anastomozun çok kısa sürede bitirilmesi gerektiği, bunun teknik olarak çok zor olduğu bildirilmiş ve o tarihten sonra 1930'a kadar bu alanda çok fazla girişim olmamıştır (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Duran 2004).

Beck 1932 yılında hayvan kalplerinin indirekt revaskülarizasyonu fikrini ortaya atmıştır. İskemik myokarda kollateral damar sağlanması için perikard, perikardiyal yağ dokusu, pektoral adale, omentum gibi dokular kullanmış ve daha sonra bu yöntem insanlar üzerinde uygulanmıştır. Arthur Vineberg 1946'da internal mamarian arteri myokard içindeki bir tünele gömme tekniğini geliştirmiştir. 1958 yılına gelindiğinde Longmire ve asistanı Cannon, ilk olarak sol internal mammarian arteri koroner artere anastomoz etmişlerdir. 1960'larda Birleşik Devletler ve Kanada'da birçok merkezde bu girişim uygulanmıştır. 1961 yılında Goetz çalışan kalpte sağ internal mammarian arter-sağ koroner arter anastomozunu ve Kolesov İMA kullanarak koroner bypass ameliyatını gerçekleştirmiştir Johnson'ın 1964'de safen ven ile yaptığı cerrahi girişim ilk başarılı koroner bypass sayılmaktadır. 1967 yılında Cleveland Klinik'de Sones ve Shirey tarafından ilk koroner anjiyografinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi ile koroner ateroskleroz saptanan hastaların planlı olarak cerrahi yaklaşımla tedavisine karar verilmiştir. Aynı yıl, Sones, Favaloro, Effler ve arkadaşları KABG cerrahisini gerçekleştirmişlerdir. 1967 Kolesov, mini torakotomi vasıtasıyla ilk defa atan kalpte sol internal mamarian arter-sol ön inen arter anastomozunu yapmıştır (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Duran 2004).

Günümüzde yapılan koroner arter cerrahisinin ilk başlangıcı 1969'da Johnson'ın bildirdiği seri ile olmuştur. 1973 yılında Carpentier tarafından koroner bypass operasyonlarında ilk defa koroner greft olarak radial arter kullanılmıştır (<http://www.kvc.hacettepe.edu.tr/pdf/ekc001.pdf>, Çobanoğlu ve İşbir 2004, Duran 2004).

Türkiye’de ise, 1950’li yıllarda kalp damar cerrahisi alanında önemli gelişmeler kaydedilmiştir. 1959 yılında Tekdoğan açık kalp cerrahisi, 1962 yılında Aytaç konjenital kalp cerrahisi ve 1965 yılında Bozer erişkin kalp cerrahisi alanında ilkleri gerçekleştirmişlerdir (Tokcan ve Yalınız 2005).

İlk KABG ameliyatı, 1974 yılı Şubat ayında Aytaç tarafından başarıyla uygulanmaya başlanmış ve Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi’nde Beyazıt ve arkadaşlarının uygulamalarını takiben süratle yaygınlaşmıştır. İlk defa çalışan kalpte koroner bypass cerrahisi 1993’te Duran ve arkadaşları tarafından uygulanmıştır (Tokcan ve Yalınız 2005, <http://www.kvc.hacettepe.edu.tr/pdf/ekc001>).

4.1.2. Endikasyonları

Teknoloji ve cerrahi teknikteki gelişmeler KABG endikasyonu konusunda değişimlere neden olmuştur. Günümüzde hastalar için koroner revaskülarizasyon kararı verirken üç temel unsur göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlar; hastanın içinde bulunduğu klinik tablo, koroner arterlerdeki darlıkların dağılımı ve darlık oranlarıdır (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Brown et al 2006, Zorlutuna 2004).

Periodik olarak tarafsız otoriteler tarafından KABG için klinik rehberler oluşturulmaktadır. The American College of Cardiology ve The American Heart Association (ACCF/AHA) tarafından en son 2011 yılında oluşturulan bu rehber göre KABG endikasyonları aşağıdaki şekilde sıralanabilir (ACCF/AHA 2011, <http://www.kvc.hacettepe.edu.tr/pdf/ekc007.pdf>).

- Önemli sol ana koroner arter darlıkları (%50 den fazla darlık)
- 3 ana koroner arterde önemli darlık
- Medikal tedaviye karşın geçmeyen angina
- Proksimal sol ön inen arter (Left Anterior Descending -LAD) ile birlikte bir koroner arterde darlık
- Proksimal LAD tutulumu olsun olmasın kompleks 3 damar hastalığı
- Bir tanesi LAD olmak üzere iki ya da üç koroner arterin tıkanıklığı
- İki ya da üç koroner arterde tıkanıklık olması ile birlikte sol ventrikülün fonksiyon bozukluğu

- Perkütan koroner girişimlerin komplikasyonu ya da başarısızlığı
- Orta sol ventrikül sistolik disfonksiyonlu (EF 35-50) ve önemli (%70 den fazla) çoklu damar koroner arter hastalığı

Sol ventrikül fonksiyonları ileri derecede bozulmuş olup, daha önceleri cerrahi için uygun olmadığı düşünülen hastalar, bugün canlı miyokard varlığını gösteren gelişmiş teknikler sayesinde cerrahi gruba alınmaktadır (Casey 2011, Badır ve Korkmaz 2010, ACCF/AHA 2011, Zorlutuna 2004).

4.1.3. Cerrahide kullanılan yöntemler

Koroner bypass cerrahisinde; standart teknik olarak görülen kardiyopulmoner bypass, pompasız koroner arter bypass ve minimal invaziv koroner arter bypass (MICAB) yöntemleri uygulanmaktadır (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Yılmaz, Şener, Kuralay, Genç ve Günay 2004).

Kardiyopulmoner Bypass (KPB)

Kalp damar cerrahisinde, optimum görüşün sağlanması ve güvenliğin artırılması amacıyla kalp akciğer sisteminin devre dışı bırakılması gerekebilir. Bu amaçla kalbin pompa ve akciğerlerin gaz alışverişi fonksiyonlarının geçici bir süre ile kalp akciğer makinesi adı verilen cihaz yolu ile sağlanması işlemine KPB yada diğer adıyla ekstrakorporeal dolaşım denir (Büket, Engin ve Uç 2004, Çobanoğlu ve İşbir 2004, Sarıbülbül 2005).

Geleneksel koroner bypass greftleme, KPB kullanılarak median sternotomi insizyonu ile uygulanır. Bu yöntemde koroner tıkanıklık çeşitli damarlarla bypass yapılır ve miyokardiyal koruma, kardiyoplejik arrest aracılığıyla sağlanır (Büket, Engin ve Uç 2004, Çobanoğlu ve İşbir 2004, Sarıbülbül 2005).

Çalışan kalpte KABC (Off Pump;Beating Heart= OPCAB)

Çalışan kalpte koroner bypass ameliyatı, kalbi durdurmadan, atan kalpte, kalp akciğer pompasına bağlanmadan gerçekleştirilen bir kalp cerrahisi yöntemidir. Cerrah ameliyat sırasında özel sabitleyici cihazlar kullanarak, sadece üzerinde çalışacağı kalp bölgesinin hareketlerini azaltır (Ener 2004).

Mimimal İnvaziv Direkt Koroner Arter Baypas (MİDCAB)

Kısa bir sol anterior torakotomi insizyonu ile KPB kullanımı olmaksızın İTA-LAD bypassın yapıldığı 1990'ların sonlarında popüler olan bir prosedürdür. Sağ koroner artere de bypass yapmak için ek bir insizyon gerektiğinden birçok cerrah, mediyan sternotomi insizyonu yoluyla yapılan off-pump işlemlerin üstünlüğü nedeniyle bu tekniği terk etmişlerdir (Yılmaz ve ark. 2004, Bojar 2007).

4.1.4. KABG ameliyatında kullanılan greftler

Koroner arter bypass greft cerrahisinde arter ve ven greftler kullanılmaktadır. Ven greftleri içerisinde en yaygın kullanılan greft safen vendir.

Safen Ven: Safen ven grefti hastanın daha önce geçirdiği bacak ameliyatları, varis olup olmadığı, cilt hastalığı veya mevcut ülserasyonlar, alt ekstremitenin geçirilmiş travmaları ve ödem durumuna göre tercih edilmektedir. Safen ven grefti sonrasında, pretibial ödem, cilt nekrozu, uyuşukluk gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Bojar 2007).

İnternal Torasik Arter (ITA) / İnternal Mammary Arter (IMA): Uzun dönem sonuçları iyi bilinen arteryal greftler arasında en sık kullanılan damardır. İMA en çok LAD için kullanılmaktadır. İMA'nın kan akımı genellikle 120–180 ml/dk'dır. Eğer kan akımı 100 ml/dk'nın altında ise greft olarak kullanılamaz. Hem yaşam süresi hem de semptomların kontrol altına alınmasında, ven greftlerine olan üstünlüğü yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Bojar 2007).

Radial Arter: İMA'dan sonra en iyi koroner akım sağlayan arterdir. Radial arterler genellikle KABG'de tek başına fazla kullanılmazlar. İMA'ya “y” ve “t” grefti şeklinde eklenerek yan dal olarak kullanılırlar (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Bojar 2007).

Bunların dışında kullanılan arteryal greftler arasında epigastrik arter, splenik arter ve subskapular arterler sayılabilir (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Bojar 2007).

4.1.5. KABG ameliyatı sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar

Koroner arter bypass cerrahisi; cerrahi komplikasyonlar, enfeksiyon, nörolojik komplikasyonlar, solunum sistemi komplikasyonları, renal komplikasyonlar ve diğer komplikasyonlar olarak sınıflandırılmaktadır (Bakalım 2005, Aşkar ve Çetin 2004):

Cerrahi komplikasyonlar: Kanama ve kanamaya bağlı reoperasyonlar, perioperatif MI, diğer kardiyak nedenlere bağlı reoperasyon.

Enfeksiyon: Pnömoni, üriner sistem enfeksiyonu sternomediastinitler, safen insizyonunda enfeksiyon, sepsisemi.

Nörolojik Komplikasyonlar: Geçici stroke, kognitif değişiklikler.

Solunum sistemi komplikasyonları

Renal komplikasyonlar

Diğer komplikasyonlar: Atriyal fibrilasyon, gastrointestinal sistem komplikasyonları, kardiyak arrest, kalp tamponatı.

Cerrahi girişim sonrası komplikasyonların büyük çoğunluğu KPB kullanımına bağlı gelişmektedir (Bakalım 2005, Martin and Turkelson 2006, Mullen-Fortino and O'Brien 2009).

Ayrıca, anksiyete ve stress de ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkilemekte ve komplikasyon riskini arttırmaktadır. Kalbin yaşam ve ölüm arasındaki bağ olması nedeniyle hasta ve ailesi için kalp ameliyatı önemli bir stress ve yaşam krizidir. (Salmon 1993, Connerney et al 2010, Watson et al 2004, Tully, Baker, Knight 2008).

4.2. Koroner Arter Baypass Cerrahi Uygulanan Hastalarda Anksiyete

4.2.1. Anksiyete

Anksiyete, bireyin kendi varlığına yönelik çeşitli yıkıcı, bozucu durumlara karşı bir tepkisi, “bireyin birey olarak varlığı için esas kabul ettiği bazı değerlerine yönelik belirsiz ve baş edemeyeceği tehditlerin algılanması ve hissedilmesidir” (Greene 2000).

Anksiyetede en önemli özellik tehlike ve tehdit yaşantısına karşı belirsizlik ve çaresizlik hislerinin varlığıdır. Anksiyetenin korku ile arasındaki en önemli fark, korkunun belli bir tehlikeye, anksiyetenin ise belirsiz tehlikelere karşı bir tepki olmasıdır (Çevik 1993, Smith 2008).

Genel olarak gelecekte olabilecek bir tehlikeyi beklemenin yarattığı huzursuzluk hissi olarak tanımlanan anksiyete; hafif düzeyde yaşandığında bireyin dikkatini, cesaretini ve atılganlığını artırırken, yüksek düzeyde yaşandığında algılama-kavrama ve karar verme yeteneğini azaltır (Gökalp 2000, İsher 2010).

Anksiyete, otoimmün sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak somatik belirtiler gösteren, endişe hissinin eşlik etmesiyle karakterize patolojik bir durumdur. Durumluluk anksiyete, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Sürekli anksiyete ise, bireyin anksiyete yaşantısına olan yatkınlığıdır (Doering, Esmailian, Imperial-Perez F, Monsein 2001, Öner 1998).

İnsan biyopsikososyal bir varlık olması nedeniyle herhangi bir alanda yaşanan sağlık sorunu, diğer alanları da olumsuz etkileyebilmektedir. Fiziksel hastalığın özellikleri, şiddeti, süresi, hangi organ ve dokuların etkilendiği hasta için bunların sembolik önemi, yüklediği anlam, hastalık hakkındaki bilgisi tepkilerin ortaya çıkışında önemli rol oynar (Doering at al 2001, Öner 1998, Cimilli 2001).

4.2.2. Cerrahi ve anksiyete

Cerrahi hastalarında anksiyete, herhangi bir hastalık, hastanede yatma durumu, anestezi, cerrahi veya ne ile karşılaşılacağına bilinmemesinden kaynaklanan huzursuzluk ve endişeyle karakterize bir durumdur (Cimilli 2001).

Cerrahi girişim küçük bile olsa hastaneye yatan hastalarda anksiyete neden olan bir çok stresörle karşı karşıyadır. Bu durum hastanın iyileşmesini etkileyebilir ve ameliyat sonrası fizyolojik ve psikolojik komplikasyonlara sebep olabilir (Şelimen ve Andsoy 2011). Cerrahi girişim hasta için ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajında değişim anlamlarını taşımaktadır. Birey, bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen bu tehdit karşısında anksiyete hisseder. Yapılan çalışmalarda, cerrahi girişim geçirmek üzere hastaneye yatan hastaların anksiyete düzeylerinin diğer hastalardan

daha yüksek olduğu ve yine bu hastaların orta düzeyden panik derecesine kadar değişebilen anksiyete yaşadıkları bulunmuştur (Akkaş-Gürsoy 2001)

Stresli bir durumla karşılaşıldığında vücutta adrenalin ve noradrenalin hormonları salgılanır. Bu hormonlar stresli durumla mücadele etmek için, kalp ve solunum hızı, kan basıncı, metabolizma hızı ve kaslara kan akımında artışa neden olur (Karin 2008).

Isher (2010) birçok çalışmada anksiyetenin, otonom sinir sisteminin düzenini, trombosit aktivasyonunu, hipotalamo-hipofiz-adrenal eksen ve miyokard efüzyonunu etkilediğini kanıtlandığını belirtmiştir.

Anksiyetenin fiziksel etkileri, kan basıncı ve kalp atım hızında artma, kas güçsüzlüğü, yorgunluk, göğüs ağrısı, baş ağrısı, soluk cilt, terleme, titreme ve pupillerde dilatasyondur. Bunların dışında bağışıklık ve sindirim sisteminin fonksiyonlarının da baskılandığı belirtilmektedir (Smith 2008).

Anksiyetenin organizma üzerindeki olumsuz etkilerinden biri de ağrı algısını arttırmasıdır. Anksiyete kas gerginliğini, kas gerginliği ise ağrı şiddetini arttırmaktadır. Bu nedenle anksiyetenin cerrahi girişim sonrası dönemde ağrıya duyarlılığı ve analjezik gereksinimini arttıracığı düşünülmektedir (Watson at al 2004).

4.2.3. Koroner arter bypass cerrahi hastalarında anksiyete ve etkileri

Koroner arter hastalığı olan hastaların stresinin ana nedeni kalp ameliyatını beklemektir. Bir çalışmada ameliyatı bekleyen hastaların %69'unun anksiyete düzeyinin yüksek ve üst sınırdaki olduğu bulunmuştur (Underwood, Firmin, Jehu 1993). Hasta ve yakınlarının en önemli endişeleri; cerrahinin başarısı yada sonuçları, ameliyat sonrası erken dönemdeki süreç, KABG sonrası komplikasyonlar ve işe tekrar dönebilme durumları olduğu belirtilmektedir (Bradley and Williams 1990).

KABG hastalarında en sık görülen anksiyete nedenleri; ölüm, bilinmezlik korkusu, sağlığını, yaşam amaçlarını kaybetme korkusu, beden üzerinde kontrol kaybı ve yaşantısını denetleyemeyeceği gerçeği, vücut organ ve fonksiyon kaybı

kaygısı, narkoz kaygısı, cinsellik ve sosyal yeterlilikle ilgili kaygılar, estetik kaygılar ve ekonomik güçlükler ile ilgili kaygılardır (Parent and Fortin 2000, Ivarsson at al 2004, Casey 2011).

McCrone, Lenz, Tarzian ve Perkins'in (2001) bildirdiğine göre, birçok çalışmada KABG uygulanacak hastalarda çeşitli düzeylerde anksiyetenin var olduğu görülmekte ve bu hastaların cerrahi girişim sonrası dönemde de aynı düzeyde anksiyeteleri devam ettiği belirtilmektedir. Lavie ve Milani (2004) KABG geçiren hastalarda anksiyete düzeyinin % 20–55 arttığını belirtmişlerdir.

Ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri yüksek olan KABG hastalarının ameliyat sırasında kan basıncı değerlerinin yüksek olduğu, daha fazla anestezi madde kullanılması gerektiği ve anksiyeteye bağlı komplikasyonların geliştiği belirtilmektedir (Tully, Baker, Knight 2008). Bunun yanında ameliyat öncesi anksiyetesi yüksek hastaların ameliyat sonrası aktif yaşamlarına daha geç döndükleri ve öz bakımlarını ihmal ettikleri, bu hastaların iyileşme ve hastanede kalış sürelerinin uzadığı belirtilmektedir (Watson et al 2004).

Anksiyete katekolaminlerin salınımı ile kalp hızı, kan basıncı ve kalp debisini arttırdığı için KABG için bekleyen hastalarda miyokard iskemisi ve elektrokardiyogram değişikliklerine neden olabilir (Fitzsimons, Parahoo, Richardson, Stringer 2003). Anksiyete ameliyat sonrası psikolojik durumun güçlü bir belirleyicidir ve KABG sonrası depresyon daha sonraki kardiyak olayların sorumlusudur (Morgan, Sykora, Naylor 1998, Connerney et al., 2010). Literatürde KABG cerrahisi sonrası anksiyete, uyku bozuklukları, depresyonun sıklıkla görüldüğü ifade edilmektedir (Tully et al 2008). Szekely (2007) psikolojik faktörlerin özellikle anksiyetenin değerlendirilmesinin, kalp cerrahisi sonrası hastalık ve ölüm riskini belirlemeyi kolaylaştırılabileceğini vurgulamıştır.

Sonuç olarak anksiyete KABC'nin sonuçlarını olumsuz etkilemektedir. Ameliyat sonrası anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda komplikasyon oranı da daha yüksektir (Salmon 1993, Connerney et al 2010, Watson et al 2004, Tully, Baker, Knight 2008).

KABG uygulanan hastaların anksiyete nedeniyle yaşadıkları sorunlar ve komplikasyonlar, onların gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan bakım planı ile en aza indirilebilir. Hastane ortamında sürekli olarak hastayla iletişim içinde olması nedeniyle bu bakımı sağlayacak en uygun kişi hemşiredir. Cerrahi girişim öncesi hastanın fiziksel ve psikolojik hazırlık ve bakımı ile hasta eğitimini içeren nitelikli bir bakımın cerrahi girişimden sonra iyileşmeyi hızlandıracağı ve olası komplikasyonları önleyeceği bilinmektedir (Salmon 1993, Connerney et al 2010, Casey 2011).

4.3. Koroner Arter Bypass Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Eğitim

KABG cerrahisi olmak üzere bekleyen hastaların gereksinimleri diğer cerrahi hastalarının gereksinimlerinden farklılık gösterir. Ameliyat sürecinde hasta ve aile önemli bir yaşam krizi ile karşı karşıya kalır ve duygusal ve psikolojik gereksinimleri artar. Bu gereksinimlerin hemşire tarafından etkin ve yeterli düzeyde karşılanması gerekmektedir. Yeterli düzeyde karşılanmayan duygusal ve psikolojik gereksinim hastanın anksiyete düzeyinin yükselmesine, cerrahi girişim stresine uyum gösterememesine, cerrahi girişim sonrası dönemde iyileşmenin gecikmesine ve komplikasyonların oluşmasına neden olabilmektedir. Ayrıca ameliyata bağlı olarak artan stres ve anksiyete nedeniyle bu hastalarda anjina ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hemşire hastanın psikolojik destek ve eğitimini içeren iyi bir bakım planı geliştirir (Shuldham 2001, Shuldham, Fleming, Gudman 2002, Casey 2011).

Hasta eğitimi, bireyin gereksinimlerini karşılayacak, sorunlarına çözüm üretecek bilgi, beceri, tutum ve davranışların kazanılması süreci olarak tanımlanabilir (Kelly 2002, Casey 2011).

Ameliyat öncesi eğitim, hastanın cerrahi girişiminin her bir evresinde ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi duyumsamasına ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına önemli katkı sağlamaktadır (Badır ve Korkmaz 2011).

Bireyin kendi sağlığı ile ilgili konularda bilgilenmesi; bireyin hastalığı ya da sorunlarıyla baş edebilmesi, tedavi ve uygulamalara yardımcı olabilmesi, gelişebilecek komplikasyonların en aza indirilmesi, bakım maliyetinin azaltılması ve hastanede kalış sũresinin kısaltılması gibi birçok konuda yarar sağlamaktadır (Candan ve ark. 2002, ˆzkan 2003, Tũrgay 2011).

Hasta eğitimi; multidisipliner ekip yaklaşımı ile yapılmalıdır. Ancak tedavi ve bakımını yũrüten hemşire hasta ile doğrudan ve sũrekli iletişimde olduğu için diğer sağlık elemanlarına göre hasta eğitiminde daha etkin rol oynar. Hasta eğitimi hemşirelik uygulamalarının en önemli girişimlerinden biridir (Candan ve ark. 2002, ˆzkan 2003, Tũrgay 2011).

Birçok araştırma ameliyat öncesinde verilen bilginin tedaviye uyma, memnuniyette artma, ameliyat sonrası daha hızlı iyileşme, bağımsız fonksiyonlarda artma, kişisel bakım, fizyolojik ve psikolojik durumda iyileşme, anksiyetede azalma, ameliyat sonrası komplikasyonları ve hastanede kalma sũresini azalttığını desteklemektedir (Shuldham 2001, Shuldham et al 2002, Kelly 2002, Deyirmenjian, Karam, Salameh 2006, Casey 2011,).

Ameliyat ncesi eğitim programı bireyin öğrenme gereksinimlerine göre saptanmalıdır. Hastaya eğitim yapılacak ortamın hazırlanması, dũzgũn ve anlaşılır dil kullanılması, doğru zamanın seşilmesi, eğitimin etkinliğini arttıran faktörler arasında yer almaktadır. Hasta servise kabul edildikten sonra başlayan ameliyat öncesi eğitimin zamanlaması bireye zgũ olmalıdır. İdeal olanı, bireye bilginin verilebilmesi ve sorularına yanıt alabilmesi için yeterli ve uygun zamanın ayrılmış olmasıdır. Erken evrede yapılan eğitim, öğretilen bilgilerin unutulmasına, ameliyattan hemen önce yapılan eğitim ise, hasta çok endişeli olduğu için anlatılanları anlamamasına neden olabilir (Martin and Turkelson 2006, Mullen Fortino and O'Brien 2009, Casey 2011).

Ameliyat ncesi eğitim; bilgilendirme, psikososyal destek ve beceri geliştirme olmak üzere üç parametreden oluşmaktadır (Candan 2002, Badır ve Korkmaz 2011).

Ameliyat öncesi dönemde hastaya, ameliyat öncesi dönemin her aşaması, tüm testler ve uygulamalar anlayabileceği şekilde açıklanmalıdır. Hastaya ameliyat öncesi hazırlık, ameliyatın süresi ve ameliyat sonrası yapması gereken egzersizler hakkında eğitim yapılmalıdır (Badır ve Korkmaz 2011, Casey 2011, Martin).

KABC Hastalarının Ameliyat Öncesi Eğitiminde Dikkat Edilecek Konular

1. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası ortamdaki görüntü ve sesler
2. Hastaya kullanılacak ekipmanlar
3. Ameliyat öncesi ilaçlar ve beklenen etkileri
4. Derin solunum ve öksürük egzersizi, insentif spirometre kullanımı
5. Ameliyatın süresi
6. Ameliyat sonrası ortam
7. Ameliyat sonrası ağrı yönetimi
8. Ağrı kontrolü için cerrahi yara yerinin sabitlenmesi (splintleme)
9. Ameliyat sonrası süreçte endotrakeal tüp takılı olacağı
10. Entübasyonun beklenen süresi
11. Hasta yakınlarını hastanın ameliyat sonrası durumunu kavraması (Mullen Fortino and O'Brien 2009, Martin and Turkelson 2006, Casey 2011).

Ameliyat öncesi hastaya eğitim verilmesi gereken egzersizler arasında derin solunum, öksürme, erken mobilite ve beden hareketleri, ağrı yönetimine ilişkin eğitim yer almalı ve aile/yakınlarının katılımı sağlanmalıdır (Mullen Fortino and O'Brien 2009, Martin and Turkelson 2006, Casey 2011).

4.3.1 Eğitimin KABG hastalarında etkileri

Bir çok çalışma; ameliyat öncesi eğitimin, ameliyat sonrası iyileşme, ağrı, psikolojik iyilik ve bakımdan memnuniyette pozitif etkisi olduğunu göstermiştir (Shuldham 2001, Shuldham at al 2002, Wat-Watson at al 2004). Deyirmenjian ve arkadaşlarının (2006) belirttiğine göre; Hathaway'in yaptığı meta analizde, ameliyat öncesi eğitim alan hastaların ameliyat sonrası sonuçlarının (iyileşme durumu, komplikasyon gelişme durumu, hastanede kalış süresi) eğitim almayanlara göre %20 daha olumlu olduğu bulunmuştur.

Açık kalp ameliyatı olacak hastalara verilen eğitimin erken ekstübasyon ve daha az anksiyeteye neden olduğu bildirilmektedir (Hemmerling, Prieto, Choiniere, Basile, Fortier 2004, Kim, Garvin, Moser 1996).

Shuldham ve arkadaşlarının (2002) kalp cerrahisi uygulanacak olan hastaların hastaneye kabul öncesi verilen ameliyat eğitiminin ameliyat sonrası iyileşmeye olan etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, hastaneye kabul öncesi yapılan ameliyat öncesi eğitimin bir yararının olmadığı belirlenmiştir.

Müziğin olumlu etkisi, video ile yapılan eğitim ve akran gruplarından oluşan hastaların desteği gibi yöntemlerin iyileşmeye katkı sağladığı belirtilmektedir (Liao at all 1996, Mahler, Kulik, Tarazi 1999).

Sorlie ve arkadaşları (2007), bireye özel verilen ve video ile desteklenen eğitimin KABG hastalarında olumlu etkilerinin olduğu bildirilmektedir. Bu yöntemle hastanın tüm soru ve endişelerinin giderildiği, hastaların taburculuk zamanı duygusal olarak güçlü ve daha az endişeli oldukları vurgulanmaktadır. Ayrıca hasta eğitiminde video kullanıldığında hasta memnuniyetinin yüksek olduğu ve bu eğitim yönteminin uygun maliyette olduğu bulunmuştur (İsher 2010).

KABG cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiteyi azaltmak, iyileşme sürecini hızlandırmak ve yaşam hakkında pozitif duygu geliştirmesine yardımcı olabilceği belirtilen başka bir uygulama da müzik terapidir (Twiss, Seaver, McCaffrey 2006).

4.4. Müzik

Müzik, aslı Yunanca olan 'mousike' ve ya 'mousa' kelimesinden alınmıştır. Mitolojiye göre en büyük tanrı olan Zeus'un kızları sayılan dokuz peri kızına 'Mousa' (Müz) denilirdi. Eski yunanlılar bu peri kızlarının tüm dünya güzelliklerini ve ahengini düzenlemekle görevli olduklarına inanırlarmış. Bugün hemen hemen her dilde kullanılagelmiş olan 'müzik' veya 'musiki' kelimesinin bu 'müz' kökünden geldiği kabul edilmektedir (Güvenç 2005).

Müzik, duygu ve düşünceleri yansıtan en güçlü sanat türlerinde biri olarak dil, din ve ırk ayrımı olmaksızın, duygulara hitap ederek, dili aşan bir iletişim yeteneğine sahip olan, sanat ve bilim dalıdır. Milli kültürün hem birleştirici unsuru, hem de sonraki kuşaklara aktarılmasında kullanılan en önemli araçlardan biridir. Kelimelerle anlatılamayan duygu ve düşüncelerin sesler yoluyla anlatılmasını sağlayan, herkesin anlayabildiği ve anlayabileceği tek ve ortak dil olma özelliğine sahiptir (Roberts and Chaboyer 2004, Öztürk, Erseven, Atik 2009, TÛMATA 2010).

Müzik, var oluşundan bu yana insan yaşamında çok önemli bir yere sahiptir. İlkçağ düşünürleri müziğin temelini, içinde yaşadığımız evrenin doğal ritmine ve uyumuna bağlamışlardır. Evrende ay, güneş, gezegenler, gece-gündüz, mevsimler her biri belli bir ritim ve belli bir uyum sergileyen nesne ve olaylardır. Ayrıca insan bedeninin işleyişi ve yapısı, müzikteki ritim ve uyum özelliğinin yansımaları taşımaktadır (Uçaner ve Öztürk 2009, Erer ve Atıcı 2010).

Müzik, insan ruhuna iyi gelen, duygusal zekânın düzenlediği ve icra ettiği ses, ritim, melodi ve armoninin estetik birleşimidir. Müzik terapisinde; müziğin aracılığı ile terapist ve dinleyici arasında bir bağ kurulur. Bu bağın gücü ortak kültürel ve estetik anlayışların örtüşmeleri ile orantılıdır (Can ve Can 2012). Bireyin müzikal tercihleri ve müziğe verdiği tepki önceki deneyimleri, cinsiyet, yaş, kültür, ruh ve tutumdan etkilenir. İnsan yaşamının her döneminde var olan müzik; doğum, evlilik, ölüm gibi yaşamın tüm önemli dönemlerinde, bu özel gün ve dönüm noktalarını kutlamak ve onurlandırmak için kullanılmıştır (Gallagher, Lagman, Walsh, Davis, LeGrand 2006). Müzik, kişinin kendini ifade etmesini, benlik saygısını, motor yeteneklerinin uyumlu çalışmasını ve sosyalleşmesini artırır (McCaffrey and Locsin 2002, Sausser and Waller 2005).

Egoyu kuvvetlendiren, psikolojik ve fizyolojik semptomları azaltan müzik, tedavi modeli olarak kullanılmıştır ve tıp tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Müzik ve tıp, tarih boyunca birçok kültürde birbiriyle ilişkide olmuştur. Günümüzde araştırmacılar, müzik ile sağlık uygulamaları arasında yakın bir ilişki olduğunu, sağlığın her alanında kullanılabileceğini, ağrısız, güvenli, girişimsel olmayan ve yan etkisi olmayan, hastaların/bireylerin sağlık ve refahını artırabilen tamamlayıcı bir

tedavi yöntemi olduğunu belirtmişlerdir (Uçan ve Ovayolu 2006, Nilsson 2004, Gençel 2006).

Müzik bireyleri duygusal olarak etkileme ve değiştirme yeteneğine sahiptir. Bu özelliği ile bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal olarak iyileşmesi için kullanılmıştır (Gallagher at al 2006).

4.4.1. Müzik terapi

Müzik terapi, bir müzik aktivitesinin bireysel ve grup olarak psikodinamik, hümanistik ve kişiler arası yaklaşımları esas alarak müzik terapisti tarafından uygulanmasıdır. Bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, emosyonel iyileşmesinde etkin bir role sahip olan bu tedavi aynı zamanda hastaları hastane ortamına adapte eden yatıştırıcı bir etki sağlar (McCaffrey and Locsin 2002, Şelimen ve Andsoy 2011).

Amerikan Müzik Terapi Birliği 1980 yılında müzikle tedaviyi; *“Zihin ve fizik sağlığının kazanılması, sürdürülmesi ve düzeltilmesi için tedavi edici hedeflere ulaşmada uzmanlar tarafından müziğin sistemli bir şekilde kullanımı”* olarak tanımlamıştır. Son olarak 1997 yılında müzikle tedavi; *“İhtiyaç duyan bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan bir uzmanlık dalı”* olarak tanımlanmıştır ve geleneksel tıbbı uygun bilimsel bir tedavi yöntemi olduğu kabul edilmiştir (Erer ve Atıcı 2010).

Müzik terapisinin amaçları, psikofizyolojik stres, ağrı, kaygı ve izolasyonun azaltılmasıyla bir davranış değişikliği yaratma ve duygu durumunu değiştirme arasında değişir. Bununla birlikte yaşam kalitesini geliştirmeyi, kendini ifade etmeyi artırmayı, rahatlamayı öğretmeyi, baş etme stratejilerine yardımcı olmayı ve normal bir çevre sağlamayı hedefler. Müziğin, ağrı ve anksiyete gibi semptom yönetiminde kullanılması; yaşam kalitesinin artırılması ve manevi iyileşme ile ilişkilendirilmiştir (Yıldırım ve Gürkan 2007, Şelimen ve Andsoy 2011).

Müzik terapi; yoğun bakım ünitesinde, pediatri hastalarında, ventilatöre bağlı hastalarda, psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda, cerrahi operasyonların öncesi ve sonrasında, doğum sırasında, ağrı ve anksiyete kontrolünde kullanılmaktadır. Ayrıca onkolojide kanser/terminal dönem hastalarında, palyatif bakımda, radyasyon ve

kemoterapi tedavisinde, girişimsel işlemler sırasında (port yerleştirme/ kaldırma veya doku biyopsisi gibi) ve kliniklerde kullanılmaktadır (Chlan 1999, Krout 2001, 2003, Bradt and Dileo 2009). Günümüzde hemşirelik bilimi, müzik tedavisini bir çok alanda hemşirelik girişimi olarak uygulamaktadır (Krout 2001, 2003).

4.4.2. Müzik terapisinin tarihsel gelişimi

Müzikle tedavinin binlerce yıllık bir geçmişi vardır. İlkel zamanlardaki insanlar, hastalıklara kötü ruh ve cin adı verilen varlıkların neden olduğuna inanırlardı. Bu kötü varlıkların neden olduğu hastalıklar, sihirbaz ve şamanların öncülüğünde tedavi törenleriyle kontrol altına alınmaya çalışılırdı. Bu tedavi törenlerinin vazgeçilmez öğeleri ise müzik, dans, ritm ve şarkılardı. Antik döneme kadar hastalıkları tedavi etmek ya da kötü ruhları bedenden çıkarmak için kullanılan hızlı, yavaş, sert ya da yumuşak melodiler ile ikna ve etkileyici sözlerden oluşan şarkılar müzikle tedavinin temelini oluşturmuştur (Gençel 2006, Uçaner ve Öztürk 2009, Erer ve Atıcı 2010).

4000 yıllık bir geçmişe dayanan Çin müziğine saray ve tapınaklarda önemli yer verildiği ve imparator buyruğuna göre kurumsallaştığı belirtilmektedir. M.Ö. 3000'lere kadar uzanan Çin kültüründe müzik, dünya görüşüne ilişkin bir felsefe olarak biçimlenmiş, kalbin sesi ve doğanın yansıması olarak kabul edilmiştir. Büyük Çin filozofu Konfüçyus müzik terapi hakkında “müzik yapıldığı zaman kişilerarası ilişkiler düzelir, gözler parlar, kulaklar keskin” olur, kanın hareketi ve dolanımı sakinleşir” ifadesi ile müziğin insanlar üzerindeki etkilerine dikkati çekmiştir. Yine Çin kültüründe müziğin insanlara neşe verdiği ve kalplerini iyileştirdiğine inanılırdı. Eski Çin'de gür ses veren Lo isimli bir gongun, kötü cinleri ve ruhları hastanın yanından kaçırdığı inancı vardı ve hastalara iyi olmaları için bu gong çalınırdı (Giray 2008, <http://bilgeadamlar.net/main.php?p=yazi&id=76> E.T: 02.12.2012).

Eski Yunanlılar, müziği her türlü erdemın kökeni sayarlardı. Onlara göre müzik, ruhun eğitimi ve arınması yönünden büyük bir etkendi. M.Ö.585-500 yılları arasında yaşayan büyük Yunan filozofu ve Matematikçisi Pythagoras, umutsuzluğa düşen bireyleri veya çabuk öfkelenen hastaları belirli melodilerle tedavi edebilme olanağını araştırmıştır. Sokrates'in öğrencisi Platon (Eflatun) da, M.Ö.400 yıllarında

müziğin ahenk ve ritimle, ruhun derinliklerine etki ederek bireye hoşgörü ve rahatlık verdiğini belirtmiştir (Güvenç 2002, Gençel 2006).

Eski Roma'da ise Celcus ve Areteus, müziğin ruhu yatıştırdığını ve ruh hastalıklarını iyi ettiğini söylemişlerdir. M.Ö.250–184 yılları arasında yaşayan Romalı şair Titus Maccius Platus “Charmides” adlı şarkısının yaralara iyi geldiğine değinmiştir (Güvenç 2002, Gençel 2006).

Mısırlılar da doğum sırasında müziği kullanmışlardır. İspanya kralı 5.Philip'in, Bavaria kralı II. Ludwing'in, Britanya kralı III.George'un mental sağlık problemlerinin tedavisinde müziği kullanmaları müzik terapinin asırlar önce kullanıldığını göstermektedir. Mısır uygarlığında tıbbın çok ileri gittiği, müziğin tıpta kullanımının da buna paralel olarak geliştiği tarihi kaynaklarda görülmektedir. Kahire'nin büyük hastanelerinden birinde hastalara ameliyatlardan önce müzik dinletilir, bu şekilde hastanın ameliyat için güç kazandığına inanılırdı (Giray 2008, Erer ve Atıcı 2010).

Müzikle tedaviyi kliniğe ilk sokmak isteyenlerden biri, tanınmış nörolog Philippe Pinel'dir. 1872'de Fransa'da Pinel'e henüz genç yaşında iken, ihtilal komitesi tarafından iki büyük kilise hastanesindeki 50 akıl hastasını güneşe çıkarmak ve ayak zincirlerini kırma izni verilmişti. İlk olarak bu cesurca girişimi yapan Pinel, sonradan Bicetre hastanesinde çalışırken de moral tedavisi içine müziğin de katılmasını teklif etmiştir (TÜMATA 2010, Giray 2008).

Florence Nightingale hastane servislerinde çevresel ortamda ve 19. yüzyılda Kırım'da yaralı askerler için iyileşme sürecinin bir parçası olarak müzik gücünü fark etmiştir. Nightingale farklı müzik türlerinin etkilerini not etmiş, üflemeli çalgıların hastalığa yararlı bir etkiye sahip olduğunu belirtmiş ve müzik aletinin aralıksız ses çıkarmasının ters etkisi olacağına dikkat çekmiştir (Nilsson 2004, Engwall and Duppils 2009).

19.yy'da psikiyatri biliminin gelişimi, 20. yüzyılda ilaçla tedavinin yanı sıra psikoterapi yöntemlerinin geliştirilmesi ve insana biyopsikososyal açıdan bir bütün olarak bakılması beraberinde bütüncü tedavi anlayışını getirdi. Yeni arayışlara

yönelen psikiyatri bilimi müzikle tedaviyi yeniden gündeme getirdi (Erer ve Atıcı 2010).

Dr. Willer Van de Wall, Amerika'da müzikle tedavide ilk adımı atanlardandır. 1920 senesinde Pensilvannia ve New York eyaletlerinin hastane ve hapishanelerinde, müziğin insan ruhu üzerindeki etkilerini araştırmıştır. Wall müziğin insan ruhu üzerinde yatıştırıcı ve uyarıcı etkileri olduğunu belirtmiştir (Türk Musikisini araştırma ve Tanıtma Grubu, TÛMATA 2010).

İlk olarak II. Dünya Savaşı'nda yaralı askerlerin kaldığı hastanelerde müziğin kullanılması müzikle tedavinin bir uzmanlık dalı olarak görülmesini sağladı ve 1960'lı yıllarda bu konuda eğitimli kişilerin yetiştirilmesine başlandı. Ancak müzikle tedavinin bir alternatif tedavi yöntemi mi yoksa bir rehabilitasyon yöntemi mi olduğu konusunda tartışmalar bilim dünyasında devam etti. Amerikan Müzik Terapi Birliği tarafından 1997 yılında müzikle tedavinin tanımı yapılmış ve geleneksel tıbbı uygun bilimsel bir tedavi yöntemi olduğu kabul edilmiştir (Erer ve Atıcı 2010).

Müzik terapi girişimleri yüzyıllardır birçok kültürde farklı şekillerde var olmasına karşın, 20. yüzyılın ortalarında büyük oranda gelişmiştir. Son yıllarda, tedavi yöntemi olarak müziğin kullanımı artmakta ve her yaştaki hastalar için kullanılmaktadır (Evans 2002, Uçaner ve Öztürk 2009).

4.4.3. Türklerde müzik terapinin tarihsel gelişimi

Türk müziğinin 12000 yıllık geçmişi, Azerbaycan Gobustan kayalıklarındaki dans eden insan figürlerinden anlaşılmaktadır. Doğu Türkistan Hoten şehri yakınlarındaki Mülçe Irmağı kayalıklarında bulunan, yine dans eden insan figürleri de 6-8 bin yıla dayanmaktadır (TÛMATA 2010, Somakçı 2003, Çoban 2005).

Ruh hastalarının bir hasta olarak kabul etmeyip işkence yapıldığı ortaçağda, Türkler ruh sağlığına, ruh hastalarına ve tedavilerine büyük önem vermişlerdir. Ruh hastalıklarının müzikle tedavisini ilk defa düzenli ve bilinçli bir biçimde uygulayan ve bu tedavinin öncülüğünü yapanlar Türkler olmuştur (Erer ve Atıcı 2010).

M.Ö. III. ile II. binler arasında Guti, Gutu, Kut, Kas adları altında Asya'dan Anadolu'ya gelen Oğuzların müziği, Şaman müziğine kaynak gösterilmektedir. Milattan önceki yıllarda Çin'e inen Türk milletlerinin oraya milli raks ve musikilerini de beraberinde getirdikleri ve tanıtmış oldukları tarih açısından önemli bir durumdur. Bugünkü Çin musikisinin oluşmasında o zamanki Türklerin etkisi önemlidir (Giray 2008).

Kazak, Kırgız, Altay, Türkmen ve Özbek Türklerinde kam, baksı (bahşa, bahşı) adı verilen tedavilerin bulunduğu ifade edilmekte ve bunların bazı uygulamalarının günümüzde de devam ettiği gözlenmektedir. Müzikal açıdan pentatonik (beş sesli) nağmelerle ve dört adımlı ritimlerle terapiyi gerçekleştirdikleri görülmektedir. Bu eski dönemde kullanılan beş sesli müziğin, günümüzde dünyada önde gelen Londra Rempton Enstitüsü'nde otistik çocuklara uygulandığı, kendine güven ve kararlılık verdiği ve beyinde alfa ve teta dalgalarını arttırdığı tespit edilmiştir (TÜMATA 2010).

Türklerde müziğin tedavi amaçlı kullanımı hem İslamiyet öncesi, hem de İslamiyet sonrası dönemde süregelmiştir. Ancak ilk ciddi müzikle tedavi çalışmalarının Selçuklularda ve Osmanlılarda uygulandığı belirtilmiştir. Selçuklu ve Osmanlılar döneminde öncelikli olarak akıl hastalıklarının tedavisinde kullanılan müzikle tedavinin uygulanması için, gerekli akustiği sağlayacak şekilde hastaneler-darüşşifalar yapılmıştır (Erer ve Atıcı 2010).

Hem hekim hem de müzikolog kimlikleriyle İslam tarihinin önemli kilometre taşlarından olan Zekeriya Er Razi (854-932), Farabi (870-950) ve İbni Sina (980-1037) müziğin tedavi edici etkisi incelemişlerdir. O zamandan başlayan müzikle tedavi geleneği, Selçuklu ve Osmanlı şifahanelerinde devam etmiştir (Çoban 2005).

İbn Sina “*Kitabü'ş Şifa*” eserinde;“ *Tedavinin en iyi ve en etkili yollarından biri hastanın aklı ve ruhî güçlerini artırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele için cesaret vermek, hastanın çevresini sevimli hale getirmek, ona en iyi musikiyi dinletmek ve onu sevdiği insanlarla bir araya getirmektir.*” diyerek, müziğin tedavi boyunca kişiye güçlü bir moral desteği verdiğini belirtmiştir (Somakçı 2003, Erer ve Atıcı 2010).

19. yüzyılda, Gevrekzade Hafız Hasan bin Ahmet, “Emraz-ı Ruhaniye-i Negamat-ı Musikiye ile Tedavi” eserinde, Türklerde akıl hastalıklarının müzikle tedavi edildiğine ve olumlu sonuçlar alındığına değinirken, özellikle durgun, yaşama küskün ve çevreye ilgisiz hastalar üzerinde daha etkili olduğunu vurgulamıştır (Erer ve Atıcı 2010).

Tarih boyunca çeşitli kültürlerde olduğu gibi Türk kültüründe de müzik sesi birçok hastalığın tedavisinde kullanılmıştır. Önceleri bireysel uygulamalarla yapılan müzikle hasta tedavisi zamanla darüşşifalarda uygulanmaya başlanmıştır “İlk şifahane, 900 yıl önce Selçuklu sultanı Nureddin Zengi tarafından Şam’da yapılan *Nureddin Hastanesi*’dir. İstanbul’da yapılan *Fatih Darüşşifası* ve Edirne’deki *Edirne Darüşşifası (II. Bayezid Külliyesi)* müzikle tedavinin uygulandığı kurumlardır (Giray HS 2008, Şengül 2012).



Resim 1

Mimar Hayrettin, “Edirne Darüşşifası”, 1484-1488

Müzikle tedavi, tarihi gelişimi göz önüne alındığında Türklerin verdikleri önem ve geliştirdikleri yöntemler sayesinde bugünkü yerini bulmuştur. Hastanın mizacından dış görünüşüne hatta milliyetine göre değişik makam ve müzik aletleri gerektiren bu tedavi yöntemine, dönemin hekimleri de büyük ilgi duymuşlar ve büyük uğraşlar göstermişlerdir. Özellikle akıl hastaları için kullanılan bir yöntem olan müzikle tedavi ile Selçuklu ve Osmanlı döneminde bu tedavi yöntemine uygun

olarak yaptırılan hastaneler, dünyada psikiyatri bilimi ve hastane hizmetlerinin gelişmesinde de öncü rol oynamışlardır (Erer ve Atıcı 2010).

4.4.4. Tedavide kullanılan müzik türleri ve etkileri

Müzik terapide kullanılacak olan müzik türünün seçimi, farklı etkiler yaratabileceği için çok önemlidir. Farklı müzik türlerinin farklı etkiler yarattığı ve solunum sıklığı, kalp hızı, kan basıncı, kalp kasının oksijen ihtiyacını farklı şekilde etkileyebildiği belirtilmektedir (White 2000). Çoğu müzik türü gevşeme ve iyileşme amacıyla kullanılmaya uygun değildir. Dakikada 60 atımlık düşük tempolu müzikler kişide rahatlama, gevşeme sağlamakta, parasempatik sinir sistemini uyararak arteriyel kan basıncında düşme, nabız ve solunum sayısında azalma yaratmaktadır. Dakikada 100-120 atım gibi yüksek tempolu müzikler ise kişide sempatik sinir sistemini uyararak tam tersi bir etki oluşturmaktadır (Coughan 1997, Karın 2008).

Müzik terapi ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda rahatlatıcı/sakinleştirici müziğin kullanıldığı, bu müziğin sözleri olmayan, dakikada 60-80 atımlık yavaş bir tempoda akıcı, stabil ritim, ahenk, ses rengi ve düşük perdesi olan müzikler olduğu belirtilmektedir (Cunningham et al 1997, Chlan 1999, White 2000, 2001, Knight & Rickard 2001, Karın 2008, Morris 2009).

Sakinleştirici yavaş müziğin, özellikle yaşlı hastalarda uyku kalitesinin artması ve depresyonun azalması için etkili olduğu (Chan, Chan and Mok 2010) ve açık kalp cerrahisi hastalarında ağrı ve anksiyeteyi azalttığı bildirilmektedir (Voss et al 2004).

Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası süreçte müzik dinletilerek yapılan çalışmalar, rahatlatıcı bir müziğin nörohormonal tepkiyi azaltarak, anksiyeteyi engellediğini, sedatif kullanımını, kalp atım hızını, kan basıncını, solunum sayısını ve ameliyat sonrası ağrıyı azalttığı göstermiştir (Yung at al 2002, Voss at al 2004, Nilsson 2009).

Bazı hastalıkları iyileştirici etkisinin yanı sıra beyni de geliştirme özelliği olan Mozart besteleri, müzikle terapinin en önemli buluşlarından biridir. Mozart'ın müziğinin bu etkisine "*Mozart Etkisi*" adı verilmektedir. Depresyon, kanser, yüksek tansiyon, kronik ağrılar ile birlikte duygusal ve zihinsel sorunlara iyi gelen bu müziğin alzheimer hastalığına da iyi geldiği Irvine'deki Kaliforniya Üniversitesi Tıp

Fakültesi'nden bazı bilim adamları tarafından da kanıtlanmıştır (Giray 2008, http://www.paulborgese.com/report_mozarteffect.html). Sutoo ve Akiyama (2004) Mozart'ın müziğinin beyinde dopamin sentezini azaltarak kan basıncını azalttığını belirtmektedir. Ayrıca bu müziğin, KABG sonrası ağrıyı iyileştirmek için tamamlayıcı bir tedavi olarak kullanılabiliceği bildirilmiştir (Cervellin and Lippi 2011).

Giray'ın (2008) belirttiğine göre Lozanov, müziğin öğrenimi kolaylaştırmasıyla ilgili araştırmalar yapmış bazı klasik müzik parçalarının, özellikle de 60 metronomlu largo ritminde veya 4/4'lük ile 3/4'lük ritimde barok parçalarının beyin dalgalarını 8 ile 12 Hz. aralığına düşürerek beynin alfa dalgaları yaymaya başladığını tespit etmiştir. Düşük frekansa sahip bu dalgaların oluşmasıyla da, kişinin daha sakin bir hale gelmesi ve uzun vadede duygusal veya zihinsel problemlerde iyileşme sağlanmasının mümkün olabildiğini belirtmiştir.

Ayrıca literatürde, müzik terapide kullanılacak olan müziğin, saf, tek sesli ve her milletin ilkel müziği denilebilecek otantik müzikler olması gerektiği vurgulanmaktadır. Özellikle Türk musiki sazları ile (rebab, ud, ney, kudüm, vb. gibi) müzik terapide çok başarılı sonuçlar elde edildiği ve Tasavvuf Müziği'nin müzik terapide büyük faydalarının olduğu görülmüştür (Ak 2006).

Aktif Müzikterapi Geleneği: Kam ve Baksı adı verilen Orta Asya hekimleri, müzik ve dansı hasta tedavisi için kullanıyorlardı. Kazakistan, Kırgızistan, Altay, Moğolistan ve Sibiryâ bölgelerinde halen devam eden bu dans terapisi, kol, omuz ve baş hareketleriyle faaliyete geçen ruhi enerjinin bütün vücudu sarması ile elde edilen trans hali sonucu, hasta kişi için gerekli tedavi bilgisine ulaşmayı amaçlamaktadır. Baksılar; kılkopuz, dombra, şankopuz, asatayak, davul gibi müzik aletleri ile trans ve tedavi eylemini gerçekleştiriyorlardı. Bu seanslarda genel olarak Pentatonik müzik tonları kullanılıyordu. İngiltere'de, Londra Nordoff Robbins müzikterapi enstitüsünde uygulanan tedavi sisteminde Pentatonik müziğin kişilerde kendine güven ve kararlılık oluşturduğu bulgusu ile, otistik çocukların tedavisi ve eğitiminde bu müzik kullanılmaktadır (TÜMATA 2010).

TÜMATA (Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu) çalışmaları içinde, baksı dansı ile birlikte çeşitli sufi dansları (semah ve sema) incelenmekte ve oluşturulan aktif müzikterapi anlayışı ile bu eski teknikler, modern tıp içinde, otizm, geriatri, onkoloji, immünoloji, nöroloji, kardiyoloji, depresyon, anksiyete vb. konularında tedavi amacı ile uygulanmaktadır (TÜMATA 2010).

Pasif (Receptive) Müzikterapi: Horasan kaynaklı Türk Sanat musikisi ve Horasan-Anadolu musiki makamlarımızın olgunluğu ile gelişen pasif-receptiv müzik terapi geleneği icrası sırasında hastalar rahat bir şekilde oturarak veya uzanarak dinlenme halindedir. Bu tedavi şeklinde amaç, hastaların ruhsal durumlarını değiştirerek onları rahatlatmak ve kendine güvenlerini kazanmalarına yardımcı olmaktır (TÜMATA 2010).

Günümüzde, TÜMATA tarafından uygulanan teknikte bu esaslara bağlı kalınmıştır. Hasta istirahat pozisyonunu alır, bir seans süresince geniş ve rahatlatıcı bir ritim ve su sesi eşliğinde, Ney, Rebab, Çeng, Ud, Dombra ve Rûbab ile emprovize (ritimli taksim) yapılır ve uygun makamlar üzerinde çalışılır. Bu şekilde bir icra sırasında, otizm'den ve psikolojik çocuk hastalıklarından geriatriye kadar çeşitli psikolojik ve fiziksel hastalıklarda olumlu değişimler ve iyileşmeler gözlemlendiği belirtilmektedir (TÜMATA 2010).

Türk tarihi ve kültüründe önemli bir yeri olan makam müziği ile tedavi günümüz tıbbında yeniden güncelleşmiş bulunmaktadır. TÜMATA tarafından 400'den fazla olduğu bilinen bu makamlardan önemli olan on beş tanesi üzerinde çalışılmış ve uygulamalardan sonra tedavide kullanılacak kaset ve CD'ler oluşturulmuştur (TÜMATA 2010).

Büyük Türk bilgini Farabi (870–950) musiki makamlarının ruh üzerindeki etkisini şöyle sınıflandırmıştır:

1. Rast makamı: İnsana neşe, huzur verir.
2. Rehavi makamı: İnsana sonsuzluk fikri verir.
3. Köçek makamı: İnsana hassasiyet, duyarlılık verir.
4. Büzürk makamı: İnsana çekinme, sakınma duygusu verir.

5. İsfahan makamı: İnsana hareket kabiliyeti ve güven hissi verir.
6. Neva makamı: İnsana lezzet ve ferahlık verir.
7. Uşak makamı: İnsana mutluluk verir.
8. Zirgüle makamı: İnsana uyku verir.
9. Saba makamı: İnsana cesaret, kuvvet, azim verir.
10. Buselik makamı: İnsana kuvvet verir.
11. Hüseyini makamı: İnsana huzur ve rahatlık verir.
12. Hicaz makamı: İnsana alçak gönüllülük verir.
13. Nihavend Makamı: İnsana sakinlik ve huzur verir. (TÜMATA 2010).

Türk Musikisinde kullanılan makamların etkileri hakkında bilgi veren *Mecelletu fi'l-Musika* adlı eserde makamlarla ilgili bilgiler verilir. Buna göre: Uşak, Neva ve Buselik makamları insanda kuvvet, cesaret ve tam bir rahatlık sağlar (TÜMATA 2010).

Uşak Makamı: Bu makamın, insanlara gülme arzusu, gevşeme hissi, sevinç, kuvvet ve kahramanlık duyguları verdiği, uyku ve istirahat için faydalı olduğu bildirilmektedir. Seher vaktinden kuşluk vaktine kadar olan zamanda, gün batımında ve perşembe günleri etkisinin fazla olduğu, *kalp*, ayak rahatsızlıkları ve gut hastalığında ağrılara faydalı olduğu belirtilmiştir. Derin aşk ve mistik duyguların ifade aracı olarak bilinen en eski makamlardan biridir (TÜMATA 2010).

Sönmez, bir gün önce açık kalp ameliyatı olmuş hastalara yoğun bakımda sabah-akşam 15–20 dakika ney ile canlı müzik dinlettiklerini, hasta ile önce kısa bir görüşme yaparak hastaya hitap edecek müzik makamını, ritmini belirleyerek birebir dinletti şeklinde ney ile konser verdiklerini bildirmiştir. Hastaların streslerinin azaldığını, mevcut ilaçlarını değiştirmeden tansiyonlarının düştüğünü, nabızlarının yavaşladığını ve solunum sayısının azaldığını, çoğunun sakin bir uykuya geçtiğini saptadıklarını belirtmiştir (Sönmez 2012).

4.4.5. Müziğin etki mekanizması

Müziğin etki mekanizmasıyla ilgili çeşitli teoriler, hipotezler ve varsayımlar bulunmaktadır. Müziğin öğrenme, motivasyon ve duygusal durum gibi bellekte yer

alan belirli beyin fonksiyonlarını kullanarak biyolojik bir etkiye sahip olduğu ileri sürülmektedir (Nilsson 2004, Yehuda 2011, Peynircioğlu 1996, Yehuda 2011).

Müzik etkisi, beynin sağ hemisferinde algılanmaktadır. Ancak sol hemisfer müziğin analitik yönü açısından daha büyük bir rol oynar. Müziğin algılanması temporal lobda işitme merkezinde oluşmaktadır. Buradan talamus, ortabeyin, pons, amigdala, medulla ve hipotalamusa sinyal gönderilir. Müziğin fizyolojik etkisinin hipotalamus ve onun adrenalin ve diğer nöro-hormon düzenlenmesi ile olduğu belirtilmektedir. Müzik veya ses frekansının temposu ve volümü, kalp atışlarının değişmesine neden olur. Müziğin temposu arttıkça, kalp atışları da hızlanır, yavaşladıkça nefes alışları gibi kalp atışları da yavaşlamaktadır. Buna ek olarak kalp atımı ve solunum sayısında düzelmeye ve oksijen tüketiminde azalma olduğu bildirilmiştir. Müzik dinlemenin endorfin salgılamasına ve katekolamin seviyesinde azalmaya böylece kan basıncında düşmeye neden olduğunu ve analjezik gereksiniminde azalma olduğu bilinmektedir (Nilsson 2004, Yehuda 2011, Peynircioğlu 1996, Allen 2007).

Beyin gibi insanın kalp atışları da ses ve müziğe son derece duyarlıdır. Beyin dalgaları müzik ile hızlandırılıp, yavaşlatılabilmekte, kas gerilimi ve hareketlerini koordine etmeye yardımcı olarak, sakinleştirici etki yapmaktadır. EEG kayıtlarında da, müziğin beyindeki biyoelektriksel aktiviteyi azaltabildiği ve bunun sonucu olarak anksiyete, gerginlik ve uykusuzluğun azaltılabileceği, yaşam kalitesini arttırabileceği gösterilmiştir (Yehuda 2011, Metzger 2004, Shaw 1999, Uçan ve Ovayolu 2006).

4.4.6. Cerrahi hastalarda müzik terapinin etkisi

Müzik terapinin cerrahi hastalarında etkileri üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Müzik terapi kullanılımasının anksiyeteyi azaltmada destekleyici olduğu ve analjezik etkisi oluşturduğu, hastanede kalış süresini kısalttığı, hastanın ayılma ünitesinden erken ayrılmasını sağladığı saptanmıştır (Cirina 1994, Johnson, Raymond, Goss 2012, Twiss, Seaver, McCaffrey 2000).

Müzik dinleme ameliyat öncesi hastaların anksiyetelerini azaltmak için etkilidir (Lee, Chao, Yiin, Chiang, Chao 2011). Karin'ın yaptığı metaanalizde, ameliyat öncesi müzik uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyetelerinin azaldığı gösterilmiştir (Karin 2008). Müziğin ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde yardımcı bir uygulama olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (Engwall and Dupplis 2009).

Cunningham, Monson ve Bookbinder (1997), ameliyat öncesi bekleme odasında müzik dinleyen yaşlı hastaların, dinlemeyenlere göre daha az anksiyetelerinin olduğu, kan basıncı ve kalp atımlarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Bunun yanı sıra, ürogenital cerrahi geçiren hastalarda ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmak için; bağımsız hemşirelik uygulaması olarak müzik kullanımı önerilmektedir (Arslan, Özer, Özyurt 2008).

Ameliyat sonrası iyileşme sürecinde müzik terapinin, rahatsız edici bir durumdan rahatlama, yabancı bir ortamda yakınlık hissi sağlama, korku, ağrı ve anksiyete hissinden dikkatin başka yöne çekilmesi gibi etkileri olduğu belirtilmiştir. Müzik terapinin, bireyin ilgisini başka yöne çekerek rahatlama sağlayan, girişimsel olmayan, çevreyi daha keyifli hale getirerek stresi azaltan bir yöntemdir (McCaffrey and Good 2000, Evans 2002, Kemper and Danhauer 2005, Karin 2008, Şelimen ve Andsoy 2011, Johnson at al 2012).

Müzik uygulamasının; ameliyat sonrası ventilatöre bağlı hastalarda daha etkili olduğu belirtilmektedir (Wong, Lopez-Nahas and Molassiotis 2001).

4.4.7. KABG hastalarında müzik terapinin etkisi

KABG cerrahisi hastalar için metabolik, fizyolojik ve psikolojik strese neden olmaktadır. Bu stres, ameliyat sonrası iyileşmeyi geciktirebilir, hastanede kalış süresini, hastalık ve ölüm oranını artırabilir. Ayrıca KABG uygulanan hastalarda, ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin yüksek olmasıyla ameliyat sonrası ağrının daha yüksek olması arasında bir korelasyon olduğu ve ameliyattan sonra yüksek anksiyete düzeyi olan hastaların uzun dönem psikolojik sonuçlarının daha kötü olduğu bildirilmektedir. Kortizol, stres cevabını aktive eden önemli bir indikatördür. Cerrahi

travmanın derecesi ile kortizol konsantrasyonu arasında ilişki olduğuna inanılmaktadır. Artan kortizol düzeyinin KABG uygulanan hastalarda, ameliyat sonrası erken dönemde ekstübasyon sırasında en yüksek düzeye ulaştığı görülebilir (Nilsson 2009).

Yapılan birçok çalışmada, müziğin kalp hastalarında yararlı etkileri olduğu gösterilmiştir. Cadigan (2001) ve arkadaşları müzik dinleyen KABG hastalarında kan basıncı, solunum sayısı ve psikolojik sıkıntının azalttığını göstermişlerdir. Ayrıca bu hastaların ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası yoğun bakımda sürekli müzik dinletilerek anksiyete düzeyi ve entübasyon süresinin azaltılabildiği belirtilmiştir. Aynı şekilde KABG cerrahisi sonrası müzik dinletilen bir çalışmada; hastaların ruh halinde ciddi bir iyileşme gösterilmiştir (Kemper and Danhauer 2005). Bu çalışmalar genel olarak, müzik terapinin cerrahi hastalarındaki psikolojik sonuçlarında, yararlı etkilerinin olduğunu ve yan etkilerinin olmadığını göstermektedir.

KABG'nin maliyeti, psikolojik tedavi maliyeti ile karşılaştırılınca oldukça yüksektir. Psikolojik tedavideki ilerleme maliyet uygunluğu açısından göz ardı edilmemelidir (Shuldham 2010). Yalnız fizyolojik değil, psikolojik girişimlerin de cerrahinin sonucunu etkileyebileceği gösterilmiştir. Müzik terapi, hastaların anksiyetesini yönetmede kullanılabilir olan basit ve maliyeti uygun bir girişimdir. Bu tedavi aynı zamanda hastaları hastane ortamına adapte eden yatıştırıcı bir etki sağlar (Barnason 1995, McCaffrey and Good 2000, Kemper and Danhauer 2005, Nilsson 2009)

Karin'ın (2008) belirttiğine göre, Butler'in (1997) kalp cerrahisi hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, müziğin ağrı ve sedatif ilaç kullanımında azalma ve erken mobilizasyonuna yardımcı olduğu bildirilmiştir. Böylece ortalama 9 gün olan hastanede kalış süresinin 5 güne kadar azaldığı bildirilmiştir. Bunun sonucunda, kalp cerrahisi hastalarının maliyetleri önemli ölçüde azalmıştır.

Müzik terapi, sağlık bakım alanında iyileşmeyi sağlamak, hastanın kendi bakımına katılımını desteklemek ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla sağlık bakım merkezlerinde hemşireler tarafından uygulanmakta, olumlu sonuçlar alınmakta ve böylece hemşirelik alanında kullanımı giderek artmaktadır.

4.5. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından “kişinin kendi durumunu, kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi” olarak kabul edilmektedir. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavramdır (The World Health Organisation *Quality of Life*, WHOQOL 1994, Yılmaz 2012).

Yaşam kalitesi, bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum bulması, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, duygusal ve fiziki durumunun iyi olması, kişiler arası ilişkilerde iyi olma, benlik saygısı, önceki bilgi ve deneyimlerin tümünü kapsar (Öksüz ve Malhan 2005, Talas 2005).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak tanımlanır ve kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin kendi üzerindeki etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Yılmaz 2012).

Sağlıkta yaşam kalitesinin iki bileşeni vardır. Bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini belirten gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneği, ikincisi ise fonksiyon görme ve hastalıklarla baş etme yeteneğidir (Müezzinoğlu 2005, Yılmaz 2012, The WHOQOL 1994, Argüden 2008, Eser 2006).

Toplum sağlığının ölçümünde bugüne kadar kullanılan geleneksel hastalık ve ölüm oranları ve beklenen yaşam süresi gibi değerlendirmelerin artık yeterli olmadığı düşünülmektedir. Sağlık hizmeti ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü gündeme gelmektedir. Günümüzde artık tıbbi bakım ve tedavinin birincil amacı yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktır (Şahin 1997, Müezzinoğlu 2005, Argüden 2008).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kişinin kendini ifade etmesi önemlidir. Çünkü yaşanan hissedilen şeyler kişinin kendi deneyimleridir. Yaşam kalitesinin ölçümü ile sağlık hizmetinin/tedavinin bireyin yaşamını ve iyilik halini ne ölçüde etkilediği, bireylerin neyi ne düzeyde yapabildiği belirlenebilir, tedavi/girişim

alternatifleri değerlendirilebilir, yaşam kalitesine etki eden faktörler belirlenebilir ve sonuç olarak hastaya uygun tedavi ve bakım verilebilir (Demir Korkmaz 2012).

Günümüzde; birçok hasta, hastalıkları ve tedavileri hakkında ve yaşam kaliteleri üzerine olası etkileri konusunda detaylı olarak bilgilendirilmek istemekte; bilgilendirilmiş kişilerin tedavi programına aktif katılımları artmakta ve bu durum klinik sürece olumlu yansımaktadır. Bunun yanı sıra pek çok randomize kontrollü çalışma, sağlığın değerlendirilmesinde hastanın “*sağlığına ilişkin kendi algısını*” standart bir veri olarak kabul etmektedir. Hastanın duygusal durumu, sosyal rol performansı, genel memnuniyeti ve fonksiyonel bağımsızlığının ölçüldüğü yaşam kalitesi anketlerinden elde edilen veriler ışığında, kişiye özel düzenlemeler yapılabilmekte ve daha kısa sürede işe dönüş ile topluma katılımı sağlanabilmektedir (Falcoz, Chocron, Mercier, Puyraveau, Etevent 2002).

Hemşirelik, insan yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle ilgilidir ve bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmalarına yardımcı olmayı amaçlar. Mesleki eğitimleri sırasında hastalara holistik bakım vermeyi ilke edinen hemşireler hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede anahtar rolü oynayan kişilerdir. Bu nedenle hemşire yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modeller oluşturmalıdır (Yılmaz 2012, Özyılkan 2004).

İnsan sağlığında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan doyum sağlama etkilenebilir. Bu noktada hemşireliğin amacı ve işlevi; bireye kendi öz bakımını yapar hale gelinceye kadar yardımcı olmak, en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır (Yılmaz 2012, Özyılkan 2004).

4.5.1. Koroner arter bypass greft hastalarında yaşam kalitesi

Teknolojinin hızlı gelişimi kalp damar alanındaki artan bilimsel bilgi birikimi yeni tedavi ve girişimlerin kullanılmasına yol açmıştır. Buna paralel olarak da yaşam süresi uzamıştır. Ancak sağlık bakımının amacı sadece hastaların yaşamını uzatmak

değil aynı zamanda bireylerin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirerek yaşam kalitelerini yükseltmektir. Bu durum bir tedavinin yaşamı uzatmasının yanı sıra o yaşamın hangi koşullarda yaşandığının da değerlendirilmesi gerekliliğini beraberinde getirmiştir (Demir Korkmaz 2012).

Bireyin yaşam kalitesini, hastalıklar, karşılaştığı olumsuz durumlar ve bireysel özellikleri etkilemektedir. Yaşam kalitesini etkileyen önemli hastalıklardan birisi de koroner arter hastalığı ve bu hastalığın en çok başvurulan tedavi yöntemi olan koroner arter bypass ameliyatıdır (Demir Korkmaz 2012).

Günümüzde oldukça karmaşık klinik durumlara sahip hastaların kalp damar cerrahisi kliniklerinde tedavi edilmesi söz konusudur. Kalp damar hastalıklarının birden fazla tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Ancak tedavi seçenekleri arasında sağ kalım açısından fark olmadığı durumlarda sağlıkta yaşam kalitesi karar sürecini doğrudan etkilemektedir. Sağlıkta yaşam kalitesi sağ kalımdan sonra ikinci önemli değerlendirme ölçütü olmalıdır. Bu nedenle kalp damar cerrahisinde tedavi seçenekleri değerlendirilirken hastalık ve ölüm oranları gibi geleneksel yöntemlerin yanında hastaların algıladıkları yaşam kaliteleri de ölçülmelidir. Kalp damar cerrahisi hastalarının sadece geleneksel klinik faktörleri değil, cerrahi sonrası süreçlerinin de uzun süreli değerlendirilmesi gerekir (Demir Korkmaz 2012).

Koroner Bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin önemli bilgiler verdiği bilinmektedir (Aydın ve ark. 2002, Szekely at al 2011, Demir Korkmaz 2012).

KABG hastalarında erken ve geç dönemde yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar olduğu görülmektedir. Erken dönem çalışmaları ameliyat öncesiyle birlikte genellikle ameliyattan hemen sonra, bir ay sonra, 3 ay sonra ve 6 ay sonrasını kapsarken, geç dönem çalışmaları hastaların ameliyattan önce ve ameliyattan 1 yıl, 2 yıl, 3 yıl, 5 yıl hatta 10 yıl sonrası yaşam kalitelerinin değerlendirilmesini içermektedir (Sampalis at al 2001, Martin at al 2008, Szekely at al 2011, Demir Korkmaz 2012).

Kronik bir hastalık olan koroner arter hastalığının seyri KABG sonrası yaşam kalitesini etkileyebilir. Koroner arter hastalığının semptom ve bulgularının kontrol altına alınması amacıyla genellikle yaşam biçimi davranışlarında değişiklik yapılması gerekir. KABG hastalarının yaşam biçimini değiştirmesi, karmaşık tıbbi tedavilerini sürdürmesi (çoklu ilaç tedavileri), fiziksel ve duygusal rahatsızlıklarını (ağrı, depresyon, anksiyete, öfke vb) gidermesi, fonksiyonel sınırlılıklarını yönetmesi ve diğer kronik hastalıkların gerekliliklerini (diyabet, hipertansiyon, kalp yetersizliği vb) yerine getirmesi beklenir. Bu faktörlerin tümü hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. KABG hastalarında yaşam kalitesi etkileyen diğer faktörler fiziksel iyilik hali, sosyal destek varlığı, toplumsal ilişkiler, kişisel gelişim, kendini gerçekleştirme, öz güven, öz saygı, bağımsızlık, eğlence, ekonomik durum gibi birçok boyutlardır. Bu nedenle yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde bu faktörler ölçülmelidir (Demir Korkmaz 2012).

KABG ameliyatından sonra ileri yaş, düşük sosyoekonomik durum, kadın cinsiyet ve azınlık grupta olmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında olduğu belirtilmektedir. Buna karşın sosyal destek varlığı bu hastalarda hastalık ve ölüm riskine karşı koruyucu etkiye sahiptir ve yaşam kalitesini geliştirir. KABG sonrası özsaygının yüksek olması da depresyon ve gerilimi azaltarak sosyal, fiziksel ve psikolojik iyileşmeyi hızlandırır (Demir Korkmaz 2012, Aydın, Yavuz, Düver, Kutsal 2002).

Hastaların stresörlerle etkili bir şekilde baş edebilmesi, KABG sonrası yaşam kalitesini arttıran faktörler arasındadır. Bu bağlamda müzik anksiyeteyi azaltan, kendine güveni arttıran, duygu ve düşünceleri olumlu yönde etkileyen bir uygulama olarak KABG hastalarının yaşam kalitesini arttırabileceği düşünülmektedir (Uçan ve Ovayolu 2006, Nilsson 2004). Ayrıca ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkileri olan, kalp hızını, kan basıncını, vücut ısısını ve solunum hızını düşüren, iyileşme sürecini hızlandıran ve yaşam kalitesini yükselten müzik terapinin KABG hastalarında kullanılması önerilmektedir (Uçan ve Ovayolu 2006, Nilsson 2004, Demir Korkmaz 2012).

4.6. KABG Cerrahisi Uygulanan Hastalarda İyileşme Süreci

Yüksek maliyetli bir tedavi biçimi olan Koroner Arter Bypass cerrahisinde; olası cerrahi riskleri önlemek/azaltmak, hemodinamik stabiliteyi olabildiğince kısa sürede sağlamak ve sürdürmek, stabiliteyi bozan uygulamalardan kaçınmak, entübasyon süresinin kısaltılmasına katkıda bulunmak, hastanın rahatını sağlamak, iyileşme sürecini azaltmak temel amaçlardır (Aşkar ve Çetin 2004, Martin and Turkelson 2006, Mullen Fortino and O'Brien 2009, Casey 2011).

Koroner arter bypass greft sonrası hastanın ameliyat sonrası süreçteki durumu sürekli değişiklik gösterdiğinden bakımı genel olarak zordur. Hastanın iyileşme sürecinin olumlu geçmesi için, hemşirenin olası komplikasyonları tanımlaması, doğru girişimleri doğru zamanda yapabilmesi gereklidir (Mullen Fortino and O'Brien 2009, Martin and Turkelson 2006, Casey 2011).

Ameliyat sonrası erken dönemde hastanın en çok hemodinamik stabilitesinin sağlanması ve anesteziden uyanması üzerinde durulur. Yoğun bakım ünitesine alındığında hastanın sürekli ve/veya saat başı izlemleri ile tüm sistemlerin tanınması yapılır ve ameliyat öncesi dönemdeki veriler ile karşılaştırılarak gereksinimleri belirlenir (Badır, Korkmaz 2010, Mullen Fortino and O'Brien 2009, Martin and Turkelson 2006, Casey 2011).

KABC'nde hemodinamik parametreler önemli göstergelerdir. Hastanın genel risk durumu, komplikasyon gelişimi ve iyileşme seyrinin izlenmesine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle hastaların cerrahi girişim öncesi dönemden başlayarak taburcu olana kadar hemodinamik parametrelerinin izlenerek değerlendirilmesi gerekmektedir. Cerrahi girişim öncesi optimal hemodinamik parametrelerin sağlanması, hastanın cerrahi girişim sonrası komplikasyon oranını azaltarak iyileşme süresini hızlandıracaktır (Yorgancıoğlu ve Tokmakoğlu 2004).

Hastaların kardiyovasküler durumları cerrahi girişimden sonraki ilk birkaç saat boyunca belirsizlik gösterir ve hemodinamik değişikliklerden dolayı aniden kötüye gidebilir. Bundan dolayı hemodinamik parametrelerin ölçülmesi, değerlendirilmesi ve bu parametrelerde stabilitenin sağlanması gerekmektedir (Aşkar ve Çetin 2004).

Hemşireler hastanın kardiyovasküler fonksiyonlarına ilişkin; sistolik ve diyastolik kan basıncını, kalp hızı ve ritmini, sağ atrium basıncını, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesini izler ve değerlendirir (Mullen Fortino and O'Brien 2009, Martin and Turkelson 2006, Casey 2011). (Aşkar ve Çetin 2004, Martin and Turkelson 2006, Mullen Fortino and O'Brien 2009)

Genel olarak ortalama arter basıncının 70 mmHg'nın üzerinde olması hedeflenir. Kan basıncının normal yetişkin değerleri 100/60mmHg' dan 140/90 mmHg arasında değişir. Hipotansiyon miyokardın beslenmesini bozacağından, hipertansiyon ise anastomoz yerlerinin ayrılmasına ve sızıntıya neden olabileceğinden hemşire hastada gelişebilecek bu durumları erken dönemde belirleyip, gerekli önlemleri almalı ve doktora bildirmelidir. Hipertansif hastalarda cerrahi girişim öncesi istirahat değerinin en fazla %20 altında olmasına izin verilir. Kan basıncı özellikle erken postoperatif dönemde, çok yüksek olursa, cerrahi anastomozlar bozulmuş olabilir. Bu da intratorasik kanama, hemodinamik bozulma, kötü doku perfüzyonu ve tekrar ameliyat gerekliliğine sebep olabilir. Hemşire için yüksek kan basıncını izleme ve kurum protokolüne göre hızlı bir şekilde müdahale etmek önemlidir (Aşkar ve Çetin 2004, Martin and Turkelson 2006, Mullen Fortino and O'Brien 2009, İnwood 2002).

Ameliyat sonrası erken dönemde hedeflenen hemodinamik parametrelerden biri stabil kardiyak ritim sağlamaktır. İdeali 70-100 atım/dk hızda normal sinüs ritmidir. (Bojar 2007, Casey 2011).

Müzik terapinin, KABG uygulanan hastalarda hedeflenen hemodinamik parametrelerin stabilizasyonunda etkili olduğu vurgulanmıştır. Ameliyat stresi ile karşılaşan vücudun salgıladığı katekolaminlerin düzeyindeki artış KABG uygulanan hastalarda, ameliyat öncesi ve özellikle ameliyat sonrası erken dönemde kan basıncı ve kalp atım hızında artışa neden olabileceği belirtilmektedir. Müzik terapinin ameliyat öncesi, sırası ve sonrası uygulamanın, hastaların kan basıncı ve kalp atım hızının azalmasına ve erken dönemde stabil olmasını sağladığı bildirilmiştir (Yung et al 2002, Winter et al, Voss et al 2004, Karin 2008, Nilsson 2009, Batt-Rawden KB. 2010).

Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası hasta, hemodinamisi stabilleşinceye ve solunum fonksiyonları normale dönüncüye kadar yoğun bakım ünitesinde ventilatöre bağı kalır. Hastanın özelliklerine göre 2–12 saat rutin mekanik ventilasyon uygulanmaktadır. Hasta ekstübe edildikten sonra solunum ve hemodinamik parametreleri izlenir. Sternotomi insizyonuna bağı hastada yüzeysel solunum ve yetersiz öksürük gözlenebilir (Aşkar ve Çetin 2004, Martin and Turkelson 2006).

Hastaların 24 saatten fazla entübe kalması ameliyat sonrası komplikasyonlarda artışa neden olabilmektedir. Uzun entübasyon süreleri de hastanede kalış süresinin uzamasına neden olabilir. Güncel yaklaşım hastaların ameliyattan 12 saat sonra ekstübe edilmesidir (Aşkar ve Çetin 2004).

Cerrahiden sonra erken ekstübasyonun sol ventrikül performansını düzelttiğı, erken mobilizasyonu sağlayarak pulmoner komplikasyonları azalttiğı, yoğun bakım ve hastanede kalış süresini kısalttiğı, kaldiyopulmoner morbiditeyi azalttiğı ve maliyeti düşürdüğü gösterilmiştir (Doering, Esmailian, Imperial-Perez and Monsein 2001, Aşkar ve Çetin 2004, Casey 2011).

Hemşire hastanın erken ekstübasyona hazır oluşluluğunu değerlendirmelidir. Ekstübasyon, hasta uyarılabilir olduğı, komutları takip edebildiğı, hemodinamisi stabil olduğı ve aşırı solunum çabası olmada spontan solunum yapabiliyorsa düşünülebilir. Hastanın ventilatörden ayrılması için, ventilatör desteğı giderek azaltılır ve hasta spontan solunumu sürdürmelidir. Etkili ventilasyonun fiziksel değerlendirmesi ve arter kan gazı analizi ve özel solunum parametreleri ekstübasyon öncesi tamamlanmalıdır (Mullen-Fortino and O'Brien 2009, Casey 2011).

Erken ekstübasyon arzu edilen bir durumdur, ancak parametreler uymuyorsa ve/veya hastanın hemodinamisi stabil değil ise erken ekstübasyon zararlı olabilir (Aşkar ve Çetin 2004, Martin and Turkelson 2006, Mullen Fortino and O'Brien 2009).

Opioidlerin, anestezik ajanların ve nöromüsküler blokerlerin metabolize olması, hipotermimin derecesi ve ısınma, hastanın hemodinamik durumu, kanama veya

tamponad için tekrar operasyona alınma olasılığı ekstübasyon zamanına etki eden faktörlerdir (Aşkar ve Çetin 2004, Casey 2011)

Müzik terapinin erken ekstübasyona olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca Twiss ve arkadaşları (2006), müziğin hastaların entübasyon süresini kısalttığını bildirmiştir. Bununla birlikte açık kalp ameliyatı olacak hastalara verilen eğitimin erken ekstübasyon ve daha az anksiyeteye neden olduğu bildirilmektedir (Hemmerling, Prieto, Choiniere, Basile, Fortier 2004, Kim, Garvin, Moser 1996).

Solunum hızı 12–16 soluk/dk normal kabul edilirken; dakikada 20 soluktan fazla olması *takipne* ve 10 soluktan daha az olması *bradipne* olarak kaydedilir. Ağrı, anksiyete, aşırı sıvı hacmi, cerrahi yaralanma, narkotik ilaçlar ve anestezi ve değişen hemoztaiz solunum hızı ve derinliğini etkileyebilir (Aşkar ve Çetin 2004, Martin and Turkelson 2006, Mullen Fortino and O'Brien 2009).

Yapılan bir çok çalışmada, müziğin ağrıyı azaltarak ve duygusal rahatlama ve gevşeme sağlayarak düzensiz yüzeysel ve hızlı solunumu düzenleyerek hastanın yavaş ve derin solunum yapmasını sağladığı belirtilmektedir (Chlan 1999, White 2000, 2001, Yung et al 2002, Voss et al 2004, Nilsson 2004, 2009, Karın 2008, Winter et al, Karin 2008, Sönmez 2012)

Hastalar ameliyathaneden yoğun bakım ünitesine geldiklerinde genellikle hipotermiktir. Hasta normal beden ısınma gelinceye kadar aşamalı olarak ısıtılmalıdır. (Inwood 2002, Casey 2011).

Genellikle oksijen tüketiminde en belirgin artış cerrahi girişim sonrası dönemdeki ilk 6 saatte gerçekleşen spontan ısınma döneminde olur. Cerrahi girişim sonrası titreme sık karşılaşılan bir durumdur ve oksijen tüketimini arttırabilir bu da laktik asidoza neden olabilir. Hastalar normotermiye ulaşınca kadar uyandırılmamaları ve mekanik ventilasyona devam edilmesi en uygun yaklaşımdır (Inwood 2002, Aşkar ve Çetin 2004, Keçeligil 2005, Casey 2011).

Vücut sıcaklığı, oral, aksiller ve rektal ölçülebilmekte; 36,5–37,5 arasında normal kabul edilmektedir. 37,5 üzerine çıkması *ateş* durumu olup, metabolik hızda artışla birlikte. Ateş varlığı ile kalp hızı ve solunum hızında meydana gelen

kompanseuar artış, kardiyopulmoner sisteme de ekstra yük bindirmektedir (Martin and Turkelson 2006, Casey 2011).

Miluk-Kolosa ve arkadaşlarının (1996,2002) ameliyat öncesi ve sonrası dönemde cerrahi hastalarda müziğin etkisini inceledikleri çalışmalarda, müziğin fizyolojik ölçümlerde (kan basıncı, kalp atım hızı, vücut ısısı ve kan glukoz düzeyi) etkili olduğu ve hızlı bir şekilde normal değerlere döndüğü belirtilmiştir.

Hastanın yoğun bakım ünitesinden servise alınabilmesi için tüm sistem fonksiyonları özellikle kardiyovasküler ve solunum fonksiyon parametreleri normal sınırlarda olmalıdır. *YBÜ'nden servise alınmasında kardiyovasküler kriterler*; myokard iskemisi ve hemodinamiyi bozan aritmi olmaması, EKG'de ve enzimlerde MI bulgusu olmaması, inotrop veya vazotatif kullanmadan yeterli kardiyak debi olması, yeterli idrar çıkısının olmasıdır. Operasyondan sonra birkaç gün oksijenizasyonda bozukluk olabilir ve sıklıkla O2 verilmesi gerekebilir. Genellikle hasta servise çıkarılırken O2 desteğine gereksinimi olmamalıdır (Aşkar ve Çetin 2004).

Cerrahi girişim sonrası klinikte hasta bakımında komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması için hemodinamik parametrelerin klinikte dikkatle izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Amaç anksiyete ve ağrının azaltıldığı, mobilizasyonun sağlandığı, hastanın bakımına katıldığı hemşirelik bakımının planlanarak uygulanmasıdır (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Casey 2011).

KABG uygulaması sonrası özellikle iyileşmenin ilk ayında hastalarda anksiyete, öfke, depresyon gibi ruhsal sorunlar ve yorgunluk, uyku bozuklukları, tat alma değişiklikleri, insizyona bağlı rahatsızlık, etkisiz solunum ve anjinal ağrı gibi fiziksel sorunlar görülebilir. Bu sorunlar günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesine engel olmakla birlikte komplikasyonların ortaya çıkmasına ve iyileşme sürecinin uzamasına da neden olabilmektedir. Cerrahi girişim sonrası gerek hastalık ve ölüm oranının azaltılması, gerekse hastanede kalış süresinin uzamasıyla ortaya çıkabilecek komplikasyonların azaltılması için, komplikasyonların tanımlanması ve önlenmesi, anksiyetenin azaltılması önemlidir (Connor 2008, Badır ve Korkmaz 2010, Dressler 2010, Aşkar ve Çetin 2004, Mullen-Fortino and O'Brien 2009).

KABG ameliyatı sonrası hastanede ortalama kalış süresi 7-10 gün arasında iken, günümüzde 4-5 güne inmiştir. Bu sürenin, ameliyat sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmez ise iyileşme süreci için yeterli olduğu belirtilmektedir (Vivian 1998).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde eğitim ve müziğin anksiyete düzeyi, iyileşme süreci ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak planlandı.

5.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Eğitim ve müziğin birlikte uygulandığı KABG hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk anksiyete düzeyleri, diğer KABG hastalarına göre daha düşüktür.

H2: Eğitim ve müziğin birlikte uygulandığı KABG hastalarının vücut ısısı, kan basıncı, kalp atım hızı ve solunum sayısında, diğer KABG hastalarına göre olumlu değişiklikler vardır.

H3: Eğitim ve müziğin birlikte uygulandığı KABG hastalarının yoğun bakımda ve hastanede kalış süresi, diğer KABG hastalarına göre daha azdır.

H4: Eğitim ve müziğin birlikte uygulandığı KABG hastalarının taburculuktan bir ay sonraki yaşam kalitesi, diğer KABG hastalarına göre daha yüksektir.

5.3. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

1. Eğitim ve müzik dinletisinin birlikte uygulaması anksiyete düzeyini nasıl etkiliyor?
2. Eğitim ve müzik dinletisinin birlikte uygulaması yaşam bulgularını nasıl etkiliyor?
3. Eğitim ve müzik dinletisinin birlikte uygulaması yoğun bakımda kalış süresini ve hastanede kalış süresini nasıl etkiliyor?
4. Eğitim ve müzik dinletisinin birlikte uygulaması yaşam kalitesini nasıl etkiliyor?

5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul ili içerisinde bulunan bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi ve İstanbul ili içerisinde bir Eğitim - Araştırma Hastanesi'nde 10.11.2010-14.01.2013 tarihleri arasında yapıldı.

5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

5.5.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı hastanelerde ameliyata alınan koroner arter bypass hastaları oluşturdu.

5.5.2. Araştırmanın Örneklemi

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$

n: örnekleme alınacak örnek sayısı

N: Hedef kitledeki birey sayısı

p:İncelenen olayın görülme sıklığı

q:İncelenen olayın görülmemesi sıklığı

t: Belirlenen bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örnekleme hatası

$$n = \frac{(2501)(1,96)^2 (0,699)(0,301)}{(0,10)^2 (2501 - 1) + (1,96)^2 (0,699)(0,301)} = 78,32$$

formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, ± % 10 örnekleme hatası ile istatistik tahminlerin yapılabilmesi için en az uygun örneklem büyüklüğü n = 78,32 ~ 79 olarak hesaplandı.

Çalışmamızın güvenilirliği için, örneklemeimizi 110 kontrol grubunda, 110 deney grubunda olacak şekilde toplam 220 hasta oluşturması planlandı. Ancak deney grubundaki 9 hastanın çalışmaya devam etmek istememesi sonucu 101 deney grubu, 113 kontrol grubu olmak üzere toplam 214 hasta oluşturdu.

Örneklem kapsamına alınma kriterleri

- 18 yaş üzeri olma
- İlk kez koroner arter bypass ameliyatı yapılacak olma
- Görme, işitme duyularında iletişimi güçleştirecek engeli bulunmama, zaman ve ortama oryante olma
- Psikolojik tedavi görmeyen ve bu amaçla ilaç kullanmama,
- Araştırmaya katılmaya istekli olma

Örnekleme alınmama kriterleri

- Daha önce koroner bypass cerrahisi geçirmiş olmak
- Psikiyatrik bir hastalığın varlığı
- Duyma problemi olması
- Acil ameliyat kararı verilmesi

5.6. Verilerin Toplanması

Veriler M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar Ön değerlendirme Komisyonunun kabulünden ve hastanelerin yazılı izni alındıktan sonra toplanmaya başlandı.

Veriler, hasta hastaneye yattıktan sonra araştırma ile ilgili gerekli açıklama yapıp aydınlatılmış onam alınarak toplandı.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; eğitim ve müzik dinletisi, bağımlı değişkenleri ise; anksiyete düzeyi, vücut ısısı, kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, yoğun bakımda kalış süresi, hastanede toplam kalış süresi ve yaşam kalitesi düzeyidir.

5.6.1. Veri Toplama Araçları

1. Hasta Bilgi Formu (Ek-1)
2. Hasta İzlem formu (Ek-2)
3. Durumluk -Sürekli Anksiyete Ölçeği (Ek-3)
4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4)

5.6.1.1 Hasta Bilgi Formu (Ek -1) : Araştırmacı tarafından oluşturulan hasta bilgi formu, hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve tıbbi hikaye bilgilerini içermektedir. Form, hastanın ameliyattan bir gece önce servise yattıktan sonra, uygun olduğu, sakin bir ortamda ve kendini hazır hissettiği zamanda, yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından hastaya sorularak doldurdu.

5.6.1.2 Hasta İzlem Formu (Ek-2): Hastaların yaşam bulgularını kaydetmek (vücut ısısı, kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı), yoğun bakımda kalış süresi ve hastanede toplam yatış süresini belirlemek amacıyla oluşturulan formdur. Ameliyat öncesi dönemden başlayarak hastaya ilişkin gerekli bilgiler kaydedildi.

5.6.1.3 Spielberger Durumluk – Sürekli Anksiyete Ölçeği (Ek- 3): Durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları yapılmış olan bu ölçek iki faktörlü anksiyete kavramına dayanarak geliştirilmiş toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı bölümü içermektedir. Bunlardan ilk 20’si duruma bağlı anksiyete düzeyini, 21’den 40’a kadar olan maddeler ise bireyin sürekli anksiyete düzeyini ölçmektedir (Öner ve LeCompte 1998).

5.6.1.3.1.Durumluk anksiyete ölçeği: Bu ölçek bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirlemektedir. Durumluk Anksiyete Ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuy, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “hiç” (1), “biraz” (2), “çok” (3), “tamamıyla” (4) seçeneklerinden birinin işaretlemesi istenir. Bu bölümde ifadeler doğrudan ve tersine dönmüş olarak ayrılmıştır. Tersine dönmüş ifadeler; 1.,2.,5.,8.,10.,11.,16.,19.,20. maddelerdir. Doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılarak elde edilen değere durumluk anksiyete ölçeğinin değişmez değeri olan 50 sayısı eklenerek durumluk anksiyete puanı elde edilmektedir (Öner ve LeCompte 1998).

5.6.1.3.2. Sürekli Anksiyete Ölçeği: Bu ölçek ise bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Sürekli Anksiyete Ölçeğinin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların sıklık

derecesine göre “*hemen hiçbir zaman*” (1), “*bazen*” (2), “*çok zaman*” (3) ve “*hemen her zaman*” (4) seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenir. Bu bölümde yedi tane tersine dönmüş ifade bulunmakta olup bunlar: 21.,26.,27.,33.,36.,39. maddelerdir. Doğrudan ifadelerin toplam puanından, tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılarak sürekli anksiyete ölçeğinin değişmez değeri olan 35 sayısı eklendiğinde bireyin sürekli anksiyete puanı elde edilmektedir. Sonuçlar: 0-19 puan anksiyete yok, 20-39 puan hafif anksiyete, 40-59 puan orta derecede anksiyete, 60-79 puan ağır anksiyete, 80 puan panik olarak değerlendirilmektedir. Genel olarak, durumluluk ve sürekli anksiyete ölçeği'nde, 42'nin üzerindeki puanlar "yüksek anksiyete düzeyi" olarak kabul edilmektedir. Araştırmada hastaların yaşadıkları anksiyeteyi değerlendirmek için bu ölçeğin seçilmesinin nedeni; ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak birçok araştırmada kullanılmış olmasıdır (Öner ve LeCompte 1998).

5.6.1.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4): SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın jenerik ölçektir. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. 1987 yılında Ware tarafından geliştirilmiş klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. 14 yaş ve daha büyüklerin, kendi kendilerine veya bu konuda bilgilendirilmiş bir bireyin eşliğinde ve hatta telefon aracılığı ile de uygulanabilecek bir şekilde hazırlanmıştır. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Dr. Fişek ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışmalarında elde edilen Cronbach’s Alpha değeri 0.75 (*mental rol*) – 0.90 (*mental işlev*) arasında değişmektedir (Öksüz ve Malhan 2005, Aydemir ve Köroğlu 2006).

36 durum içeren ölçek, 3 ana başlık (*fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı*) ve bu başlıklar altında yer alan 9 sağlık alanını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir (Aydemir ve Köroğlu 2006, Başaran, Güzel, Sarpel 2005).

1. Fonksiyonel durum

- Sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,
- Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması,
- Fiziksel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,
- Emosyonel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,

2. Esenlik

- Mental sağlık
- Beden ağrıları
- Canlılık

3. Genel Sağlık Anlayışı

- Bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi,
- Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklikler

SF-36, gerek uygulama ve puanlama kolaylığı gerekse kısa sürede tamamlanabilmesi nedeniyle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmalarında yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (*pozitif puanlama*). Alt lekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmekte ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (Başaran, Güzel, Sarpel 2005, Eser 2006, Demir Korkmaz 2012).

Bu lek ile hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları, hem de bütün olarak yaşam kalitesinin değerlendirilebilmesi, geçerlilik ve güvenirliliğinin yapılmış olması, uygulama, değerlendirme ve yorumlanmasının kolay olması nedeniyle çalışmamızda için tercih edilmiştir (Başaran, Güzel, Sarpel 2005, Demir Korkmaz 2012).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Başlığının Puanlanması ve Değerlendirilmesi

Skala Adı	Maddeler	Beklenen En Düşük ve En Yüksek Puan	Olası Puan
Fiziksel Fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+ 3f+3g+3h+3i+3j	10 - 30	20
Sosyal Fonksiyon	6+10	2 - 21	9
Fiziksel Rol Fonksiyon	4a+4b+4c+4d	0 - 4	4
Emosyonel Rol Fonksiyon	5a+5b+5c	0 - 3	3
Mental Sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5 - 30	25
Zindelik/Yorgunluk	9a+9e+9g+9i	4 - 24	20
Ağrı	7+8	2 - 11	9
Genel Sağlık	1+11a+11b+11c+11d	5 - 25	20
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	2	1 - 5	4

Ham skala puanın dönüştürülmesi: **Ham skala puanı - En düşük olası puan / Olası puan x 100**

SF-36'nın Alt Ölçeklerinin Puanlamasının Anlamı

ALT ÖLÇEKLER	DÜŞÜK PUAN	YÜKSEK PUAN
Fiziksel Fonksiyon	Yıkama ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Rol Fonksiyon (<i>fiziksel</i>)	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Mental Sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Rol Fonksiyon (<i>emosyonel</i>)	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Vitalite/Enerji	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sağlığın Genel Olarak Algılanması	Sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma

5.6.2. Verileri Toplama Yöntemi

Araştırmada iki grup hasta ile çalışıldı. Klinikte rutin bakım alan hastalar kontrol grubunu, eğitim ve müzik uygulaması yapılan hastalar deney grubunu oluşturdu. Benzer araştırmalar incelenmiş çalışmaya alınan hastaların 2 ve 3 grup halinde alındığı görülmüştür. Çalışmamızda, yeterli hastaya ulaşılamayacağı düşünülerek gruplar eğitim ve müzik uygulanan deney grubu, uygulama yapılmayan kontrol grubu şeklinde alınmıştır. Ayrıca eğitim ve müzik uygulaması tek bir bakım girişimi olarak ele alındığı için hastalar 2 grup şeklinde alınmıştır.

DENEY GRUBU

- Hastanın kliniğe yatışından sonra, ameliyattan bir gece önce akşam saatlerinde (16.00-18.00), odasında rahat ve sakin bir ortamda iken hasta bilgi formu dolduruldu. Hastanın yaşam bulguları alındı ve durumluk sürekli anksiyete ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği uygulandı (Ameliyat Öncesi İlk Ölçüm).
- Hastaya VCD ile görsel olarak ameliyat öncesi eğitim verildi ve eğitim sonrasında hastaya yaklaşık 30 dakika Türk musikisinin uşşak makamında bir eser Compact Disk (CD) çalar ile kulaklıkla hastaya dinletildi. Müzik dinletme sürecinde tüm uyaranlar azaltıldı. Kapı kapalı ve diğer çalışanların ve ziyaretçilerin girişi engellendi. Müzik dinletme süresine yapılan çalışmalarda önerilen ve dinlettiğimiz müzik CD'sinin süresi göz önünde tutularak karar verilmiştir (Tusek et al. 1999, Nilsson 2003, Kemper and Danhauer 2005, Karin 2008).



Resim 2: Ameliyat öncesi müzik uygulanan bir hasta

- Eğitim ve müzik uygulaması sonrası, hastanın yaşam bulguları tekrar değerlendirilerek hasta izlem formuna kaydedildi ve durumluluk sürekli anksiyete ölçeği tekrar uygulandı (Ameliyat Öncesi İkinci Ölçüm)
- Hasta ameliyattan çıkarılıp yoğun bakıma alındıktan ve ilk bakım işlemleri bittikten sonra (ameliyattan yaklaşık 2 saat sonra), hasta izlem formuna yaşam bulguları değerlendirilerek kaydedildi (Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda İlk Ölçüm).
- Kulaklıkla uşşak makamında Türk musikisi eseri tekrar dinletildi.
- Müzik dinletildikten sonra hasta izlem formuna yaşam bulguları değerlendirilerek kaydedildi (Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda İkinci Ölçüm). Literatürde incelendiğinde müziğin ameliyat sonrası genellikle hasta ventilatörde iken dinletildiği, ameliyat sonrası stres hormonlarının ameliyat sonrası 2-4 saat arasında en yüksek seviyede olduğu görülmüştür (Voss at al 2004, Karin 2008, Nilsson 2009). Bununla birlikte ventilatördeki hastalarda müzik terapinin daha etkili olduğu ve entübasyon süresini kısalttığı belirtilmektedir (Twiss at al 2006, Karin 2008).
- Hastanın yoğun bakımdan kliniğe alındıktan sonra 24 saat içindeki yaşam bulgularının ortalamaları değerlendirilip kaydedildi ve durumluluk anksiyete ölçeği uygulandı (Ameliyat Sonrası Klinikteki Ölçüm).
- Çalışmaların bir çoğunda ameliyat sonrası anksiyete ölçümü ameliyattan sonraki ilk 3 gün ve taburculuktan önceki gün yapıldığı gözlenmiştir. Çalışmamızda hastaların taburculuk gününden önceden haberdar olunamayacağı olasılığı düşünülerek, standart bir gün belirlemek amacıyla yoğun bakımdan çıktıktan sonraki 24 saatlik ortalama alınmıştır. Durumluluk anksiyete ölçeği de bu 24 saatin sonunda uygulandı. Yoğun bakımdan kliniğe çıkan hastaların ilk 24 saatlik süreçte yorgun ve uykusuz olması nedeniyle iletişime geçmesinde sıkıntı yaşanacağı düşünüldü. Bu nedenle durumluluk sürekli anksiyete ölçeği, yoğun bakımdan sonra klinikteki ilk 24 saatin sonunda uygulandı.

- Hasta taburcu olduktan 1 ay sonra polikliniğe kontrole geldiği zaman, sakin bir ortamda yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. Bir çok çalışmada KABG cerrahisi sonrası taburculuktan 4-5 hafta sonra yaşam kalitesi ve diğer ölçümler yapıldı.

KONTROL GRUBU

- Ameliyattan bir gece önce akşam saatlerinde, hasta klinikte odasında rahat ve sakin bir ortamda iken hasta bilgi formu dolduruldu. Hastanın yaşam bulguları alınıp, durumluluk süreklilik anksiyete ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği uygulandı (Ameliyat Öncesi İlk Ölçüm).
- Daha sonra hastaya 30-40 dakikalık dinlenme periodu verildi ve sürenin sonunda hastanın yaşam bulguları tekrar alınarak, durumluluk sürekli anksiyete ölçeği tekrar uygulandı (Ameliyat Öncesi İkinci Ölçüm).
- Hasta ameliyattan çıkarılıp yoğun bakıma alındıktan ve ilk bakım işlemleri bittikten sonra (ameliyattan yaklaşık 2 saat sonra) yaşam bulguları kaydedildi (Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda İlk Ölçüm).
- Hastanın yaşam bulguları 30 dakikalık dinlenme periyodundan sonra tekrar alındı (Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda İkinci Ölçüm).
- Hastanın, yoğun bakımdan kliniğe alındıktan sonra 24 saat içindeki yaşam bulgularının ortalamaları değerlendirilip kaydedildi. Klinikteki 24 saatin sonunda durumluluk anksiyete ölçeği uygulandı (Ameliyattan Sonra Klinikteki Ölçüm).
- Hasta taburcu olduktan 1 ay sonra polikliniğe kontrole geldiğinde, sakin bir ortamda yaşam kalitesi ölçeği uygulandı.

Deney ve Kontrol Grubunda Veri Toplama Zamanları ile İlgili Açıklama

Hasta Veri Toplama Zamanı	Deney Grubu İçin	Kontrol Grubu İçin
Ameliyat Öncesi İlk Ölçüm	<i>Eğitim ve müzik uygulamadan önce</i>	<i>Dinlenme periyodundan önce</i>
Ameliyat Öncesi İkinci Ölçüm	<i>Eğitim ve müzik uygulamadan sonra</i>	<i>Dinlenme periyodundan sonra (ilk ölçümden 45 dk sonra)</i>
Yoğun Bakımda İlk Ölçüm	<i>Müzik uygulamadan önce</i>	<i>Dinlenme periyodundan önce (yoğun bakıma alındıktan 2 saat sonra)</i>
Yoğun Bakımda İkinci ölçüm	<i>Müzik uygulamadan sonra</i>	<i>Dinlenme periyodundan sonra (yoğun bakımda ilk ölçümden 45 dk sonra)</i>
Ameliyat Sonrası Klinikte Ölçüm	<i>Yoğun Bakımdan kliniğe alındıktan sonra ilk 24 saatte</i>	<i>Yoğun Bakımdan kliniğe alındıktan sonra ilk 24 saatte</i>

5.6.2.1. Veri Toplama Sırasındaki Çalışma Planı

Deney Grubu

Veri Toplama Zamanı	Veri Toplama Araçları
AMELİYATTAN ÖNCE	
Eğitim ve Müzik Uygulamasından Önce	
<i>İlk Ölçüm</i>	<ul style="list-style-type: none">• Hasta Bilgi Formu• SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği• Hastanın yaşam bulgularının alınması• Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği
Eğitim ve Müzik Uygulamasından Sonra	
<i>İkinci Ölçüm</i>	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yaşam bulgularının alınması• Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği
AMELİYATTAN SONRA	
Müzik Uygulamasından Önce	
<i>Yoğun Bakımda İlk Ölçüm</i> (Yoğun bakıma alındıktan 2 saat sonra)	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yaşam bulgularının alınması
Müzik Uygulamasından Sonra	
<i>Yoğun Bakımda İkinci Ölçüm</i> (Yoğun bakıma alındıktan 2saat, 45 dakika sonra)	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yaşam bulgularının alınması
<i>Ameliyat Sonrası Klinikte Ölçüm</i>	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yaşam bulgularının alınması• Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği
<i>Taburculuktan 1 Ay Sonra</i>	<ul style="list-style-type: none">• SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kontrol Grubu

Veri Toplama Zamanı	Veri Toplama Araçları
AMELİYATTAN ÖNCE	
Herhangi Bir Uygulama Yapılmadı	
Ameliyat Öncesi İlk Ölçüm	<ul style="list-style-type: none">• Hasta Bilgi Formu• SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği• Hastanın yaşam bulgularının alınması• Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği
İlk Ölçümden 45 Dakika sonra (deney grubuna eş değer zaman)	
Ameliyat Öncesi İkinci Ölçüm	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yaşam bulgularının alınması• Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği
AMELİYATTAN SONRA	
Herhangi Bir Uygulama Yapılmadı	
Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda İlk Ölçüm (Yoğun bakıma alındıktan 2 saat sonra)	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yaşam bulgularının alınması
Yoğun Bakımdaki İlk Ölçümden 45 Dakika sonra (deney grubuna eş değer zaman)	
Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda İkinci Ölçüm (Yoğun bakıma alındıktan 2saat, 45 dakika sonra)	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yaşam bulgularının alınması
Ameliyat Sonrası Klinikte Ölçüm (kliniğe alındıktan sonraki 24 saat içinde)	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yaşam bulgularının alınması• Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği
Taburculuktan 1 Ay Sonra	<ul style="list-style-type: none">• SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

5.6.2.2. Araştırmada Kullanılacak Eğitim ve Müzik Yöntemi:

Ameliyat öncesi VCD'den görsel olarak verilecek eğitimin içeriğinde; kalbin yapısı ve koroner arterler, koroner arter bypass cerrahisi, ameliyat öncesi hazırlık, ameliyathaneye transfer, ameliyat sonrası yoğun bakıma kabul, ameliyat sonrası üzerinde olabilecek ekipmanlar (göğüs tüpü, idrar sondası vb), derin solunum, öksürük ve ekstremitte egzersizleri, ameliyat sonrası iyileşme süreci yer almaktadır.

Müzik video ve akran grupları desteği gibi farklı eğitim yöntemlerinin pozitif sonuçlar verdiği ve video ile verilen eğitimin hastaların daha doğru karar vermesini sağlayabildiği belirtilmektedir (Deyirmenjian at al 2006, Shuldham 2001, Shuldham at al 2002). Sorlie ve ark (2007), bireye özgü verilen ve video ile desteklenen eğitimin olumlu etkilerinin olduğu ve bu yöntemle hastanın tüm soru ve endişelerinin giderildiği, hastaların taburculuk zamanı duygusal olarak güçlü ve daha az endişeli olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca hasta eğitiminde video kullanıldığında hasta memnuniyetinin yüksek olduğu ve bu eğitim yönteminin maliyet etkin olduğu belirtilmiştir (Deyirmenjian at al 2006, Sorlie at al 2007).

Hastalara, Türk musikisinin uşşak makamında yaklaşık 30 dakika süren enstrümantal bir müzik dinletildi. Uşşak makamının seçilmesinin nedeni, insana sakinlik ve mutluluk hissi vermesi, ayrıca kalp ritmi üzerine olumlu etkisinin olmasıdır. Ayrıca yapılan çalışmaların bir çoğunda hastalara 20-40 dakika müzik dinletme süresinin etkili olduğu belirtilmektedir (Tusek et al 1999, Nilsson 2003, Voss at al 2004, Güvenç 2005, 2009, Kemper and Danhauer 2005, Karin 2008).

5.7. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent samples) t testi kullanıldı.

Müzik dinletme uygulamalarının kaygı, vital bulgular ve SF36 yaşam kalitesi ölçümleri üzerindeki etkisini incelemek için Repeated Measures Anova kullanıldı. Anlamli fark görülen durumlarda; grupların post-hoc çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni testi kullanıldı.

Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde ve $p<0,01$ $p<0,001$ ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

Arařtırmada Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde eđitim ve műziđin anksiyete dűzeyi, yařam kalitesi, yařam bulguları ve yođun bakım ve hastanede kalıř sűresi űzerine etkisi incelendi. Bulgular dűrt bűlűmde ele alındı.

Bűlűm 1- Demografik ve Kiřisel Őzellikler

Bűlűm 2- Anksiyete Dűzeylerine Yűnelik Bulgular

Bűlűm 3- Yařam Bulgularına Yűnelik Bulgular

Bűlűm 4- Yođun Bakım ve Hastanede Kalma Sűreleri

Bűlűm 5- Yařam Kalitesine Yűnelik Bulgular

Bölüm 1-Demografik ve Kişisel Özellikler

Tablo 6.1. Hastaların Demografik ve Kişisel Özelliklerinin Dağılımı

		Deney		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
<i>Cinsiyet</i>	Kadın	29	28,7%	46	40,7%	75	35,0%	$\chi^2=3,371$
	Erkek	72	71,3%	67	59,3%	139	65,0%	p=0,045*
<i>Yaş</i>	50 ve altı	18	17,8%	21	18,6%	39	18,2%	$\chi^2=0,046$
	51-60	36	35,6%	41	36,3%	77	36,0%	p=0,977
	61 ve üstü	47	46,5%	51	45,1%	98	45,8%	
<i>Eğitim durumu</i>	Okuryazar	3	3,0%	4	3,5%	7	3,3%	$\chi^2=3,574$
	İlkokul	24	23,8%	24	21,2%	48	22,4%	p=0,467
	Ortaokul	16	15,8%	20	17,7%	36	16,8%	
	Lise	30	29,7%	44	38,9%	74	34,6%	
	Üniversite	28	27,7%	21	18,6%	49	22,9%	
<i>Çalışma durumu</i>	Hayır	69	68,3%	76	67,3%	145	67,8%	$\chi^2=0,027$
	Evet	32	31,7%	37	32,7%	69	32,2%	p=0,493
<i>Sağlık güvencesi</i>	SSK	44	43,6%	52	46,0%	96	44,9%	$\chi^2=0,205$
	Bağkur	21	20,8%	21	18,6%	42	19,6%	p=0,903
	Emekli san.	36	35,6%	40	35,4%	76	35,5%	
<i>Medeni durum</i>	Evli	85	84,2%	97	85,8%	182	85,0%	$\chi^2=0,119$
	Bekar	16	15,8%	16	14,2%	32	15,0%	p=0,439
<i>Çocuk Sahibi Olma Durumu</i>	Yok	5	5,0%	3	2,7%	8	3,7%	$\chi^2=0,781$
	Var	96	95,0%	110	97,3%	206	96,3%	p=0,300
<i>Sigara Kullanma Durumu</i>	Hayır	74	73,3%	78	69,0%	152	71,0%	$\chi^2=0,476$
	Evet	15	14,9%	19	16,8%	34	15,9%	p=0,788
	Bırakmış	12	11,9%	16	14,2%	28	13,1%	
<i>Önceki Ameliyat Deneyimi</i>	Yok	81	80,2%	88	79,3%	169	79,7%	$\chi^2=0,028$
	Var	20	19,8%	23	20,7%	43	20,3%	p=0,503
<i>Önceki Ameliyatta Bilgi Verilme Durumu</i>	Hayır	0	0,0%	2	9,5%	2	5,3%	$\chi^2=1,709$
	Evet	17	100%	19	90,5%	36	94,7%	p=0,299
<i>Kronik Hastalık Varlığı</i>	Hayır	54	53,5%	62	54,9%	116	54,2%	$\chi^2=0,042$
	Evet	47	46,5%	51	45,1%	98	45,8%	p=0,473
<i>Toplam</i>		101	100%	113	100%	214	100%	

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

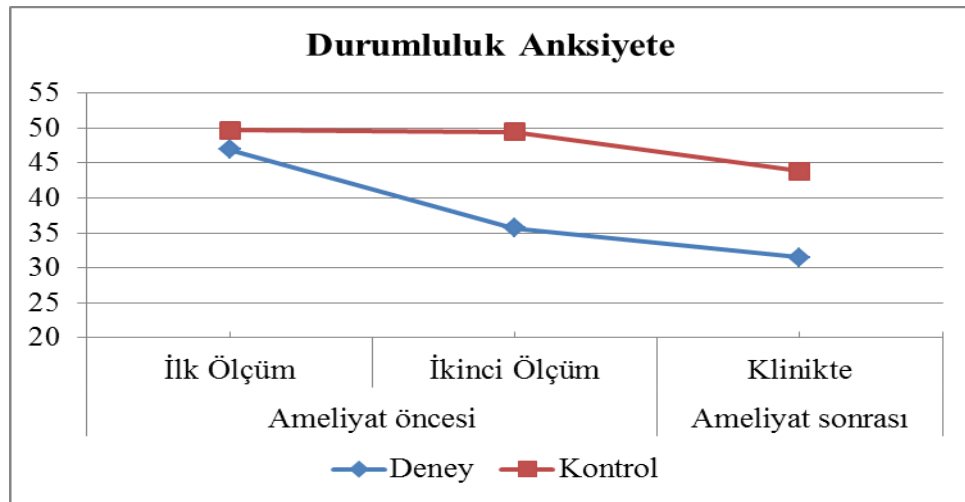
Bölüm 2- Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluluk Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Durumluluk Anksiyete				t	p
	Deney (n=101)		Kontrol (n=113)			
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<i>Ameliyat Öncesi İlk Ölçüm</i>	46,881	13,382	49,690	14,050	-1,493	0,137*
<i>Ameliyat Öncesi İkinci Ölçüm</i>	35,654	8,919	49,425	14,008	-8,464	0,000**
<i>Ameliyat Sonrası Klinikteki Ölçüm</i>	31,475	6,432	43,832	12,389	-8,997	0,000***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Ameliyat öncesi ilk ölçümde durumluluk anksiyete düzeyleri açısından deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($t = -1,493$; $p = 0,137 > 0,05$). Ameliyat öncesi ikinci ölçümde kontrol grubundaki olguların, durumluluk anksiyete düzeyleri ($x = 49,425$), deney grubundaki olguların durumluluk anksiyete düzeylerinden ($x = 35,654$) yüksek bulundu ($t = -8,464$; $p = 0,000 < 0,05$). Ameliyat sonrası klinikte kontrol grubundaki olguların durumluluk anksiyete düzeyleri ($x = 43,832$), deney grubundaki olguların durumluluk anksiyete düzeylerinden ($x = 31,475$) yüksek bulundu ($t = -8,997$; $p = 0,000 < 0,05$) (tablo 6.2)



Şekil 1: Hastaların Durumluluk Anksiyete Düzeyi

Şekil-1’de görüldüğü gibi, deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçüm durumluluk anksiyete düzeylerine göre, ikinci ölçüm durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %31’lik düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Ameliyat öncesi ilk ölçüm durumluluk anksiyete düzeylerine göre, ameliyat sonrası klinikte durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %49’lük düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm durumluluk anksiyete düzeylerine göre, ameliyat sonrası klinikteki durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %13’lük düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$).

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçümde durumluluk anksiyete düzeylerine göre, ikinci ölçüm durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %1’lik düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,015<0,05$). Ameliyat öncesi ilk ölçümde durumluluk anksiyete düzeylerine göre, ameliyat sonrası klinikte durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %13’lük düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm durumluluk anksiyete düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikte durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %13’lük düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$).

Tablo 6.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Sürekli Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Sürekli Anksiyete				t	p
	Deney (n=101)		Kontrol (n=113)			
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<i>Ameliyat Öncesi İlk Ölçüm</i>	40,119	9,914	43,708	11,098	-2,483	0,013 *
<i>Ameliyat Öncesi İkinci Ölçüm</i>	39,238	8,906	43,540	10,864	-3,145	0,002 **
<i>Ameliyat Sonrası Klinikteki Ölçüm</i>	38,802	8,638	43,389	10,760	-3,413	0,001 ***

*p<0,05

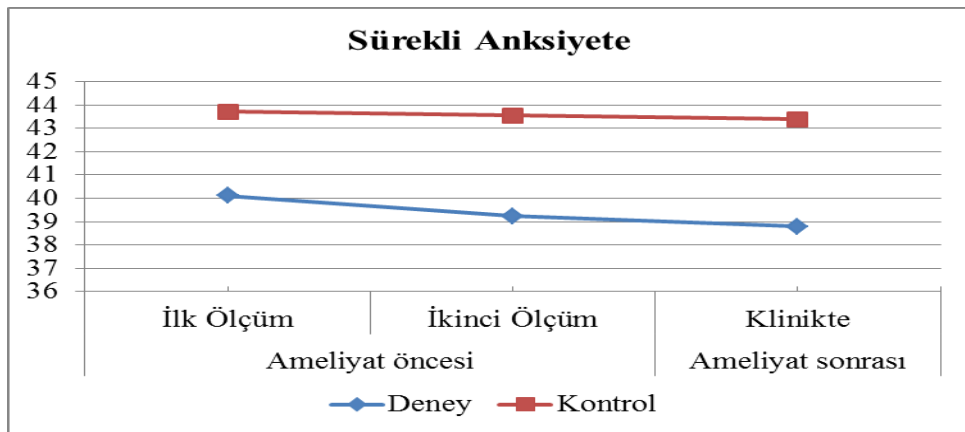
**p<0,01

***p<0,001

Ameliyat öncesi ilk ölçümde, deney grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeyleri (x=40,119), kontrol grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeylerinden (x=43,708) düşük olarak bulundu (t=-2,483; p=0,013<0,05) (tablo 6.3).

Ameliyat öncesi ikinci ölçümde, deney grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeyleri (x=39,238), kontrol grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeylerinden (x=43,540) düşük olarak bulundu (t=-3,145; p=0,002<0,05) (tablo 6.3).

Ameliyat sonrası klinikte deney grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeyleri (x=38,802), kontrol grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeylerinden (x=43,389) düşüktü (t=-3,413; p=0,001<0,05) (tablo 6.3).



Şekil 2: Hastaların Sürekli Anksiyete Düzeyi

Şekil-2’de: Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçümde sürekli anksiyete düzeylerine göre, ikinci ölçüm sürekli anksiyete düzeylerinde meydana gelen %2’lik düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,062>0,05$). Ameliyat öncesi ilk ölçümde sürekli anksiyete düzeylerine göre, ameliyat sonrası klinikte sürekli anksiyete düzeylerinde meydana gelen %3’lük düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,012<0,05$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm sürekli anksiyete düzeylerine göre, ameliyat sonrası klinikte sürekli anksiyete düzeylerinde meydana gelen %1’lik düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p=0,295>0,05$).

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçümde sürekli anksiyete düzeylerine göre, ikinci ölçüm sürekli anksiyete düzeylerinde meydana gelen %0’lık değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,025<0,05$). Ameliyat öncesi ilk ölçümde sürekli anksiyete düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikte sürekli anksiyete düzeylerinde meydana gelen %1’lik düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,981>0,05$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm sürekli anksiyete düzeylerine göre, ameliyat sonrası klinikte sürekli anksiyete düzeylerinde meydana gelen %2’lik değişim istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,999>0,05$).

Bölüm 3-Yaşam Bulgularına Yönelik Bulgular

Tablo 6.4- Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Sistolik Kan Basıncı					
	Deney (n=101)		Kontrol (n=113)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	131,980	15,353	136,000	15,160	-1,925	0,056
<i>Ameliyat Öncesi İkinci ölçüm</i>	122,594	12,562	133,266	14,031	-5,834	0,000***
<i>Yoğun Bakımda İlk ölçüm</i>	134,188	11,166	135,540	13,624	-0,788	0,426
<i>Yoğun Bakımda İkinci ölçüm</i>	120,366	9,666	132,257	12,539	-7,701	0,000***
<i>Ameliyat Sonrası Klinikte</i>	116,188	9,420	129,770	10,683	-9,814	0,000***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

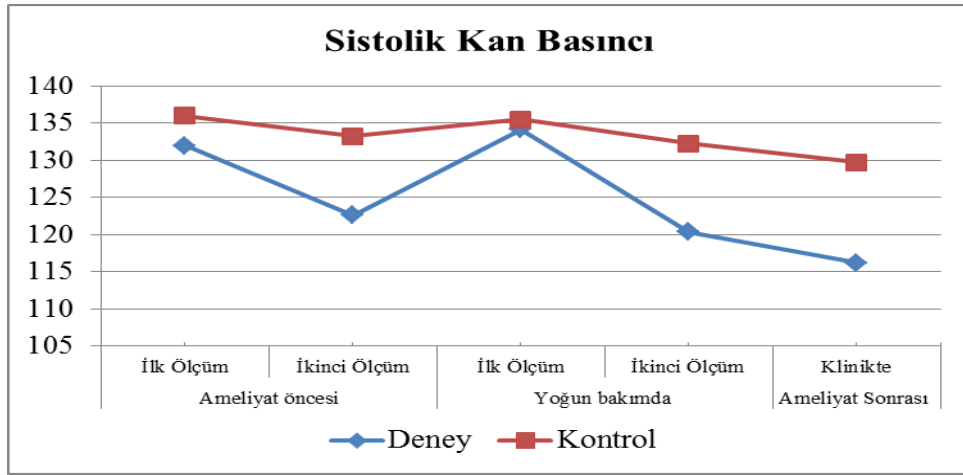
Ameliyat öncesi olguların sistolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, ilk ölçümde deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı (t=-1,925; p=0,056>0,05) (tablo 6.4).

Ameliyat öncesi ikinci ölçümde olguların sistolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (t=-5,834; p=0,000<0,05). Kontrol grubundaki olguların ikinci ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerinin ortalaması (x=133,266), deney grubundaki olguların sistolik kan basıncı düzeylerinin ortalamasından (x=122,594) yüksek olduğu bulundu (tablo 6.4).

Yoğun bakımda ilk ölçümde olguların sistolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı (t=-0,788; p=0,426>0,05) (tablo 6.4).

Yoğun bakımda ikinci ölçümde olguların sistolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-7,701$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların sistolik kan basıncı düzeylerinin ($x=132,257$), deney grubundaki olguların sistolik kan düzeylerinden ($x=120,366$) yüksek olduğu bulundu (tablo 6.4).

Ameliyattan sonra klinikte olguların sistolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-9,814$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların sistolik kan basıncı düzeylerinin ($x=129,770$), deney grubundaki olguların sistolik kan basıncı düzeylerinden ($x=116,188$) yüksek olduğu saptandı (tablo 6.4).



Şekil 3: Hastaların Sistolik Kan Basıncı Dağılımı

Ameliyat öncesi deney grubundaki olgularda; ilk ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerine göre, ikinci ölçüm sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm sistolik kan basıncı düzeylerine göre, yoğun bakımda ilk ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Yoğun bakımda ilk ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerine göre, ikinci ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Yoğun bakımda ikinci ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikte sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (Şekil 3).

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçüm sistolik kan basıncı düzeylerine göre, ameliyat öncesi ikinci ölçüm sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm sistolik kan basıncı düzeylerine göre, yoğun bakımda ilk ölçüm sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,168>0,05$). Yoğun bakımda ilk ölçüm sistolik kan basıncı düzeylerine göre, yoğun bakımda ikinci ölçüm sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001<0,01$). Yoğun bakımda ikinci ölçüm sistolik kan basıncı düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikte sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,032<0,05$) (Şekil 3).

Tablo 6.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Diyastolik Kan Basıncı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Diyastolik Kan Basıncı				t	p
	Deney (n=101)		Kontrol (n=113)			
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	75,654	10,630	78,690	10,124	-2,139	0,034*
<i>Ameliyat Öncesi İkinci ölçüm</i>	70,931	8,189	77,150	9,520	-5,094	0,000***
<i>Yoğun Bakımda İlk ölçüm</i>	76,594	8,751	80,743	9,404	-3,329	0,001**
<i>Yoğun Bakımda İkinci ölçüm</i>	71,178	5,954	78,177	8,328	-6,997	0,000***
<i>Ameliyat Sonrası Klinikte</i>	69,257	5,355	76,389	8,168	-7,458	0,000***

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

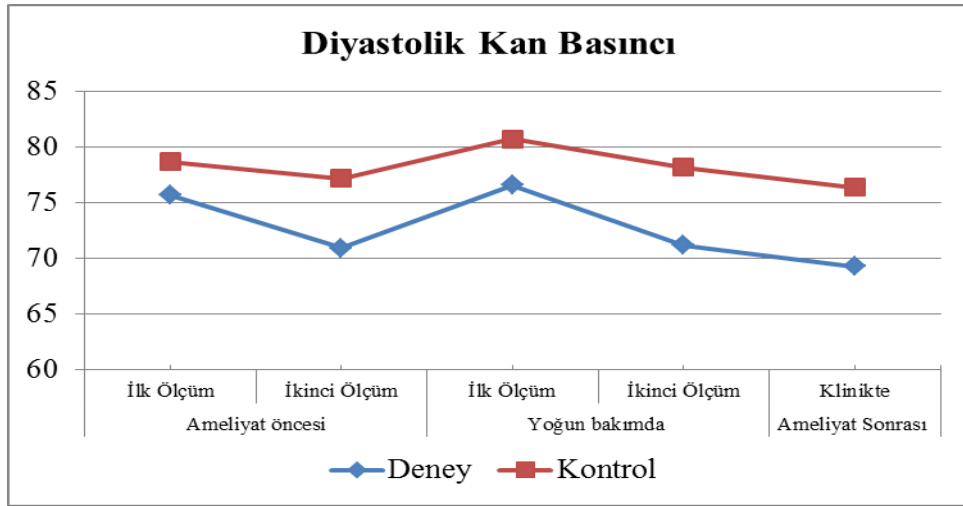
Ameliyat öncesi ilk ölçümde olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (t=-2,139; p=0,034<0,05). Ameliyat öncesi ilk ölçümde kontrol grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri (x=78,690), deney grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeylerinden (x=75,654) yüksek bulundu (tablo 6.5).

Ameliyat öncesi ikinci ölçüm, olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (t=-5,094; p=0,000<0,05). Kontrol grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri (x=77,150), deney grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeylerinden (x=70,931) yüksek olduğu saptandı.

Yoğun bakımda ilk ölçümde, olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (t=-3,329; p=0,001<0,05). Kontrol grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri (x=80,743), deney grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeylerinden (x=76,594) yüksek olduğu saptanmıştır.

Yoğun bakımda ikinci ölçümde, olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-6,997$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeylerinin ($x=78,177$), deney grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeylerinden ($x=71,178$) yüksek olduğu saptandı.

Ameliyattan sonra klinikte, olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-7,458$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların diyastolik kan basıncı ($x=76,389$), deney grubundaki olguların diyastolik kan basıncından ($x=69,257$) yüksek olduğu bulundu.



Şekil 4: Hastaların Diyastolik Kan Basıncı Dağılımı

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçümde diyastolik kan basıncı düzeylerine göre, ameliyat öncesi ikinci ölçüm diyastolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm diyastolik kan basıncı düzeylerine göre, yoğun bakımda ilk ölçüm diyastolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Yoğun bakımda müzik uygulamadan evvel diyastolik kan basıncı düzeylerine göre, yoğun bakımda ikinci ölçüm diyastolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Yoğun bakımda ikinci ölçüm diyastolik kan basıncı düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikte diyastolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (Şekil 4).

Deney grubundaki olgularda; diyastolik kan basıncı düzeylerinde zaman içerisinde (her bir ölçümde) meydana gelen düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçümde diyastolik kan basıncı düzeylerine göre, ameliyat öncesi ikinci ölçüm diyastolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,033<0,05$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm diyastolik kan basıncı düzeylerine göre, yoğun bakımda ilk ölçüm diyastolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,003<0,01$). Yoğun bakımda ilk ölçüm diyastolik kan basıncı düzeylerine göre, yoğun bakımda ikinci ölçüm diyastolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,003<0,01$). Yoğun bakımda ikinci ölçüm diyastolik kan basıncı düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikte diyastolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,012<0,05$) (Şekil 4).

Kontrol grubundaki olgularda; diyastolik kan basıncı düzeylerinde zaman içerisinde (her bir ölçümde) meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 6.6. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kalp Atım Hızı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Kalp Atım Hızı				t	p
	Deney (n=101)		Kontrol (n=113)			
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	81,366	14,986	83,991	14,865	-1,285	0,200
<i>Ameliyat Öncesi İkinci ölçüm</i>	73,931	9,793	81,425	14,284	-4,424	0,000***
<i>Yoğun Bakımda İlk ölçüm</i>	91,555	13,150	88,982	12,551	1,463	0,145
<i>Yoğun Bakımda İkinci ölçüm</i>	78,832	7,561	85,903	11,166	-5,360	0,000***
<i>Ameliyat Sonrası Klinikte</i>	74,891	6,478	83,133	10,337	-6,893	0,000***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Ameliyat öncesi olguların kalp atım hızı ortalamalarının, ilk ölçümde deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı (t=-1,285; p=0,200>0,05) (tablo 6.6).

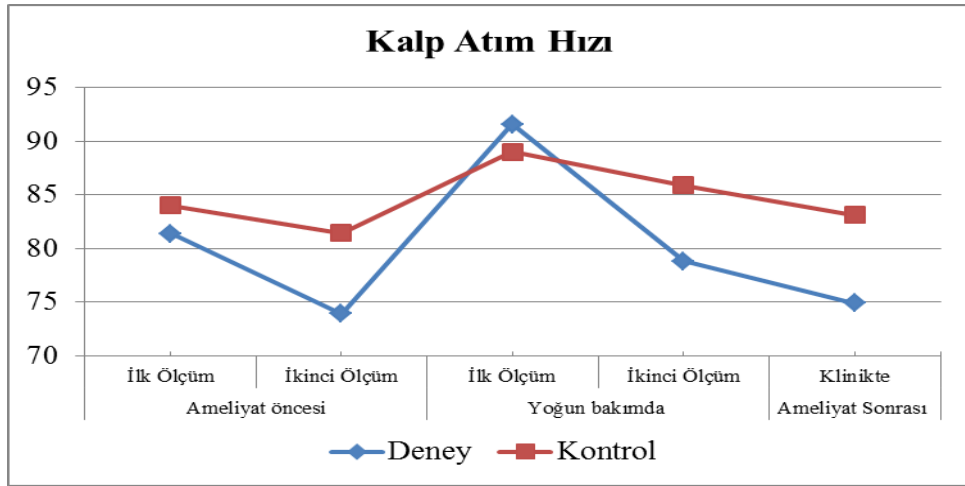
Ameliyat öncesi olguların kalp atım hızı ortalamalarının, ikinci ölçüm deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (t=-4,424; p=0,000<0,05). Ameliyat öncesi, ikinci ölçüm kontrol grubundaki olguların kalp atım hızı düzeyleri (x=81,425), deney grubundaki olguların kalp atım hızı düzeylerinden (x=73,931) yüksek bulundu (tablo 6.6).

Yoğun bakımda olguların kalp atım hızı ortalamalarının, müzik uygulamadan evvel deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (t=1,463; p=0,145>0,05).

Yoğun bakımda ikinci ölçümde olguların kalp atım hızı ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (t=-5,360; p=0,000<0,05). Yoğun bakımda ikinci ölçümde kontrol grubundaki olguların kalp

atım hızı düzeyleri ($\bar{x}=85,903$), deney grubundaki olguların kalp atım hızı düzeylerinden ($\bar{x}=78,832$) yüksek bulundu (tablo 6.6).

Ameliyattan sonra klinikte olguların kalp atım hızı düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t= -6,893$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların kalp atım hızı düzeyleri ($\bar{x}=83,133$), deney grubundaki olguların kalp atım hızı düzeylerinden ($\bar{x}=74,891$) yüksek bulundu (tablo 6.6).



Şekil 5: Hastaların Kalp Atım Hızı Dağılımı

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçümde kalp atım hızı düzeylerine göre, ameliyat öncesi ikinci ölçüm kalp atım hızı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm kalp atım hızı düzeylerine göre, yoğun bakımda ilk ölçüm kalp atım hızı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Yoğun bakımda ilk ölçüm kalp atım hızı düzeylerine göre, yoğun bakımda ikinci ölçüm kalp atım hızı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Yoğun bakımda ikinci ölçüm kalp atım hızı düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikte kalp atım hızı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (Şekil 5).

Deney grubundaki olgularda; kalp atım hızı düzeylerinin ortalamasında her bir ölçümde zaman içerisinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçümde kalp atım hızı düzeylerine göre, ameliyat öncesi ikinci ölçüm kalp atım hızı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm kalp atım hızı düzeylerine göre, yoğun bakımda ilk ölçüm kalp atım hızı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p=0,000<0,001$). Yoğun bakımda ilk ölçüm kalp atım hızı düzeylerine göre, yoğun bakımda ikinci ölçüm kalp atım hızı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Yoğun bakımda ikinci ölçüm kalp atım hızı düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikte kalp atım hızı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,001<0,01$) (Şekil 5).

Tablo 6.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Solunum Sayısı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

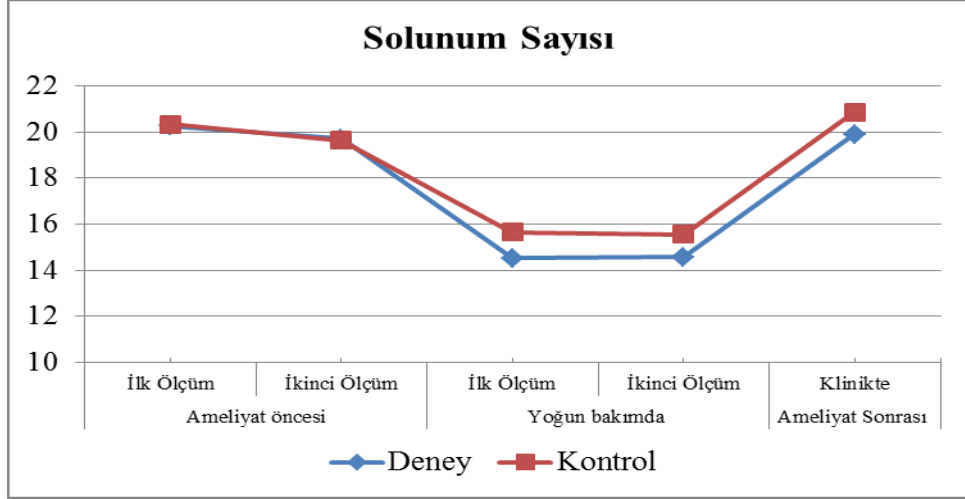
Ölçüm Zamanı	Solunum Sayısı					
	Deney (n=101)		Kontrol (n=113)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	20,248	2,042	20,327	1,693	-0,313	0,755
<i>Ameliyat Öncesi İkinci ölçüm</i>	19,703	1,729	19,646	1,837	0,233	0,816
<i>Yoğun Bakımda İlk ölçüm</i>	14,515	2,614	15,637	2,979	-2,914	0,004**
<i>Yoğun Bakımda İkinci ölçüm</i>	14,555	2,670	15,558	2,888	-2,628	0,009**
<i>Ameliyat Sonrası Klinikte</i>	19,891	1,969	20,850	3,123	-2,649	0,007**

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Ameliyat öncesi olguların solunum sayısı ilk ölçümde ve ikinci ölçüm düzeyleri ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-0,313$; $p=0,755>0,05$, $t=0,233$; $p=0,816>0,05$) (tablo 6.7)

Yoğun bakımda olguların ilk ölçüm ve ikinci ölçüm solunum sayısı ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-2,914$; $p=0,004<0,05$) ($t=-2,628$; $p=0,009<0,05$). Yoğun bakımda kontrol grubundaki olguların solunum sayısı ilk ölçüm düzeyleri ($x=15,637$) ve ikinci ölçüm düzeyleri ($x=15,558$), deney grubundaki olguların ilk ölçüm ($x=14,515$) ve ikinci ölçüm düzeylerinden ($x=14,555$) yüksek saptandı (tablo 6.7).

Ameliyat sonrası klinikte olguların solunum sayısı ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-2,649$; $p=0,007<0,05$). Kontrol grubundaki olguların solunum sayısı ortalaması ($x=20,850$), deney grubundaki olguların solunum sayısı ortalamasından ($x=19,891$) yüksek bulundu (tablo 6.7).



Şekil 6: Hastaların Solunum Sayısı Dağılımı

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçüm solunum sayısı düzeylerine göre, ameliyat öncesi ikinci ölçüm solunum sayısı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,005<0,01$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm solunum sayısı düzeylerine göre, yoğun bakımda müzik uygulamadan evvel solunum sayısı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Yoğun bakımda müzik uygulamadan evvel solunum sayısı düzeylerine göre, yoğun bakımda ikinci ölçüm solunum sayısı düzeylerinde meydana gelen değişim istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,999>0,05$). Yoğun bakımda ikinci ölçüm solunum sayısı düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikte solunum sayısı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (Şekil 6).

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi müzik uygulamadan evvel solunum sayısı düzeylerine göre, ameliyat öncesi ikinci ölçüm solunum sayısı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,000<0,001$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm solunum sayısı düzeylerine göre, yoğun bakımda müzik uygulamadan evvel solunum sayısı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Yoğun bakımda müzik uygulamadan evvel solunum sayısı düzeylerine göre, yoğun bakımda ikinci ölçüm solunum sayısı düzeylerinde meydana gelen değişim istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,999>0,05$). Yoğun bakımda ikinci ölçüm solunum sayısı düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikte solunum sayısı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (Şekil 6).

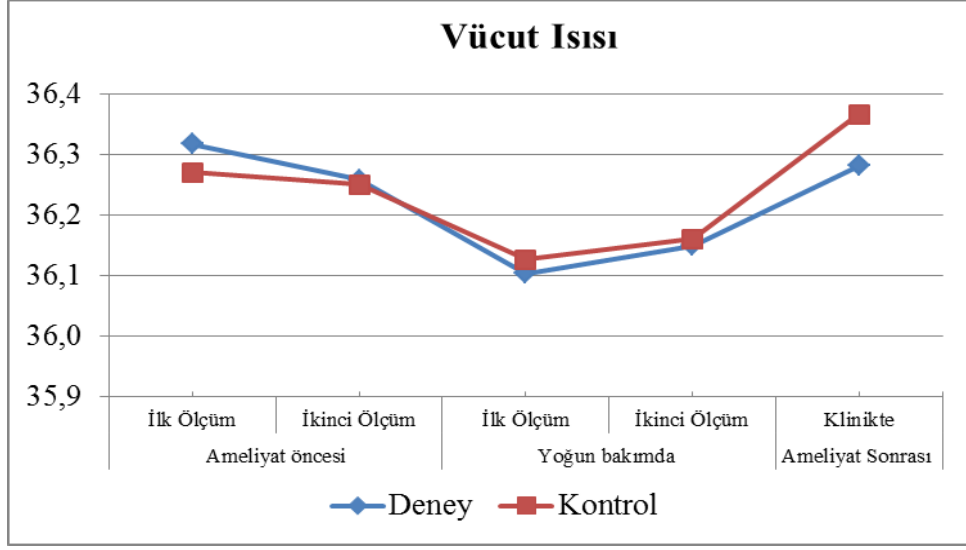
Tablo 6.8 Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Vücut Isısı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Vücut Isısı					
	Deney (n=101)		Kontrol (n=113)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	36,317	0,308	36,270	0,301	1,126	0,262
<i>Ameliyat Öncesi İkinci ölçüm</i>	36,258	0,271	36,250	0,269	0,240	0,811
<i>Yoğun Bakımda İlk ölçüm</i>	36,103	0,307	36,126	0,256	-0,589	0,556
<i>Yoğun Bakımda İkinci ölçüm</i>	36,149	0,242	36,160	0,237	-0,356	0,722
<i>Ameliyat Sonrası Klinikte</i>	36,281	0,287	36,366	0,308	-2,086	0,038*

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Olguların vücut ısısı düzeyleri ortalamalarının, ameliyat öncesi ilk ölçümde (t=1,126; p=0,262>0,05), ameliyat öncesi ikinci ölçümde (t=0,240; p=0,811>0,05), yoğun bakımda ilk ölçüm (t=-0,589; p=0,556>0,05) ve yoğun bakımda ikinci ölçümde (t=-0,356; p=0,722>0,05) gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (tablo 6.8).

Olguların ameliyat sonrası klinikte vücut ısısı düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (t=-2,086; p=0,038<0,05). Kontrol grubundaki olguların ameliyat sonrası klinikte vücut ısısı düzeyleri (x=36,366), deney grubundaki olguların ameliyat sonrası klinikteki düzeylerinden (x=36,281) yüksek bulundu (tablo 6.8).



Şekil 7: Hastaların Vücut Isısı Dağılımı

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçüm vücut ısısı düzeylerine göre, ameliyat öncesi ikinci ölçüm vücut ısısı düzeylerinde meydana gelen değişim istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p=0,089>0,05$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm vücut ısısı düzeylerine göre, ameliyattan sonra yoğun bakımda ilk ölçüm vücut ısısı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,002<0,01$). Yoğun bakımda ilk ölçüm vücut ısısı düzeylerine göre, yoğun bakımda ikinci ölçüm vücut ısısı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,025<0,05$). Yoğun bakımda ikinci ölçüm vücut ısısı düzeylerine göre, ameliyat sonrası klinikteki vücut ısısı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı ($p=0,025<0,05$) (Şekil 7).

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçüm vücut ısısı düzeylerine göre, ameliyat öncesi ikinci ölçüm vücut ısısı düzeylerinde meydana gelen değişim istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p=0,999>0,05$). Ameliyat öncesi ikinci ölçüm vücut ısısı düzeylerine göre, ameliyattan sonra yoğun bakımda ilk ölçüm vücut ısısı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p=0,002<0,01$). Ameliyattan sonra yoğun bakımda ilk ölçüm vücut ısısı düzeylerine göre, ameliyattan sonra yoğun bakımda ikinci ölçüm vücut ısısı düzeylerinde meydana gelen değişim istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p=0,057>0,05$). Ameliyattan sonra yoğun bakımda ikinci ölçüm vücut ısısı düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikteki vücut ısısı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,000<0,001$) (Şekil 7).

Bölüm 4- Yoğun Bakımda ve Hastanede Kalış Süreleri

Tablo 6.9 Deney ve Kontrol Gruplarının Yoğun Bakımda ve Hastanede Kalış Sürelerinin Karşılaştırılması

	Deney (n=101)		Kontrol (n=113)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<i>Yoğun Bakımda Kalış Süresi (saat)</i>	24,901	8,575	48,867	20,864	-10,758	0,000***
<i>Hastanede Kalış Süresi (gün)</i>	5,891	1,085	7,504	2,241	-6,578	0,000***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Olguların yoğun bakımda kalış süresi (saat) ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (t=-10,758; p=0,000<0,05). Kontrol grubundaki olguların yoğun bakımda kalış süresinin (saat) (x=48,867), deney grubundaki olguların yoğun bakımda kalış süresinden (saat) (x=24,901) yüksek olduğu bulundu (tablo 6.9).

Olguların hastanede kalış süresi (gün) ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (t=-6,578; p=0,000<0,05). Kontrol grubundaki olguların hastanede kalış süresinin (gün) (x=7,504), deney grubundaki olguların hastanede kalış süresinden (gün) (x=5,891) yüksek olduğu saptandı (tablo 6.9).

Bölüm 5- SF36 Yaşam Kalitesi Bulguları

Tablo 6.10 Hastaların Ameliyat öncesi ve Taburculuktan Bir Ay Sonra SF-36 Yaşam Kalitesi Bulguları

		Deney (n=101)		Kontrol (n=113)		t	p
		Ort	Ss	Ort	Ss		
Fiziksel Fonksiyon	<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	67,525	21,256	63,230	25,799	1,320	0,184
	<i>Taburculuktan 1 ay sonra</i>	80,693	12,787	68,540	19,885	5,248	0,000***
Sosyal Fonksiyon	<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	51,446	23,375	53,018	24,794	-0,476	0,635
	<i>Taburculuktan 1 ay sonra</i>	69,505	14,309	57,354	21,378	4,826	0,000**
Rol Fonksiyonu (fiziksel)	<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	43,812	38,472	43,584	34,683	0,046	0,964
	<i>Taburculuktan 1 ay sonra</i>	67,574	34,195	51,991	35,061	3,284	0,001**
Rol Fonksiyonu (duygusal)	<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	44,901	43,609	46,912	44,494	-0,333	0,739
	<i>Taburculuktan 1 ay sonra</i>	81,842	33,211	55,761	44,225	4,832	0,000***
Mental Sağlık	<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	54,970	18,759	52,212	19,769	1,044	0,298
	<i>Taburculuktan 1 ay sonra</i>	72,594	16,084	56,814	20,861	6,143	0,000***
Zindelik / Yorgunluk	<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	49,455	18,667	47,124	19,773	0,884	0,378
	<i>Taburculuktan 1 ay sonra</i>	71,535	14,590	52,345	21,024	7,669	0,000***
Ağrı	<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	55,535	24,173	59,761	26,941	-1,202	0,228
	<i>Taburculuktan 1 ay sonra</i>	81,901	14,443	65,699	24,533	5,799	0,000***
Genel Bakış Açısı	<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	54,555	20,351	53,018	19,791	0,560	0,576
	<i>Taburculuktan 1 ay sonra</i>	71,178	13,127	58,159	18,718	5,825	0,000***
Geçen Yıl Süresince Değişiklik	<i>Ameliyat Öncesi İlk ölçüm</i>	24,505	20,610	26,327	23,585	-0,599	0,547
	<i>Taburculuktan 1 ay sonra</i>	56,188	19,813	45,354	23,516	3,621	0,000***

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

4.1.1. Fiziksel Fonksiyon

Olguların ameliyat öncesi *fiziksel fonksiyon* düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=1,320$; $p=0,184>0,05$) (tablo 6.10).

Olguların taburculuktan 1 ay sonra *fiziksel fonksiyon* düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=5,248$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra fiziksel fonksiyon düzeylerinin ($x=80,693$), kontrol grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonraki fiziksel fonksiyon düzeylerinden ($x=68,540$) yüksek olduğu saptandı (tablo 6.10).

Deney ve kontrol grubundaki olguların her ikisinde de; ameliyat öncesi ilk SF36 fiziksel fonksiyon düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 fiziksel fonksiyon düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

4.1.2. Sosyal Fonksiyon

Olguların ameliyat öncesi *sosyal fonksiyon* düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,476$; $p=0,635>0,05$) (tablo 6.10).

Taburculuktan 1 ay sonra sosyal fonksiyon düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=4,826$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra sosyal fonksiyon düzeylerinin ($x=69,505$), kontrol grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra sosyal fonksiyon düzeylerinden ($x=57,354$) yüksek olduğu saptandı (tablo 6.10).

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçüm SF-36 sosyal fonksiyon düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 sosyal fonksiyon düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

Kontrol grubundaki olgularda; Ameliyat öncesi ilk ölçüm SF36 sosyal fonksiyon düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 sosyal fonksiyon düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,002<0,01$) (tablo 6.10).

4.1.3. Fiziksel Rol Fonksiyonu

Olguların Ameliyat öncesi ilk ölçüm *fiziksel rol fonksiyonu* düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,046$; $p=0,964>0,05$) (tablo 6.10).

Olguların taburculuktan 1 ay sonra fiziksel rol fonksiyonu düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=3,284$; $p=0,001<0,05$). Deney grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra rol fonksiyonu (fiziksel) düzeyleri ($x=67,574$), kontrol grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra rol fonksiyonu (fiziksel) düzeylerinden ($x=51,991$) yüksek olduğu saptandı (tablo 6.10).

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF36 fiziksel rol fonksiyonu düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 (fiziksel) rol fonksiyonu düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF36 fiziksel rol fonksiyonu düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 fiziksel rol fonksiyonu düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

4.1.4. Duygusal rol fonksiyonu

Olguların Ameliyat öncesi ilk ölçüm *duygusal rol fonksiyonu* düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,333$; $p=0,739>0,05$).

Olguların taburculuktan 1 ay sonra duygusal rol fonksiyonu düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=4,832$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra duygusal rol fonksiyonu düzeyleri ($x=81,842$), Kontrol grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra duygusal rol fonksiyonu düzeylerinden ($x=55,761$) yüksek bulundu (tablo 6.10).

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF36 duygusal rol fonksiyonu düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonraki düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF36 duygusal rol fonksiyonu düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 duygusal rol fonksiyonu düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001<0,01$) (tablo 6.10).

4.1.5. Mental Sağlık

Olguların ameliyat öncesi *mental sağlık* düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=1,044$; $p=0,298>0,05$) (tablo 6.10).

Olguların taburculuktan 1 ay sonra mental sağlık düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=6,143$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra mental sağlık düzeyleri ($x=72,594$), kontrol grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra mental sağlık düzeylerinden ($x=56,814$) yüksek olduğu saptandı (tablo 6.10).

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF36 mental sağlık düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 mental sağlık düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF36 mental sağlık düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 mental sağlık düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001<0,01$) (tablo 6.10).

4.1.6. Zindelik / yorgunluk

Olguların ameliyat öncesi *zindelik / yorgunluk* düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=0,884$; $p=0,378>0,05$) (tablo 6.10).

Olguların taburculuktan 1 ay sonra zindelik/yorgunluk düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=7,669$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra zindelik / yorgunluk düzeyleri ($x=71,535$), kontrol grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra zindelik/yorgunluk düzeylerinden ($x=52,345$) yüksek bulundu (tablo 6.10).

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF-36 zindelik/yorgunluk düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF-36 zindelik/yorgunluk düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF-36 zindelik/yorgunluk düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF-36 zindelik/yorgunluk düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001<0,01$) (tablo 6.10).

4.1.7. Ağrı

Olguların ameliyat öncesi *ağrı* düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-

testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-1,202$; $p=0,228>0,05$) (tablo 6.10).

Olguların taburculuktan 1 ay sonra ağrı düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=5,799$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra ağrı düzeyleri ($x=81,901$), kontrol grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra ağrı düzeylerinden ($x=65,699$) yüksek olduğu saptandı (tablo 6.10).

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF36 ağrı düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 ağrı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF36 ağrı düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 ağrı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

4.1.8. Genel Bakış Açısı

Olguların ameliyat öncesi *genel bakış açısı* düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,560$; $p=0,576>0,05$) (tablo 6.10).

Olguların taburculuktan 1 ay sonra genel bakış açısı düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=5,825$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra genel bakış açısı düzeyleri ($x=71,178$), kontrol grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra genel bakış açısı düzeylerinden ($x=58,159$) yüksek olduğu saptandı (tablo 6.10).

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF36 genel bakış açısı düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 genel bakış açısı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

Kontrol grubundaki olgularda ameliyat öncesi SF36 genel bakış açısı düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 genel bakış açısı düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

4.1.9. GeçenYıl Süresince Değişiklik

Olguların ameliyat öncesi *geçen zaman süresince değişiklik* düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-0,599$; $p=0,547>0,05$) (tablo 6.10).

Olguların taburculuktan 1 ay sonra geçen zaman süresince değişiklik düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=3,621$; $p=0,000<0,05$). Deney grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra geçen zaman süresince değişiklik düzeyleri ($x=56,188$), kontrol grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra geçen zaman süresince değişiklik düzeylerinden ($x=45,354$) yüksek olduğu saptandı (tablo 6.10).

Deney grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF36 geçen zaman süresince değişiklik düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 geçen zaman süresince değişiklik düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi SF36 geçen zaman süresince değişiklik düzeylerine göre, taburculuktan 1 ay sonra SF36 geçen zaman süresince değişiklik düzeylerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (tablo 6.10).

Tablo 6.11. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Taburculuktan Bir Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	50 Ve Altı		51-60 Yaş		61 Ve üstü		F	p
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss		
<i>Ameliyat öncesi Fiziksel Fonksiyon</i>	75,513	16,495	68,831	24,601	58,367	23,734	9,257	0,000***
<i>Taburculuktan 1 Ay Sonra Fiziksel Fonksiyon</i>	77,949	14,406	77,208	16,293	70,510	19,760	4,124	0,017*
<i>Ameliyat öncesi Sosyal Fonksiyon</i>	56,205	28,169	51,455	24,161	51,357	22,331	0,633	0,532
<i>Taburculuktan 1 Ay Sonra Sosyal Fonksiyon</i>	62,154	17,811	65,078	19,217	61,898	20,035	0,638	0,530
<i>Ameliyat öncesi Rol Fonksiyonu (fiziksel)</i>	37,180	28,603	50,000	36,724	41,327	38,513	2,002	0,138
<i>Taburculuktan 1 Ay Sonra Rol Fonksiyonu (fiziksel)</i>	51,923	34,117	64,610	30,172	58,163	39,287	1,772	0,172
<i>Ameliyat öncesi Rol Fonksiyonu (duygusal)</i>	24,795	40,285	50,623	45,465	50,725	42,108	5,770	0,004**
<i>Taburculuktan 1 Ay Sonra Rol Fonksiyonu (duygusal)</i>	57,256	48,345	72,260	40,294	69,082	38,983	1,764	0,174
<i>Ameliyat öncesi Mental Sağlık</i>	39,590	16,538	52,935	18,478	59,510	18,138	17,174	0,000***
<i>Taburculuktan 1 Ay Sonra Mental Sağlık</i>	54,974	25,509	66,026	19,376	66,571	17,733	5,197	0,006**
<i>Ameliyat öncesi Zindelik / Yorgunluk</i>	32,180	14,859	48,117	17,321	54,694	18,609	23,032	0,000***
<i>Taburculuktan 1 Ay Sonra Zindelik / Yorgunluk</i>	50,256	25,545	63,831	19,227	63,929	18,053	7,397	0,001**
<i>Ameliyat Öncesi Ağrı</i>	61,205	30,271	54,636	21,962	58,857	26,451	1,009	0,366
<i>Taburculuktan 1 Ay Sonra Ağrı</i>	71,795	26,001	72,831	20,371	74,367	21,496	0,224	0,800
<i>Ameliyat öncesi Genel Bakış Açısı</i>	43,667	20,369	55,558	20,215	56,327	18,644	6,376	0,002**
<i>Taburculuktan 1 Ay Sonra Genel Bakış Açısı</i>	58,872	21,034	66,234	16,355	64,949	16,651	2,436	0,090
<i>Ameliyat öncesi Geçen Zaman Süresince Değişiklik</i>	21,795	15,368	28,571	25,558	24,490	21,533	1,387	0,252
<i>Taburculuktan 1 Ay Sonra Geçen Zaman Süresince Değişiklik</i>	47,436	22,794	54,546	23,201	48,469	21,484	2,032	0,134

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (F=9,257; p=0<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 50 ve altı olanların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları (75,513±16,495), yaşı 61 ve üstü olanların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanlarından (58,367±23,734) yüksek bulunmuştur. Yaşı 51-60 yaş olanların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları (68,831±24,601), yaşı 61 ve üstü olanların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanlarından (58,367±23,734) yüksek bulundu (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra fiziksel fonksiyon puanları ortalamaları yaş değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=4,124; p=0.017<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 50 ve altı olan grubun taburculuktan 1 ay sonra fiziksel fonksiyon puanları (77,949±14,406), yaşı 51-60 yaş olanların (77,208±16,293) ve yaşı 61 ve üstü olanların fiziksel fonksiyon puanlarından (70,510±19,760) yüksek bulundu (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi sosyal fonksiyon puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (F=0,633; p=0,532>0.05) (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra sosyal fonksiyon puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (F=0,638; p=0,530>0.05) (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi fiziksel rol fonksiyonu puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,002$; $p=0,138>0.05$) (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra fiziksel rol fonksiyonu puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,772$; $p=0,172>0.05$) (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi duygusal rol fonksiyonu puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5,770$; $p=0.004<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 51-60 yaş olanların ameliyat öncesi duygusal rol fonksiyonu puanları ($50,623\pm45,465$), yaşı 50 ve altı olanların ameliyat öncesi duygusal rol fonksiyonu puanlarından ($24,795 \pm 40,285$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 61 ve üstü olanların ameliyat öncesi rol fonksiyonu (duygusal) puanları ($50,725\pm42,108$), yaşı 50 ve altı olanların ameliyat öncesi duygusal rol fonksiyonu puanlarından ($24,795 \pm 40,285$) yüksek bulundu (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra duygusal rol fonksiyonu puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,764$; $p=0,174>0.05$) (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi mental sağlık puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=17,174$;

$p=0<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 51-60 yaş olanların ameliyat öncesi mental sağlık puanları ($52,935\pm 18,478$), yaşı 50 ve altı olanların ameliyat öncesi mental sağlık puanlarından ($39,590\pm 16,538$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 61 ve üstü olanların ameliyat öncesi mental sağlık puanları ($59,510\pm 18,138$), yaşı 50 ve altı olanların ameliyat öncesi mental sağlık puanlarından ($39,590\pm 16,538$) yüksek bulundu (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra mental sağlık puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5,197$; $p=0.006<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 51-60 yaş olanların taburculuktan 1 ay sonra mental sağlık puanları ($66,026 \pm 19,376$), yaşı 50 ve altı olanların taburculuktan 1 ay sonra mental sağlık puanlarından ($54,974 \pm 25,509$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 61 ve üstü olanların taburculuktan 1 ay sonra mental sağlık puanları ($66,571 \pm 17,733$), yaşı 50 ve altı olanların taburculuktan 1 ay sonra mental sağlık puanlarından ($54,974 \pm 25,509$) yüksek bulunmuştur (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=23,032$; $p=0<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 51-60 yaş olanların ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk puanları ($48,117 \pm 17,321$), yaşı 50 ve altı olanların ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk puanlarından ($32,180 \pm 14,859$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 61 ve üstü olanların ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk puanları ($54,694 \pm 18,609$), yaşı 50 ve altı olanların ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk puanlarından ($32,180 \pm 14,859$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 61 ve üstü olanların ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk puanları ($54,694\pm 18,609$) yaşı 51-60 yaş olanların ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk puanlarından ($48,117 \pm 17,321$) yüksek bulunmuştur (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra zindelik/yorgunluk puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,397$; $p=0.001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 51-60 yaş olanların taburculuktan 1 ay sonra zindelik/yorgunluk puanları ($63,831 \pm 19,227$), yaşı 50 ve altı olanların taburculuktan 1 ay sonra zindelik/yorgunluk puanlarından ($50,256 \pm 25,545$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 61 ve üstü olanların taburculuktan 1 ay sonra zindelik / yorgunluk puanları ($63,929 \pm 18,053$), yaşı 50 ve altı olanların taburculuktan 1 ay sonra zindelik/yorgunluk puanlarından ($50,256 \pm 25,545$) yüksek bulunmuştur (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi ağrı puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,009$; $p=0,366>0.05$) (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra ağrı puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,224$; $p=0,800>0.05$) (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi genel bakış açısı puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=6,376$; $p=0.002<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 51-60 yaş olanların ameliyat öncesi genel bakış açısı puanları ($55,558 \pm 20,215$), yaşı 50 ve altı olanların ameliyat öncesi genel bakış açısı puanlarından ($43,667 \pm 20,369$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 61 ve üstü olanların ameliyat öncesi genel bakış açısı puanları ($56,327 \pm 18,644$), yaşı 50 ve altı olanların ameliyat öncesi genel bakış açısı puanlarından ($43,667 \pm 20,369$) yüksek bulunmuştur (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra genel bakış açısı puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,436$; $p=0,090>0.05$) (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi geçen yıl süresince değişiklik puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($F=1,387$; $p=0,252>0.05$) (tablo 6.11).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra geçen yıl süresince değişiklik puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($F=2,032$; $p=0,134>0.05$) (tablo 6.11).

Tablo 6.12. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Taburculuktan Bir Ay Sonra Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

	Kadın (n=75)		Erkek (n=139)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Ameliyat öncesi Fiziksel Fonksiyon	59,800	24,182	68,201	23,157	-2,493	0,013
Taburculuktan 1 Ay Sonra Fiziksel Fonksiyon	68,867	17,545	77,194	17,519	-3,316	0,001**
Ameliyat öncesi Sosyal Fonksiyon	51,320	24,677	52,791	23,844	-0,425	0,671
Taburculuktan 1 Ay Sonra Sosyal Fonksiyon	61,680	21,030	63,849	18,372	-0,783	0,454
Ameliyat öncesi Rol Fonksiyonu (fiziksel)	35,000	34,140	48,381	36,886	-2,598	0,010*
Taburculuktan 1 Ay Sonra Rol Fonksiyonu (fiziksel)	55,667	36,199	61,331	34,998	-1,116	0,266
Ameliyat öncesi Rol Fonksiyonu (duygusal)	43,947	42,887	47,050	44,684	-0,492	0,624
Taburculuktan 1 Ay Sonra Rol Fonksiyonu (duygusal)	64,400	41,546	70,050	41,384	-0,952	0,342
Ameliyat öncesi Mental Sağlık	59,307	18,441	50,389	19,097	3,299	0,001**
Taburculuktan 1 Ay Sonra Mental Sağlık	68,640	17,985	61,899	21,151	2,340	0,015*
Ameliyat öncesi Zindelik / Yorgunluk	51,867	19,673	46,259	18,796	2,048	0,042*
Taburculuktan 1 Ay Sonra Zindelik / Yorgunluk	62,467	19,424	60,827	21,261	0,554	0,580
Ameliyat öncesi Ağrı	57,173	24,731	58,086	26,289	-0,247	0,805
Taburculuktan 1 Ay Sonra Ağrı	72,253	21,258	73,935	22,310	-0,535	0,593
Ameliyat öncesi Genel Bakış Açısı	53,773	21,189	53,727	19,446	0,016	0,987
Taburculuktan 1 Ay Sonra Genel Bakış Açısı	63,747	17,439	64,604	17,647	-0,341	0,734
Ameliyat öncesi Geçen Zaman Süresince Değişiklik	25,333	26,154	25,540	19,843	-0,065	0,953
Taburculuktan 1 Ay Sonra Geçen Zaman Süresince Değişiklik	51,333	24,623	50,000	21,281	0,414	0,693

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2,493$; $p=0,013<0,05$). Erkek olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları ($x=68,201$), kadın olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanlarından ($x=59,800$) yüksek bulunmuştur (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra fiziksel fonksiyon puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-3,316$; $p=0,001<0,05$). Erkek olguların taburculuktan 1 ay sonra fiziksel fonksiyon puanları ($x=77,194$), Kadın olguların taburculuktan 1 ay sonra fiziksel fonksiyon puanlarından ($x=68,867$) yüksek bulunmuştur (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi sosyal fonksiyon puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=-0,425$; $p=0,671>0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra sosyal fonksiyon puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=-0,783$; $p=0,454>0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi rol fonksiyonu (fiziksel) puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2,598$; $p=0,010<0,05$). Erkek olguların ameliyat öncesi rol fonksiyonu (fiziksel) puanları ($x=48,381$), kadın

olguların ameliyat öncesi rol fonksiyonu (fiziksel) puanlarından ($x=35,000$) yüksek bulunmuştur (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra rol fonksiyonu (fiziksel) puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=-1,116$; $p=0,266>0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi rol fonksiyonu (duygusal) puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=-0,492$; $p=0,624>0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra rol fonksiyonu (duygusal) puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=-0,952$; $p=0,342>0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi mental sağlık puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=3,299$; $p=0,001<0,05$). Kadın olguların ameliyat öncesi mental sağlık puanları ($x=59,307$), Erkek olguların ameliyat öncesi mental sağlık puanlarından ($x=50,389$) yüksek bulunmuştur (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra mental sağlık puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2,340$; $p=0,015<0,05$). Kadın olguların taburculuktan 1 ay sonra mental sağlık puanları ($x=68,640$), Erkek

olguların taburculuktan 1 ay sonra mental sağlık puanlarından ($x=61,899$) yüksek bulunmuştur (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi zindelik / yorgunluk puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2,048$; $p=0,042<0,05$). Kadın olguların ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk puanları ($x=51,867$), erkek olguların ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk puanlarından ($x=46,259$) yüksek bulunmuştur (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra zindelik/yorgunluk puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=0,554$; $p=0,580>0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi ağrı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=-0,247$; $p=0,805>0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra ağrı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=-0,535$; $p=0,593>0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi genel bakış açısı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=0,016$; $p=0,987>0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra genel bakış açısı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=-0,341$; $p=0,734>0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi geçen yıl süresince değişiklik puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=-0,065$; $p=0,953>0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra geçen yıl süresince değişiklik puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=0,414$; $p=0,693>0,05$) (tablo 6.12).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmada koroner arter bypass uygulanan hastalarda eğitim ve müziğin anksiyete düzeyi, yaşam kalitesi, yaşam bulguları, yoğun bakım ve hastanede kalış süresi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda beş bölümde ele alınarak tartışıldı.

- Bölüm 1- Demografik ve Kişisel Özelliklere Yönelik Tartışma
- Bölüm 2- Anksiyete Düzeylerine Yönelik Tartışma
- Bölüm 3- Yaşam Bulgularına Yönelik Tartışma
- Bölüm 4- Yoğun Bakım ve Hastanede Kalma Süresine Yönelik Tartışma
- Bölüm 5- Yaşam Kalitesine Yönelik Tartışma

7.1- Demografik ve Kişisel Özelliklere Yönelik Tartışma

Bu çalışmada hastaların yaş ortalamalarının kontrol grubunda $60,2\pm 9$, deney grubunda $60,24\pm 8,46$ olduğu ve tüm hastaların %45,8'nin 60 ve üzeri yaş grubunda olduğu bulundu. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($t=0,028$; $p= 0.977$; $p>0.05$) saptandı (Tablo 6.1).

Koroner arter hastalıkları genelde ileri yaş hastalığı olarak kabul edilmekle birlikte erkeklerde 50-60, kadınlarda ise 60-70 yaş arasında daha sık görülmektedir (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Bojar 2007).

Çalışmamızda elde edilen sonuçların yaş ortalamaları bakımından literatür ile uyumluluk gösterdiği görülmektedir.

Cinsiyet dağılımına bakıldığında; deney grubundaki olguların 29'unun (%28,7) kadın, 72'sinin (%71,3) erkek; kontrol grubundaki olguların 46'sının (%40,7) kadın, 67'si (%59,3) erkek olduğu görüldü. Cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($X^2=3,371$; $p=0,045<0.05$) (Tablo 6.1).

Koroner bypass ameliyatı uygulanan hastalarla yapılan çalışmalar incelendiğinde erkek hasta sayısının daha fazla olduğu görülmektedir (Güngör 1999, Sampalis 2001, Koivula et al 2002, Vural 2006). Doering ve ark.nın (2001) yaptığı çalışmada da hastaların %79'unun erkek olduğu belirtilmiş olup; araştırma bulgusu ile paralellik vardır. Cinsiyet yönünden bakıldığında çalışmamızda elde edilen bulgunun Türkiye'de ve dünyada yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Diğer demografik özellikler açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 6.1).

Eğitim durumlarına göre hastaların dağılımları incelendiğinde lise mezunu olan hastaların oranı kontrol grubunda %38,9 (n=44), deney grubunda %29,7 (n=30); lisans mezunlarının oranı ise kontrol grubunda %18,6 (n=21), deney grubunda %27,7 (n=28) olarak belirlendi (Tablo 6.1).

Kontrol grubundaki hastaların % 67,3 (n=76)'ünün, deney grubundaki hastaların % 68,3 (n=69)'ünün çalışmadığı saptandı (Tablo 6.1). Bu bulgu hastaların çoğunun 60 yaş üstü ve emekli olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Sağlık güvencesi durumları incelendiğinde, kontrol grubu hastalarının %46 (n=52)'si; deney grubundakilerin %43,6 (n=44)'ü SSK güvencesinde olduğu görüldü (Tablo 6.1).

Araştırmaya alınan hastalardan kontrol grubunun %85,8 (n=97)'i; deney grubundakilerin %84,2 (n=85)'i evli olduğu görüldü. Kontrol grubundaki hastaların %97,3 (n=110)'ünün; deney grubundakilerin %95 (n=96)'i çocuk sahibi olduğu belirlendi (Tablo 6.1).

Evli ve çocuk sahibi olma, sosyal desteğin sağlanmasında önemli bir role sahip olduğundan anksiyete düzeyini etkileyebileceği düşünüldüğü için değerlendirildi.

Hastaların sigara kullanma durumları incelendiğinde, kontrol grubunun %16,8 (n=19)'u, deney grubunun %14,9 (n=15)'unun sigara kullandığı belirlendi. Sigara içen hastalarda, sigara içme süresi ve günlük sigara sayısı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 6.1).

Sigara kullanımı, KABG sonrası yoğun bakımda kalış süresini ve solunum komplikasyonu oluşma riskini arttıran faktörlerden biridir. Vural'ın (2006) yaptığı çalışmada hastaların %51.4'ünün (n=36) sigara kullandığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda elde edilen bulgu ülkemiz genelinde sigara kullanma durumuna göre az olduğu ve literatür ile uyumlu olmadığı görülmüştür.

Daha önceden ameliyat olma ve ameliyata yönelik eğitim alma durumu hastaların anksiyete düzeylerini etkileyebileceği düşünüldüğü için bu faktörler karşılaştırılmıştır. Hastaların daha önceden ameliyat olma durumları incelendiğinde, kontrol grubunun %20,7 (n=23)'si, deney grubunun %19,8 (n=20)'inin daha önceden ameliyat olduğu ve ameliyat geçirenlerden kontrol grubunda %90,5 (n=19)'inin ve deney grubunda %100 (n=17)'ünün ameliyat öncesi bilgilendirildiği belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 6.1).

Ameliyat öncesi dönemde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmaması, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyimi, yapılacak ameliyatın tipi etkilemektedir. Hastanın daha önceki ameliyat deneyiminin, geçireceği şu andaki ameliyata bağlı anksiyete düzeyini etkileyebileceği düşünülmektedir (Akkas-Gürsoy 2001, Aksoy, Kanan, Akyolcu 2012).

Özellikle anksiyete düzeyini etkilemesi yönünde cerrahi girişime ilişkin bilgi verilme durumları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($\chi^2=0,028$; $p=0,503$) bulunmaması grupların bu yönden benzer olduğunu gösterdi. Bu da grupların anksiyete düzeylerinin daha önceki cerrahi deneyimden etkilenmesi durumunda gruplar arası farkı etkilemeyeceği düşünülmektedir.

Deney grubu hastalarının % 46,5'inin ($n=47$), kontrol grubu hastalarının %45,1'inin ($n=51$) kronik hastalığı olduğu görüldü.

Kronik hastalıkların koroner bypass hastalığında risk faktörü olduğu bilinmektedir (Çobanoğlu, İşbir 2004, Badır A, Demir Korkmaz 2010). Çalışmaya alınan hastalarımızda da yüksek olduğu görülmüştür.

7.2. Hastaların Anksiyete Düzeylerine Yönelik Tartışma

7.2.1. Hastaların Durumluluk Anksiyete Düzeylerine Yönelik Tartışma

Ameliyat öncesi ilk ölçümde durumluluk anksiyete puanı deney grubunda ($46,88\pm13,382$), kontrol grubunda ($49,69\pm914,05$) olmak üzere her iki grupta da yüksek bulundu. Ameliyat öncesi, ilk ölçümdeki durumluluk anksiyete düzeyleri açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($t=-1,493$; $p=0,137>0,05$) (Tablo 6.2).

Szekely ve arkadaşlarının (2007) KABG cerrahisi bekleyen hastalarda anksiyeteyi belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, hastaların durumluluk anksiyete puanlarının 45 ve üzerinde olduğu belirtilmektedir. KABG cerrahisi için ameliyatı beklemenin hastalar üzerindeki psikolojik ve sosyal etkilerini inceleyen bir başka çalışmada da ameliyatı bekleyen hastaların %69'unun anksiyete düzeyinin yüksek ve üst sınırdaki olduğu bulunmuştur (Underwood et al 1993). KABG hastalarıyla yapılan

birçok çalışmada, hastaların ameliyat öncesi yüksek düzeyde anksiyeteye sahip oldukları belirtilmektedir (McCrone et al 2001, Rymaszewska et al 2003).

Çalışma bulgularımız yapılan çalışmalarla uyumluluk göstermektedir ve iki grupta da durumluluk anksiyete düzeyi yüksektir. Her iki grubun anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmamasının grupların benzer olduğu ve çalışmamızın güvenilirliğini artıracığı düşünülmektedir.

Ameliyat öncesi, ikinci ölçümde kontrol grubundaki olguların durumluluk anksiyete düzeylerinin ($x=49,425$), deney grubundaki olguların durumluluk anksiyete düzeylerinden ($x=35,654$), yüksek olduğu saptandı ($t=-8,464$; $p=0,000<0,05$) (Tablo 6.2).

Ameliyat öncesi verilen eğitimin, hastaların durumluk-sürekli anksiyete düzeylerini ileri derecede düşürdüğü yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Shuldham 2001, 2002, Wat-Watson et al 2004).

Sorlie ve arkadaşlarının (2007) KABG hastalarında yaptığı çalışmada, hastalara video ile verilen ameliyat öncesi eğitimin, hastaların anksiyete düzeyini azalttığı ve daha az depresyon yaşadıkları belirlenmiştir. Başka bir çalışmada da özellikle video ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (Shuldham 2002).

Ameliyat öncesi müzik dinletilen hastaların anksiyete düzeyinin düşük olduğu ve ameliyat öncesi müzik uygulamasının durumluluk anksiyete düzeyini önemli derecede azalttığı bildirilmiştir (Kroust 2001, Johnson et al 2012, Lee et al 2011, Karin 2008, Sausser and Waller 2005, Allred 2010).

Varol (1998) sedatif müziğin preoperatif dönemde hasta kaygı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında, deney grubunu oluşturan cerrahi hastalarının işlem öncesi anksiyete puanını $37,7\pm 8,9$ sonrası puan ortalamasını $30,45\pm 6,8$ bulmuş ve farklılığın anlamlı olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada müzik terapinin çok rahatlatıcı olduğu ve hastaların streslerini azalttığı ifade edilmiştir.

Güngör (1999) yapmış olduğu çalışmada cerrahi girişim yapılacak vakalarda; müzik terapi uygulanan hastaların ortamdan uzaklaşma ve hayal kurma ile huzurlu olduklarını saptamıştır.

Çalışmamızda video görüntüsü ile hastalara ameliyat öncesi eğitim verilmiş ve müzik dinletilmiştir. Bu sonuç doğrultusunda video ile yapılan eğitimin ve müzik dinletilmesinin deney grubu hastalarının anksiyete düzeyinin düşmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası klinikte, (x=31,475), kontrol grubundaki olguların durumluluk anksiyete düzeylerinin (x=43,832), deney grubundaki olguların durumluluk anksiyete düzeylerinden yüksek olduğu saptandı (t=-8,997; p=0,000<0,05) (Tablo 6.2).

Bulut (2011) açık kalp ameliyatı öncesi progresif gevşeme eğitiminin etkisini incelediği çalışmasında ameliyat sonrası *birinci gün ve dördüncü gün* kontrol grubunun durumluluk anksiyete puanının deney grubuna göre yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirtilmektedir. Her iki grupta da zaman içi anksiyete puanlarında düşme olduğu belirtilmiştir.

Nilsson (2008), koroner bypass ameliyatı sonrası hastalarda yatak istirahati sırasında dinletilen müziğin anksiyete üzerine etkisini incelediği çalışmasında; ameliyat sonrası sedatif müziğin anksiyeteyi azaltmasında etkili bir tamamlayıcı tedavi yöntemi olduğunu belirtmiştir. Müzik dinleyen hasta grubunda serum kortizol seviyelerinde belirli bir düşüş gözlemlenmiş ve bunun hastaların anksiyetelerine pozitif bir etkide bulunarak, anksiyete seviyesinde belirli bir azalmaya sebep olduğunu vurgulamıştır.

Karin'ın (2008) kalp cerrahisi hastalarında müziğin etkisini incelemek amacıyla yaptığı metaanalizde, ameliyat öncesi müzik uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyetelerinin azaldığını belirtmiştir.

Nilsson ve ark. nın (2005) ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında müzik dinleterek etkilerini incelediği çalışmalarında ameliyattan iki saat sonra müzik dinletilen grubun ameliyat sırasında dinletilen gruba göre anksiyetelerinin daha düşük olduğunu saptamışlardır.

Düşleme ve müziğin birlikte kullanılmasıyla KABG hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası anksiyetelerinde önemli bir düşüş olduğunu belirtilmektedir (Tusek et al 1999).

Çalışmamızda eğitim ve müzik uygulanan deney grubu hastaların durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %31'lik düşüş ve ameliyat sonrası klinikte durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %49'luk düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (Şekil 1).

Çalışmamızda eğitim ve müzik uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası süreçte anksiyete düzeyinin azalmasına etkili olduğu görülmüştür.

Elde edilen bulgular literatür sonuçlarıyla paralellik göstermekte ve “Eğitim ve müzik uygulana KABG hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk anksiyete düzeyleri, diğer KABG hastalarına göre daha düşüktür” hipotezimizi desteklemektedir.

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçülen durumluluk anksiyete düzeylerine göre, ikinci ölçüm durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %1'lik düşüş ve ameliyat sonrası klinikte durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %13'lük düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (Şekil 1).

Wong, Lopez-Nahas ve Molassiotis (2001), mekanik ventilatördeki hastalarda müziğin etkisini incelediği çalışmada yaptığı her iki gruptaki hastaların girişim sonrası anksiyete düzeylerinin azaldığını; kontrol grubunda orta, deney grubunda hafif düzeye indiğini belirlemiştir.

Çalışma bulgularımızda ameliyattan sonra iki grupta da, grup içi anksiyete puan ortalamalarındaki düşüş anlamlı bulundu. Ancak Wong ve Lopez-Nahas'ın (2001) çalışmasına benzer şekilde deney grubunun anksiyetesi kontrol grubundan daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Deney grubunda anksiyete düzeylerindeki azalmanın kontrol grubuna göre daha fazla olması eğitim ve müzik uygulamasının, anksiyete düzeyini olumlu yönde etkilediğini; bireylerin anksiyetelerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Müzik terapi bireyi

rahatlatır ve gevşemesini sağlar. Özellikle çalışmamızda da kullandığımız uşşak makamındaki müziğin insana sevinç, kuvvet, kahramanlık duyguları ve gevşeme hissi vermesinin anksiyete düzeyini düşürdüğü düşünülmektedir (TÜMATA 2010).

Kontrol grubundaki hastaların anksiyetelerinin azalmasının nedeninin ameliyat stresinin ortadan kalkmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu durumda tepki olarak her iki grupta da genel bir rahatlama sözkonusudur. Ancak araştırmamızda eğitim ve müziğin uygulandığı deney grubu hastalarının anksiyete düzeylerinde anlamlı derecede değişiklik olduğu görülmüştür.

7.2.2. Hastaların Sürekli Anksiyete Düzeylerine Yönelik Tartışma

Ameliyat öncesi ilk ölçümde deney grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeyleri ($x=40,119$), kontrol grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeylerinden ($x=43,708$) düşük bulundu ($t=-2,483$; $p=0,013<0,05$) (Tablo 6.3).

Ameliyat öncesi ikinci ölçümde deney grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeyleri ($x=39,238$), kontrol grubundaki olguların ikinci ölçüm sürekli anksiyete düzeylerinden ($x=43,540$) düşük bulundu ($t=-3,145$; $p=0,002<0,05$) (Tablo 6.3).

Ameliyat sonrası klinikte deney grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeyleri ($x=38,802$), kontrol grubundaki olgularına ameliyat sonrası klinikte sürekli anksiyete düzeylerinden ($x=43,389$) düşük bulundu ($t=-3,413$; $p=0,001<0,05$) (Tablo 6.3).

Sürekli anksiyete düzeyi, durağan kişilik eğilimidir ve durumluluk anksiyete puanının sürekli anksiyete puanını etkilediği belirtilmektedir (Öner ve LeCompte 1998).

Çalışmamızda deney grubunun sürekli anksiyete düzeyinin kontrol grubunun sürekli anksiyete düzeyinden düşük olmasının nedeninin, durumluluk anksiyete düzeyine paralel olarak sürekli anksiyete düzeyinde meydana gelen düşüş olduğu düşünülmektedir.

Deney grubundaki olgularda; eğitim ve müzik uygulaması öncesi sürekli anksiyete düzeylerine göre, ameliyat sonrası klinikte sürekli anksiyete düzeylerinde

meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,012<0,05$) (Tablo 6.3).

Bu bulgu eğitim ve müzik uygulamanın etkisiyle deney grubu hastalarının sürekli anksiyete düzeyinde durumluluk anksiyete düzeyine paralel olarak düşüşe neden olduğunu düşündürmektedir.

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçüm sürekli anksiyete düzeylerine göre, ameliyat sonrası klinikte sürekli anksiyete düzeylerinde meydana gelen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,981>0,05$) (Tablo 6.3).

Kontrol grubu hastalarının sürekli anksiyete puan ortalamasında düşüşün anlamlı olmaması eğitim ve müziğin uygulanmadığı bu grubun durumluluk anksiyete düzeyine paralel olarak anlamlı bir düşüş olmadığını göstermektedir.

7.3. Yaşam Bulgularına Yönelik Tartışma

Koroner bypass cerrahisinde; olası cerrahi riskleri önlemek/azaltmak, hemodinamik stabiliteyi olabildiğince kısa sürede sağlamak ve sürdürmek, stabiliteyi bozan uygulamalardan kaçınmak, entübasyon süresinin kısaltılmasına katkıda bulunmak, hastanın rahatını sağlamak, iyileşme sürecini azaltmak temel amaçlardır (Aşkar ve Çetin 2004, Bakalım 2005).

Hastalar, cerrahi girişimden sonra hemodinamik değişikliklerden dolayı aniden kötüye gidebilir. Bundan dolayı hemodinamik parametrelerin ölçülmesi, değerlendirilmesi ve bu parametrelerde stabilitenin sağlanması önemlidir (Martin and Turkelson 2006, Mullen-Fortino and O'Brien 2009, Casey 2011).

Literatürde hemodinamik instabilitenin ekstübasyon süresini uzattığı, ekstübasyon süresi uzayan hastaların ise hem yoğun bakım ünitesi hem de toplam hastane kalış süresi ve maliyeti arttırdığı belirlenmiştir (Aşkar ve Çetin 2004, Bakalım 2005, Doering et al 2001).

Cerrahi girişime bağlı olarak ortaya çıkan ve düzeyi bireyden bireye değişen anksiyete de, sempatik sinir sistemini aktive etmekte, katekolaminlerin salınımını uyularak kalp hızı, kan basıncı ve kardiyak outputun artmasına neden olmaktadır.

Bu nedenle özellikle nabız sayısı, sistolik ve diastolik kan basıncı, solunum sayısı ve vücut ısısının izlenmesi bireyin anksiyete düzeyinin belirlenmesinde de önemlidir (Aşkar ve Çetin 2004, Bakalım 2005, Doering et al 2001, Martin and Turkelson 2006, Mullen-Fortino and O'Brien 2009, Casey 2011).

7.3.1. Hastaların Sistolik Kan Basıncı Düzeyinin Karşılaştırılması

Ameliyat öncesi olguların sistolik kan basıncı ortalamalarının, ilk ölçümde deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-1,925$; $p=0,056>0,05$) (Tablo 6.4).

Ameliyat öncesi, ikinci ölçümde hastaların sistolik kan basıncı ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-5,834$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların ikinci ölçümde sistolik kan basıncı ortalaması ($x=133,266$), deney grubundaki olguların sistolik kan basıncı ortalamasından ($x=122,594$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 6.4).

Kan basıncı özellikle ameliyat sonrası erken dönemde çok yüksek olur ise, cerrahi anastomozlar bozulabilir. Bu da intratorasik kanama, hemodinamik bozulma, kötü doku perfüzyonu ve tekrar ameliyat gerekliliğine sebep olabilir. Bu nedenle ameliyat sonrası KABG hastalarında sistolik ve diastolik kan basıncında yükselme istenmeyen bir durumdur (Aşkar ve Çetin 2004, Bojar 2007, Casey 2011).

Müzik dinlemenin endorfin salgılamasına ve katekolamin seviyesinde azalmaya böylece kan basıncında düşmeye neden olduğu belirtilmektedir (Yamasaki et al 2012)

Loomba ve ark.nın (2012), müziğin hemodinamik değerlere etkilerini inceledikleri çalışmada, müzik dinleyen grubun sistolik kan basıncında, diastolik kan basıncında ve kalp atım hızında oldukça büyük bir düşüş olduğunu göstermişlerdir.

Güngör (1999) dokunma ve müzik terapisinin hasta üzerine etkisini incelediği araştırmada; bir cerrahi servisinde 120 hasta ile çalışmış; bir gruba müzik dinletmiş, bir gruba dokunma terapisi uygulamış, diğer gruba ise her iki işlemi de birlikte uygulamıştır. Müzik dinlettiği grubun yaşam bulgularının diğer gruplara göre

normale daha yakın olduğunu görmüştür ve müziğin hastalar üzerinde olumlu sonuçlar bıraktığını saptamıştır.

Müzik terapinin cerrahi hastalarında fizyolojik parametrelere olumlu etkileri olduğu bir çok araştırmada belirtilmektedir (Cadigan, Caruso, Haldeman 2001, Nilsson 2003, Karin 2008).

Çalışmamızdaki bulgular diğer çalışma sonuçlarıyla paraleldir. Ameliyat öncesi ikinci ölçümde ve yoğun bakımda ikinci ölçümde deney grubundaki hastaların sistolik kan basıncı ortalamalarının kontrol grubu hastalarına göre daha düşük olduğu saptandı.

Eğitim ve müzik uygulamasının etkinliğinden dolayı deney grubundaki hastaların anksiyete düzeyleri belirgin bir şekilde düşüş göstermiştir. Bu sonuçlar da deney grubundaki hastaların kan basıncı değerlerine etki ederek, deney grubundaki hastaların kan basıncı değerinin ortalamaları kontrol grubundaki hastaların değeri ortalamalarından daha düşük bulundu. Bu literatür bilgileri bizim çalışmamızın sonuçlarını desteklemekte ve hipotezimizi doğrulamaktadır.

Yoğun bakımda olguların sistolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, müzik uygulamadan evvel deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,788$; $p=0,426>0,05$) (Tablo 6.4).

Yoğun bakımda olguların sistolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, ikinci ölçümde deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-7,701$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların sistolik kan basıncı düzeyleri ($x=132,257$), deney grubundaki olguların sistolik kan düzeylerinden ($x=120,366$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 6.4).

Ameliyattan sonra klinikte olguların sistolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-9,814$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların sistolik kan basıncı düzeylerinin ($x=129,770$), deney grubundaki olguların sistolik kan basıncı düzeylerinden ($x=116,188$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 6.4).

Ameliyat öncesi deney grubundaki olgularda; ilk ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerine göre, ikinci ölçümde ($p=0,000<0,001$), yoğun bakımda ilk ölçümde ($p=0,000<0,001$) ve yoğun bakımda ikinci ölçümde ($p=0,000<0,001$) ameliyattan sonra klinikte sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (Tablo 6.4).

Akın (2007) mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapinin anksiyetenin fizyolojik belirtilerine etkisini incelemek amacıyla 60 hasta ile yaptığı deneysel araştırmasında deney grubuna 30., 60. ve 90. dakikalarda müzik dinletildiği sırada hastaların nabız ve tansiyonlarını ölçmüş ve kontrol grubuyla karşılaştırmıştır. Deney grubunun değerlerinin kontrol grubuna göre normal sınırlara göre daha yakın olduğunu saptamış ve müzik terapi mekanik ventilasyon desteğinde olan yoğun bakım hastalarında anksiyetenin fizyolojik belirtilerini azaltan etkili bir hemşirelik girişimi olduğunu ifade etmiştir.

Ajorpaz ve ark. na göre (2011) hastalarda müziğin anksiyete düzeylerinde ve sistolik kan basıncında önemli bir şekilde azalma görmüştür. Kalp atım sayısı ve solunum sayısında bir fark olmadığı gözlenmiştir.

Çalışma bulgularımız diğer çalışmalara paralellik göstermektedir. Deney grubu hastalarında sistolik kan basıncının zaman içi değerlerinde anlamlı bir düşme olmuştur.

Kontrol grubundaki olgularda; ameliyat öncesi ilk ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerine göre, ameliyat öncesi ikinci ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Ameliyat öncesi ikinci ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerine göre, yoğun bakımda müzik uygulamadan evvel sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,168>0,05$). Yoğun bakımda ilk ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerine göre, yoğun bakımda ikinci ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001<0,01$). Yoğun bakımda ikinci ölçümde sistolik kan basıncı düzeylerine göre, ameliyattan sonra klinikte sistolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,032<0,05$) (Tablo 6.4).

Kontrol grubundaki hastaların yoğun bakımda yapılan ilk ölçümde sistolik kan basıncında anlamlı bir düşüş olmamasının, eğitim ve müzik uygulaması yapılmayan grup olması nedeniyle kan basıncında olumlu etki görülmediği düşünülmektedir.

Stoo ve Akiyama (2004), Mozart'ın müziğinin beyinde dopamin sentezini azaltarak kan basıncını azalttığını belirtmişlerdir.

Yapılan çalışmalara paralel olarak çalışmamızda kullanılan uşşak makamının kalbe iyi geldiği, kalp ritimlerini düzenlediği görülmüştür. Çalışmamızda deney ve kontrol grubunun sistolik kan basıncında grup içi zaman içerisindeki düşüşleri anlamlı bulundu. Ancak deney grubundaki hastaların sistolik kan basıncı düzeylerindeki düşüşün kontrol grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi. Bu bulgu eğitim ve müziğin sistolik kan basıncında düşmeye neden olduğunu göstermektedir.

7.3.2. Hastaların Diyastolik Kan Basıncı Düzeyinin Karşılaştırılması

Ameliyattan önce olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, ilk ölçümde deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-2,139$; $p=0,034<0,05$). Kontrol grubundaki olguların diyastolik kan basıncı ameliyattan önce ilk ölçüm düzeyleri ($x=78,690$), deney grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeylerinden ($x=75,654$) yüksek bulundu (Tablo 6.5).

Ameliyattan önce olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, ikinci ölçümde deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-5,094$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ($x=77,150$), deney grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeylerinden ($x=70,931$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 6.5).

Yoğun bakımda olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, ilk ölçümde deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-3,329$; $p=0,001<0,05$). Kontrol grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeylerinin ($x=80,743$), deney grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeylerinden ($x=76,594$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 6.5).

Yoğun bakımda olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, müzik uygulaması sonrası deney ve kontrol grubu arasında arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-6,997$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ($x=78,177$), deney grubundaki olguların diyastolik kan basıncı düzeylerinden ($x=71,178$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 6.5).

Ameliyattan sonra klinikte olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-7,458$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların diyastolik kan basıncı ($x=76,389$), deney grubundaki olguların diyastolik kan basıncından ($x=69,257$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 6.5).

Deney grubundaki olgularda; zaman içi diyastolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$)

Kontrol grubundaki olgularda da zaman içi diyastolik kan basıncı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,012<0,05$).

Sendelbach ve ark.nın (2006) kalp cerrahisi hastaları üzerinde müziğin fizyolojik ve psikolojik etkilerini incelediği çalışmada, müzik dinletilen grupta anksiyete ve ağrıda önemli bir azalma olduğu, sistolik, diyastolik kan basıncı ve kalp atım hızında bir fark olmadığı belirtilmiştir.

Araştırmada, her iki gruptaki olgularda; diyastolik kan basıncı düzeylerinde zaman içerisinde (her bir ölçümde) meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu bulguların hastaların ameliyattan sonraki süreçte anksiyetelerinin genel olarak azalmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

7.3.3. Hastaların Kalp Atım Hızının Karşılaştırılması

Ameliyattan önce olguların kalp atım hızı düzeyleri ortalamalarının, eğitim ve müzik uygulaması öncesi deney ve kontrol grubu arasında arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($t=-1,285$; $p=0,200>0,05$) (Tablo 6.6).

Ameliyattan önce olguların kalp atım hızı düzeyleri ortalamalarının, eğitim ve müzik uygulaması sonrası deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan

anlamli bulundu ($t=-4,424$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olgularin kalp atim hizi eğitim ve m#z#k uygulamas# sonrası d#zeylerinin ($x=81,425$), deney grubundaki olgularin kalp atim hizi d#zeylerinden ($x=73,931$) y#ksek olduğu saptandı (Tablo 6.6).

Yoğun bakımda olgularin kalp atim hizi d#zeyleri ortalamalarının m#z#k uygulamas# #ncesi deney ve kontrol grubu arasında arasındaki fark istatistiksel a#ıdan anlamlı olmadığı saptandı ($t=1,463$; $p=0,145>0,05$) (Tablo 6.6).

Yoğun bakımda olgularin kalp atim hizi d#zeyleri ortalamalarının, m#z#k uygulamas# sonrası deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel a#ıdan anlamlı bulundu ($t=-5,360$; $p=0,000<0,05$). Yoğun bakımda m#z#k uygulamas# sonrası kontrol grubundaki olgularin kalp atim hizi d#zeyleri ($x=85,903$), deney grubundaki olgularin kalp atim hizi d#zeylerinden ($x=78,832$) y#ksek bulundu (Tablo 6.6).

Ameliyattan sonra klinikte kontrol grubundaki olgularin kalp atim hizi d#zeylerinin ($x=83,133$), deney grubundaki olgularin kalp atim hizi d#zeylerinden ($x=74,891$) y#ksek olduğu ve istatistiksel a#ıdan anlamlı olduğu bulundu ($t=-6,893$; $p=0,000<0,05$) (Tablo 6.6).

Her iki grup olgularda; kalp atim hizi d#zeylerinin ortalamasında her bir #l#mde meydana gelen d#ş#ş (zaman i#erisinde) istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (Şekil 5).

Arslan ve ark.nın (2008) #ntest sontest kontrol gruplu, anestezi YB#’de yatan hastalarla yaptıkları m#z#k terapinin hastaların fizyolojik durumu #zerine etkisini araştıran #alışmalarının sonucunda deney grubu nabız ortalamalarında anlamlı bir azalma saptamışlardır.

Almerud ve Petersson (2003) yoğun bakımda mekanik ventilat#r desteği alan hastaları deney ve kontrol grubuna ayırarak yaptıkları #alışmada; deney grubuna 60 dakika m#z#k terapi uygulamış ve bu s#re boyunca nabız değerlerini kaydetmişlerdir. #alışma sonucunda deney grubundaki hastaların nabız hizi değerlerinde #nemli azalma olduğu g#sterilmiştir.

Angela ve arkadaşları (2005) mekanik ventilatör desteği alan hastalarda müzik terapinin fizyolojik bulgulara etkisini araştıran çalışmalarında; deney grubuna 30 dakika müzik terapi uygulamış girişim boyunca 5 kez nabız değerini ölçmüşlerdir. Çalışma sonucunda deney grubundaki hastaların nabız hızı ortalamalarının kontrol grubu hastalarından daha fazla azaldığını saptamışlardır.

Chang ve Chen'in (2005) sezeryan esnasında dinletilen müziğin fizyolojik bulgulara etkisini araştıran çalışmalarının sonucunda hastaların nabız ortalamaları arasında önemli bir düşme olduğunu göstermişlerdir.

Wilkins ve Moore (2004) YBÜ'de yatan hastalarla yaptıkları müzik terapinin fizyolojik bulgulara etkisini inceleyen çalışmalarının sonucunda nabız ortalamalarında düşme olduğunu göstermişlerdir.

Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalar üzerinde müziğin etkisinin incelendiği çalışmalarda birçok çalışmanın ameliyat sonrası ağrıyı azalttığı ve sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ve kalp atımı gibi bazı fizyolojik parametrelerde düzelme olduğu gösterilmiştir (Araç 2012).

Yapılan çalışmalara paralel olarak araştırmamızda, eğitim ve müzik uygulama ile deney grubundaki hastaların nabız hız ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde düşmüştür.

7.3.4. Hastaların Solunum Sayısının Karşılaştırılması

Ameliyattan önce olguların solunum sayısı ilk ölçüm ve ikinci ölçüm düzeyleri ortalamalarının, deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,313$; $p=0,755>0,05$) ($t=0,233$; $p=0,816>0,05$) (Tablo 6.7).

Yoğun bakımda olguların ilk ölçüm ve ikinci ölçüm solunum sayısı ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-2,914$; $p=0,004<0,05$) ($t=-2,628$; $p=0,009<0,05$). Yoğun bakımda kontrol grubundaki olguların solunum sayısı ilk ölçüm düzeyleri ($x=15,637$) ve ikinci ölçüm düzeyleri ($x=15,558$), deney grubundaki olguların ilk ölçüm ($x=14,515$) ve ikinci ölçüm düzeylerinden ($x=14,555$) yüksek bulundu (Tablo 6.7).

Ameliyattan sonra klinikte olguların solunum sayısı ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-2,649$; $p=0,007<0,05$). Kontrol grubundaki olguların solunum sayısı ortalaması ($x=20,850$), deney grubundaki olguların solunum sayısı ortalamasından ($x=19,891$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 6.7).

Deney grubundaki olgularda; müzik uygulama öncesi solunum sayısı düzeylerinin, uygulama sonrası meydana gelen düşüş ($p=0,005<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Şekil 6).

Ameliyattan önce kontrol grubundaki olgularda ilk ölçüm solunum sayısı düzeylerine göre, ikinci ölçüm solunum sayısı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$) (Tablo 6.7).

Chlan ve Tracy (1999) ventilatöre bağlı 20 hastada yaptığı çalışmada hastalara 30 dakika klasik müzik dinletisinin nabız ve solunum sayısında anlamlı düzeyde azalma sağladığını bulmuştur.

Cadigan ve arkadaşları (2001) müzik dinleyen KABG hastalarında kan basıncı, solunum sayısı ve psikolojik sıkıntının azalttığını göstermişlerdir. Ayrıca bu hastaların cerrahi sürecinde ve ameliyat sonrası yoğun bakımda sürekli müzik dinletilerek anksiyete düzeyi ve entübasyon süresinin azaltılabildiği belirtilmiştir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki hastaların solunum sayıları ameliyattan önce klinikte anlamlı bir farklılık göstermediği, yoğun bakımda müzik uygulama öncesi ve sonrası düzeylerinde kontrol grubunun yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte ameliyattan sonra klinikte de kontrol grubundaki hastaların solunum sayısı ortalaması deney grubundan yüksekti. Bu bulguların ortaya çıkmasında deney grubundaki hastaların eğitim ve müziğin etkisiyle anksiyetelerinin daha fazla düşmesi ve hastaların daha fazla rahatlamasının etkisi olduğu düşünülmektedir.

7.3.5. Hastaların Vücut Isısı Düzeylerinin Karşılaştırılması

Olguların vücut ısısı düzeyleri ortalamalarının, ilk ölçüm ($t=1,126$; $p=0,262>0,05$), ikinci ölçüm ($t=0,240$; $p=0,811>0,05$), yoğun bakımda ilk ölçüm

($t=-0,589$; $p=0,556>0,05$) ve yoğun bakımda ikinci ölçümde ($t=-0,356$; $p=0,722>0,05$) gruplar arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 6.8).

Olguların ameliyat sonrası klinikte vücut ısısı düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-2,086$; $p=0,038<0,05$). Ameliyat sonrası klinikte kontrol grubundaki olguların vücut ısısı düzeylerinin ($x=36,366$), deney grubundaki olguların vücut ısısı düzeylerinden ($x=36,281$) yüksek olduğu saptandı (Tablo 6.8).

Hathaway (1986) ameliyat öncesi anksiyetenin azaltılmasının ameliyat sonrası ateş, hastanede kalış süresi ve analjezi ihtiyacını azalttığını belirtmiştir.

Çalışma bulgularımızda ameliyat sonrası klinikte kontrol grubunun vücut ısısı düzeyinin fazla olması, anksiyetenin azalmamasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Yaşam bulguları değerlendirildiğinde; deney grubunda vücut ısısı dışındaki tüm parametrelerde anlamlı bir düşüş ve kontrol grubuna göre daha az olduğu görülmüştür. Bu bulgular “Eğitim ve müziğin birlikte uygulandığı KABG hastalarının vücut ısısı, kan basıncı, kalp atım hızı ve solunum sayısında, diğer KABG hastalarına göre olumlu değişiklikler vardır” hipotezimizi doğrulamaktadır.

7.4. Yoğun Bakımda ve Hastanede Kalış Süreleri

Olguların yoğun bakımda kalış süresi (saat) ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t= -10,758$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların yoğun bakımda kalış süresi (saat) ($x=48,867$), deney grubundaki olguların yoğun bakımda kalış süresinden (saat) ($x=24,901$) yüksek bulundu (Tablo 6.9).

Olguların hastanede kalış süresi (gün) ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-6,578$; $p=0,000<0,05$). Kontrol grubundaki olguların hastanede kalış süresinin (gün) ($x=7,504$), deney grubundaki olguların hastanede kalış süresinden (gün) ($x=5,891$) yüksek olduğu saptandı (Tablo 6.9).

Shuldham (2001) ve arkadaşlarının koroner arter baypas cerrahisi hastalarında ameliyat öncesi eğitimin etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi bu tip bir eğitimin elde edilecek hiçbir yararı olmadığını ve hastanede kalış süresini uzattığı şeklinde bir sonuç çıkmıştır. Gelecek araştırmalar devam eden bir eğitim ve destek programını incelemek şeklinde olabilir ve bu araştırmalarda CD-ROM veya internet gibi alternatif yöntemler kullanılabilir.

Cadigan (2001) ve arkadaşları cerrahi sürecinde ve ameliyat sonrası yoğun bakımda sürekli müzik dinletilerek KABG hastalarının anksiyetesi ve entübasyon süresinin azaltılabileceğini belirtmiştir.

Doering (2001) ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada cerrahi girişim öncesi riskler, entübasyon süresi, aritmilerin olması, hemodinamik instabilite ve 12 saatlik sıvı dengesini içeren beşdeğişkenin hastanın YBÜ’de kalma süresini etkilediğini belirlemişlerdir.

Tusek ve arkadaşları (1999) müzik ve düşünme yöntemini birlikte kullanarak etkilerini incelediği çalışmalarında hastanede kalış süresini ortalama 2 gün azalttığını ve maliyeti %19 düşürdüğünü belirtmişlerdir.

Yapılan araştırmalarda müziğin hastaları sakinleştirebildiği, yaşamsal iyileşmeler sağlayabildiği ve hastaların genel rahatlık seviyesini artırabildiği gösterilmiştir.

KABG cerrahisi sonrasında yoğun bakımda ve hastanede kalma süresinin maliyeti belirleyici faktör olduğu bilinmektedir. Bu nedenle iyileşmeyi hızlandırarak kalış sürelerinin kısaltılması için girişimler daha çok araştırılmaktadır.

Çalışmamızda literatürde önerilene benzer şekilde hasta eğitimi video ile yapılmış ve eğitime ek olarak müzik dinletisi de hemşirelik girişimi olarak KABG hastalarına uygulanmıştır.

Deney grubunda yoğun bakımda ve hastanede kalma süresinin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha kısa olması eğitim ve müzik uygulamasının literatürde belirtildiği gibi olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Bu sonuç araştırmamızın “Eğitim ve müziğin birlikte uygulandığı KABG

hastalarının yoğun bakımda ve hastanede kalış süresi, diğer KABG hastalarına göre daha azdır” hipotezini doğrulamaktadır.

7.5. SF36 Yaşam Kalitesi Bulgularına Yönelik Tartışma

Bu çalışmada yaşam kalitesi; sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması, fiziksel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi, emosyonel sağlık problemlerine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi başlıklarını içeren “*fonksiyonel durum*”, mental sağlık, beden ağrıları ve vitalite/enerji/canlılığı içeren “*esenlik*”, bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesini içeren “*genel sağlık anlayışı*” olmak üzere üç temel skala ve fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışını içeren *global yaşam doyumu/kalitesi*” olarak değerlendirilmiştir (Başaran ve ark. 2005, Eser 2006).

Ameliyat öncesi SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinden olan; *fiziksel fonksiyon* (t=1,320; p=0,184), *sosyal fonksiyon* (t=-0,476; p=0,635) *fiziksel rol fonksiyonu* (t=0,046; p=0,964), *duygusal rol fonksiyonu* (t=-0,333; p=0,739), *mental sağlık* (t=1,044; p=0,298), *zindelik / yorgunluk* (t=0,884; p=0,378), *ağrı* (t=-1,202; p=0,228) *genel bakış açısı* (t=0,560; p=0,576) genel sağlık durumunun *geçen zaman süresince değişiklik* (t=-0,599; p=0,547) düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık olmadı görülmüştür (Tablo 6.10).

Bu bulguların ameliyat öncesi hasta gruplarının benzer oluşu ve aynı düzey anksiyete yaşamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Taburculuktan 1 ay sonra SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinden olan; *fiziksel fonksiyon* (t=5,248; p=0,000), *sosyal fonksiyon* (t=4,826; p=0,000), *fiziksel rol fonksiyonu* (t=3,284; p=0,001), *duygusal rol fonksiyonu* (t=4,832; p=0,000), *mental sağlık* (t=6,143; p=0,000<0,05), *zindelik / yorgunluk* (t=7,669; p=0,000), *genel bakış açısı* t=5,825; p=0,000) genel sağlık durumunun *geçen zaman süresince değişiklik* (t=3,621; p=0,000) düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Tablo 6.10). Taburculuktan sonra bu parametrelerde deney grubunun kontrol grubundan yüksek olduğu görüldü.

Taburculuktan 1 ay sonra SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinden **ağrı** düzeyleri ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ve ($t=5,799$; $p=0,000<0,05$) deney grubundaki olguların ağrı düzeylerinin ($x=81,901$), kontrol grubundaki olguların ağrı düzeylerinden ($x=65,699$) yüksek olduğu saptandı (tablo 6.10).

Ameliyat öncesi eğitimin, hastaların yaşam kalitesi ile ilgili tüm parametrelere olumlu yansıdığı belirtilmektedir (Babae et al 2007, Shuldham et al 2002).

Hanser ve Mandel (2005) müzik dinletisinin ağrı, anksiyete ve depresyondan dikkati başka yöne çektiğini ve yaşam kalitesini yükselttiğini tespit etmişlerdir.

Müzik ağrı ve anksiyete gibi semptom yönetiminde kullanılmıştır ve yaşam kalitesinin arttırılması ve manevi iyileşme ile ilişkilendirilmiştir (İkinomui 2002).

Deney grubundaki yaşam kalitesi alt parametrelerinin düzeylerinin yüksek olması eğitim ve müzik uygulamasının yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkisini göstermektedir. Bu da “Eğitim ve müziğin birlikte uygulandığı KABG hastalarının taburculuktan bir ay sonraki yaşam kalitesi, diğer KABG hastalarına göre daha yüksektir” hipotezimizi doğrulamaktadır.

Yaşam kalitesi alt parametrelerinden ağrı düzeylerinde her iki grupta da artış meydana geldiği belirlenmiştir. Bu durumun ameliyat sonrası ameliyat bölgesindeki ağrıdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Deney grubundaki hastaların ağrı düzeylerinde meydana gelen ve anlamlı bulunan artış ile ilgili bulgunun yapılan çalışmalara uyumluluk göstermediği görülmüştür.

Yapılan çalışmalarla uyumlu bir şekilde her iki grupta taburculuktan 1 ay sonraki yaşam kalitesi düzeylerindeki yükselmenin koroner arter hastalarında bypass cerrahisinin olumlu etkisi nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ameliyat öncesi yaşı 61 ve üstü olan hastaların fiziksel fonksiyon puanı, yaşı 51-60 ve 50 ve altı yaş grubu olan hastaların puanından düşük bulundu.

Taburculuktan 1 ay sonra ise fiziksel fonksiyon puanları 51-60 yaş grubunda olanların ($77,208\pm 16,293$), yaşı 61 ve üstü olan hastaların puanlarından

(70,510±19,760) yüksek bulundu (tablo 6.11). Bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=4,124; p=0.017<0.05).

Aydın ve ark. (2002) 65 yaş üstü kardiyak cerrahi uygulanan hastalarda operasyonunu takiben ilk 1 ay içinde, henüz operasyona ait fiziksel rahatsızlıklar bile tam iyileşmeden yaşam kalitesinin düzeldiğini göstermiştir. Bu hastalarda özellikle vücut ağrısı, mental sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyonda belirgin düzelme olduğu belirtilmiştir.

Staniute ve Brozaitiene (2010) çalışmalarında, hastaların yaşam kalitelerindeki en fazla kazanımın ilk 6 aylık dönemde elde edildiğini; bunda ağrı kontrolünün önemli rol oynadığını ileri sürmekte; KABG sonrası erkeklerin avantajlı fiziksel yapıları nedeniyle fiziksel fonksiyon parametrelerinin daha yüksek olduğunu bildirmektedirler. Aynı çalışmada; çalışmamızdan farklı olarak 65 yaş üstünde yaşam kalitesi artışının 65 yaş altına göre daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır. Araştırmacılar bunu, 65 yaş altı olguların operasyon sonrası beklentilerinin daha yüksek olmasına bağlamaktadırlar. KAH cerrahisine karar vermede, 75 yaş üstünde beklenen yaşam kalitesi gelişiminin cerrahi kararı limitleyen bir engel olarak karşımıza çıktığı düşünülmektedir (Loponen et al 2007).

Bir başka çalışmada ise 70 yaş ve üzeri yaş grubunda fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının düşük olduğu bildirilmektedir (Yıldırım ve Atalay 2002).

İlerleyen yaş koroner arter hastalığının yanı sıra, vücut genelinde fiziksel yetersizliklere neden olmakta ve bireyin yaşam kalitesini azaltmaktadır.

Ameliyat öncesi yaşı 50 ve altı olanların duygusal rol fonksiyonu puanları (24,795 ± 40,285), yaşı 51-60 yaş olan hastaların (50,623±45,465) ve yaşı 61 ve üstü olanların duygusal rol fonksiyonu puanlarından (50,725±42,108) düşük bulundu . Ameliyat sonrası ise anlamlı bir fark görülmedi (F=1,764; p=0,174>0.05) (tablo 6.11).

Çalışmada elde edilen bu bulgunun ameliyat öncesi hastaların genç yaşta kalp ameliyatı ile karşılaşması ve geleceğe yönelik kaygıları ile ilgili olacağı düşünülmektedir.

Ameliyat öncesi ve sonrası yaşı 50 ve altı olanların mental sağlık puanları ($39,590 \pm 16,538$), yaşı 51-60 yaş olanlar ($52,935 \pm 18,478$) ve yaşı 61 ve üstü olanların mental sağlık puanlarından ($59,510 \pm 18,138$) düşük bulundu (tablo 6.11). Grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=17,174$; $p=0<0.05$).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi *genel bakış açısı* puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ($F=6,376$; $p=0.002<0.05$). Yaşı 50 ve altı olanların ameliyat öncesi genel bakış açısı puanları ($43,667 \pm 20,369$), yaşı 51-60 yaş olanların ameliyat öncesi genel bakış açısı puanlarından ($55,558 \pm 20,215$) ve yaşı 61 ve üstü olanların puanlarından ($56,327 \pm 18,644$), düşük bulunmuştur (tablo 6.11).

Bu bulguların genç yaş hastaların ameliyat öncesi ve sonrası mental sağlık durumlarının beklentilerin diğer yaş gruplarına göre farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Ameliyat öncesi ve sonrası yaşı 61 ve üstü olan hastaların zindelik/yorgunluk puanları ($54,694 \pm 18,609$), yaşı 51-60 olanların puanlarından ($48,117 \pm 17,321$) ve yaşı 50 ve altı olanların puanlarından ($32,180 \pm 14,859$) yüksek bulunmuştur. Grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,397$; $p=0.001<0.05$) (tablo 6.11).

Çalışma bulgularımıza benzer şekilde, yapılan bir çalışmada 65 yaş üstünde yaşam kalitesi artışının 65 yaş altına göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırmacılar bunu, 65 yaş altı olguların operasyon sonrası beklentilerinin daha yüksek olmasına bağlamaktadırlar (Staniute ve Brozaitiene 2010).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=-2,493$; $p=0,013<0,05$). Erkek olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları

($x=68,201$), kadın olguların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanlarından ($x=59,800$) yüksek bulunmuştur (tablo 6.12).

Taburculuktan 1 ay sonra erkek olguların fiziksel fonksiyon puanları ($x=77,194$), kadın olguların fiziksel fonksiyon puanlarından ($x=68,867$) yüksek bulunmuştur ($t=-3,316$; $p=0,001<0,05$) (tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi *mental sağlık* puanları ortalamalarının *cinsiyet değişkenine* göre farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=3,299$; $p=0,001<0,05$). Kadın olguların ameliyat öncesi mental sağlık puanları ($x=59,307$), erkek olguların mental sağlık puanlarından ($x=50,389$) yüksek bulundu (Tablo 6.12).

Taburculuktan 1 ay sonra kadın olguların mental sağlık puanları ($x=68,640$), erkek olguların mental sağlık puanlarından ($x=61,899$) yüksek bulundu (Tablo 6.12). Grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=2,340$; $p=0,015<0,05$).

Mental sağlık puanının düşük olması, sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları, yüksek olması sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme anlamına gelmektedir.

Çalışmamızda kadın hastaların erkek hastalara oranla daha yüksek mental sağlık puanına sahip olmasının ülkemizdeki erkeklerde geleceğe yönelik kaygı ve aileye bakan kişi olmanın verdiği sorumluluğun getirdiği endişe nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

KABG hastalarında cinsiyetin yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde kadınların morbidite ve sağlık hizmeti kullanımının daha fazla olduğu, kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük bulunduğu ancak kadınların erkeklerden 6-8 yıl daha fazla yaşadıkları saptanmıştır. KABG ameliyatı geçiren erkeklerin mortalite hızları kadınlardan 5 kat fazla bulunmuştur (Demir Korkmaz 2012).

Bir başka çalışma, erkeklerin sağlığa ilişkin yaşam kalitesi değerlendirmelerinin, KABG öncesinde ve sonrasında kadınlara göre daha iyi sonuçlar verdiğini ve bu farkın yalnızca genel sağlık ve ağrı boyutunda olduğunu ileri sürmektedir (Gois, Dantas and Torрати 2009).

Atalay ve Yıldırım'ın (2002), KABG ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada; kadın hastaların esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının erkek hastalara göre yüksek bulunduğu belirtilmektedir.

Barnason ve ark. (2000), KABG ameliyatı olan kadın ve erkek hastaların yaşam kalitesi alt gruplarından fiziksel rol, duygusal rol, sosyal fonksiyon, ağrı, mental durum, canlılık ve genel sağlık açısından fark olmadığı belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer ve farklı bulgulara rastlanmıştır.

Araştırmaya katılan olguların ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre gruplar arası fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=2,048$; $p=0,042<0,05$). Kadın olguların ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk puanları ($x=51,867$), erkek zindelik/yorgunluk puanlarından ($x=46,259$) yüksek bulundu (Tablo 6.12).

Araştırmaya katılan olguların taburculuktan 1 ay sonra zindelik/yorgunluk puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,554$; $p=0,580>0,05$) (Tablo 6.12).

Zindelik/yorgunluk düşük puan, sürekli yorgun ve bitkin hissetme ve yüksek puan sürekli canlı ve enerjik hissetme anlamına gelmektedir.

Çalışmamızın bulguları yaşam kalitesinin cinsiyet faktörüne göre değişimi açısından literatürle tamamen paralellik göstermemektedir.

McHugh ve ark (2001), ameliyat öncesi eğitim alan hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık durumu ve fiziksel rol fonksiyonu alanındaki puanlarında diğer hastalara göre daha büyük bir iyileşme olduğunu bildirmiştir.

Ayrıca müzik terapinin yaşam kalitesine etkisi olduğu literatürde bildirilmiştir (Chan et al 2010, Walworth et al 2008). Literatür bilgileri çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir.

Deney grubundaki olguların taburculuktan 1 ay sonra genel bakış açısı ve geçen yıl süresince değişiklik düzeylerinin, kontrol grubuna göre yüksek olmasının eğitim ve

müzik uygulamasının olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızdaki bulgular literatür ile uyumluluk göstermektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Hastaların demografik özellikler açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$).
- Ameliyat öncesi ilk ölçümde deney grubunun ($x=46,881\pm 13,382$), kontrol grubunun ($x=49,690\pm 14,050$) durumluluk anksiyete düzeyleri yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($t=-1,493$; $p=0,137>0,05$).
- Ameliyat öncesi ikinci ölçümde kontrol grubundaki olguların, durumluluk anksiyete düzeyleri ($x=49,425$), deney grubundaki olguların durumluluk anksiyete düzeylerinden ($x=35,654$) yüksek bulundu ($t=-8,464$; $p=0,000<0,05$).
- Ameliyat sonrası klinikte kontrol grubundaki olguların durumluluk anksiyete düzeyleri ($x=43,832$), deney grubundaki olguların durumluluk anksiyete düzeylerinden ($x=31,475$) yüksek bulundu ($t=-8,997$; $p=0,000<0,05$) (tablo 6.2)
- Ameliyat öncesi ilk ölçümde, deney grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeyleri ($x=40,119$), kontrol grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeylerinden ($x=43,708$) düşük olarak bulundu ($t=-2,483$; $p=0,013<0,05$) (tablo 6.3).
- Ameliyat öncesi ikinci ölçümde, deney grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeyleri ($x=39,238$), kontrol grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeylerinden ($x=43,540$) düşük olarak bulundu ($t=-3,145$; $p=0,002<0,05$) (tablo 6.3).
- Ameliyat sonrası klinikte deney grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeyleri ($x=38,802$), kontrol grubundaki olguların sürekli anksiyete düzeylerinden ($x=43,389$) düşüktü ($t=-3,413$; $p=0,001<0,05$) (tablo 6.3).

- Deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi ilk ölçümde durumluluk anksiyete düzeylerine göre, ikinci ölçümde durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %31'lik düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$). Ameliyat öncesi ilk ölçümde durumluluk anksiyete düzeylerine göre, ameliyat sonrası klinikte durumluluk anksiyete düzeylerinde meydana gelen %49'luk düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$).
- Deney grubundaki olguların sistolik kan basıncı düzeyleri ortalamaları, ameliyat öncesi ikinci ölçümde, yoğun bakımda ikinci ölçümde ve ameliyat sonrası klinikte kontrol grubu olgularının sistolik kan basıncı düzeylerinden daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($t=-5,834$; $p=0,000<0,05$).
- Deney grubu olguların diyastolik kan basıncı düzeyleri ortalamaları, ameliyat öncesi ikinci ölçümde, yoğun bakımda ikinci ölçümde ve ameliyat sonrası klinikte kontrol grubu olgularından daha düşük ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu ($t=-5,834$; $p=0,000<0,05$).
- Deney grubu olguların kalp atım sayısı ortalamaları, ameliyat öncesi ikinci ölçümde, yoğun bakımda ikinci ölçümde ve klinikte kontrol grubu olgulardan daha düşük olduğu istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-5,834$; $p=0,000<0,05$).
- Deney grubu olguların vücut ısısı ve solunum sayısı ortalamaları, ameliyat öncesi ikinci ölçümde, yoğun bakımda ikinci ölçümde ve klinikte kontrol grubu olgulardan daha düşük olduğu istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-5,834$; $p=0,000<0,05$).
- Her iki grubun sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, kalp atım sayısı, solunum sayısı ve vücut ısısı düzeylerinde meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000<0,001$).
- Yoğun bakımda kalış süresinin deney grubunda ($x=24,901$ -saat), kontrol grubunda ($x=48,867$ - saat) olduğu ve deney grubunun yoğun bakımda

kalış süresinin daha kısa olduğu istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-6,578$; $p=0,000<0,05$).

- Deney grubundaki olguların hastanede kalış süresinin (gün) ($x=5,891$) kontrol grubundaki olguların hastanede kalış süresinden (gün) ($x=7,504$) az olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($t=-6,578$; $p=0,000<0,05$).
- Ameliyat öncesi deney ve kontrol grubunun SF-yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt grupları açısından anlamlı bir fark olmadığı bulundu.
- Ameliyat öncesi SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinden olan; *fiziksel fonksiyon* ($t=1,320$; $p=0,184$), *sosyal fonksiyon* ($t=-0,476$; $p=0,635$) *fiziksel rol fonksiyonu* ($t=0,046$; $p=0,964$), *duygusal rol fonksiyonu* ($t=-0,333$; $p=0,739$), *mental sağlık* ($t=1,044$; $p=0,298$), *zindelik / yorgunluk* ($t=0,884$; $p=0,378$), *ağrı* ($t=-1,202$; $p=0,228$) *genel bakış açısı* ($t=0,560$; $p=0,576$) genel sağlık durumunun *geçen zaman süresince değişiklik* ($t=-0,599$; $p=0,547$) düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 6.10).
- Taburculuktan 1 ay sonra SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinden olan; *fiziksel fonksiyon* ($t=5,248$; $p=0,000$), *sosyal fonksiyon* ($t=4,826$; $p=0,000$), *fiziksel rol fonksiyonu* ($t=3,284$; $p=0,001$), *duygusal rol fonksiyonu* ($t=4,832$; $p=0,000$), *mental sağlık* ($t=6,143$; $p=0,000<0,05$), *zindelik / yorgunluk* ($t=7,669$; $p=0,000$), *genel bakış açısı* $t=5,825$; $p=0,000$) genel sağlık durumunun *geçen zaman süresince değişiklik* ($t=3,621$; $p=0,000$) düzeyleri ortalamalarının deney ve kontrol grubu arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Tablo 6.10). Taburculuktan sonra bu parametrelerde deney grubunun kontrol grubundan yüksek olduğu görüldü.
- Taburculuktan 1 ay sonra SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametrelerinden *ağrı* düzeyleri ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ve ($t=5,799$; $p=0,000<0,05$) deney grubundaki olguların

ağrı düzeylerinin ($x=81,901$), kontrol grubundaki olguların ağrı düzeylerinden ($x=65,699$) yüksek olduğu saptandı (tablo 6.10).

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıda sıralanmıŐtır.

- Eğitim ve müzik uygulama yönteminin anksiyete, yaşam bulguları ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi gözönüne alınarak ameliyat öncesi ve sonrası süreçte koroner arter bypass cerrahisi hastalarında uygulanması önerilmektedir.
- Çalışmamızda Türk musikisinin uşŞak makamının ameliyat öncesi ve sonrası dinletilmesinin KABG hastalarında olumlu etkileri görülmesi nedeniyle, müzik uygulamasında hastalara rahatlatıcı müzik türlerinin uygulanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.
- Hemşirelik giriŐimlerinde eğitim ve müzik uygulamasının bakıma yansıtılması için hemşirelik eğitim müfredatlarında müzik terapi derslerine ve hastanelerde hizmet içi eğitimlerde yer verilmesi gerekmektedir.
- Yeni alıŐmalar yapılarak her hastalığa özgü müzik çeŐitlerinin belirlenmesi ve her bir hastalığa, organa ya da iŐleme uygun müzik çeŐitlerinden hastanelerde arŐiv oluŐturulması, hastalara bu arŐivden seçim yapmalarının sağlanması önerilmektedir.
- Müzik terapi derslerinde ve hastanedeki uygulamalarda müzik terapi derneklerinin, niversitelerin Güzel Sanatlar Bölümünün desteklerinin alınması uygundur.
- Hastanelerde kullanımının arttırılması ve bu konunun yaygınlaŐtırılması için uluslararası müzik terapi dernekleri ile iletişim sağlanarak
- Türkiye’de eğitim ve müzik uygulamasına yönelik klinik araştırma sayılarının arttırılması önerilmektedir.

- Çalışma sonuçlarımızın Uluslararası müzik terapi dernekleri ile paylaşılması ve ortak çalışmalar yapılabileceği düşünülmektedir.
- Bu çalışmayı tamamlayıcı olarak müzik terapinin etkilerini inceleyen ve çeşitli eğitim yöntemleri ile etkilerinin karşılaştıran çalışmalar yapılması planlanmaktadır.

KAYNAKLAR

- ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, and Society of Thoracic Surgeons. (2011) 6;58(24):e123-210. [Electronic Journal], 10.1016/j.jacc.2011.08.009.
- Ajorpaz N.M., Shahshahani M., Dianati M. (2011). The effects of music on the anxiety and some physiological indices of patients before general surgery, 1. Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Behbood Journal, 15(2): 90-95.
- Ak AŞ. (2006). *Avrupa ve Türk İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi*, Tarihi gelişimi ve uygulamaları, Ötüken Yayıncılık, İstanbul, s. 215
- Akın S. (2007). Mekanik Ventilatör Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Anksiyetenin Fizyolojik Belirtilerine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Leyla Khorshid).
- Akkaş-Gürsoy A. (2001). Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 1(1): 23-29.
- Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (2012), Cerrahi Hemşireliği, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul
- Akyol A. (1993). Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3) :71-75.
- Allen G. (2007). Effect of music therapy on stress response to day surgery. *AORN*, Oct.
- Allred KD, Byers JF, Lou Sole M. (2010). The Effect of music on postoperative pain and anxiety. *Pain Management Nursing*, Vol 11, No 1, p15-25.
- Almerud S, Peterson K. (2003). Music Therapy A Complementary Treatment For Mechanically Ventilated Intensive Care Patients, *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(1): 21-30.

- Angela O, Chang Y, Chan M, Chan W. (2005). Music and Its Effect on the Physiological Responses and Anxiety Levels of Patients Receiving Mechanical Ventilation: A Pilot Study, *Journal of Clinical Nursing*, 14(5):609-622.
- Araç B. (2012). Müzik terapinin yoğun bakım hastalarının yaşam bulgularına etkisi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Danışman: Yard.Doç.Dr. Seyhan Çıtlık Sarıtaş)
- Argüden Y. (2008). Yaşam kalitesi. *Önce Kalite Dergisi*, s. 12-14.
- Arslan S, Özer N, Özyurt F. (2008) Effect of music on preoperative anxiety in men undergoing urogenital surgery *Australian Journal Of Advanced Nursing* Volume 26 Number 2
- Aşkar FZ, Çetin HY. (2004). Kalp Cerrahisi Hastalarının Yoğun Bakım İzlemi. İçinde: *Kalp Damar Cerrahisi* Eds: Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarioğlu T, Medikal&Nobel, Ankara, s.293-319.
- Aydemir Ö, Köroğlu E. (2006). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. *Hekimler Yayın Birliği*, 346-53.
- Aydın S.,Yavuz T, Düver H., Kutsal A. (2002). 65 Yaş Üstü Hastalarda Koroner Bypass Operasyonlarının Yaşam Kaliteleri Üzerine Erken Dönem Etkisinin Sf-36 Testi İle Tespiti, *Geriatrici Cilt: 5, Sayı: 2, s 66*
- Babae G., keshavarz M., hidarnia a. & shayegan M., (2007). Effect of a health education program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Acta Medica Iranica*, 45(1): 69-75.
- Badır A, Demir Korkmaz F. (2010). Koroner Arter Hastalıkları. İçinde: *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. NobelKitapevi, Adana, s:499–533.
- Bakalım T. (2005). Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Sık Karşılaşılan Komplikasyonlar. İçinde: *Kalp Damar Cerrahisi*. Ed: Duran E, 2. baskı, Çapa Tıp Kitabevi, İstanbul, s1151-1162.
- Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J. (1995). The Effects of Music Interventions on Anxiety in The Patient After Coronary Artery Bypass Grafting, *Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 24;2; 124-132, Marc-april 1995.

- Barnason S., Zimmerman L., Anderson A., Mohr-Burt S., Nieveen J. (2000) Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time. *Hearth&Lung* Vol:29, No:1
- Başaran S, Güzel R, Sarpel T. (2005). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarının Değerlendirilmesi Ölçütleri. *Romatizma*, Cilt:20, Sayı:1.
- Batt-Rawden KB. (2010). The benefits of self-selected music on health and well-being The Arts in Psychotherapy 37 301–310, [Electronic Journal], doi:10.1016/j.aip.2010.05.005
- Black J.M., Hawks J.H. (2009). *Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*. (8th ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Bojar R. (2007). *Kalp Cerrahisinde Perioperatif Yaklaşım*. 4.baskı, Çeviren: Sarıgül A., Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti., Ankara
- Bradley KM, Williams DM. (1990). A comparison of the preoperative concerns of open heart surgery patients and their significant others. *Cardiovasc Nurs*, 5:43-53.
- Bradt J, Dileo C. (2009). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 15;(2):CD006577. [Electronic Journal], doi: 10.1002/14651858.CD006577.pub2.
- Brown JR, Cochran RP, Dacey CS, Ross CS, Kunzelman KS, Dunton RF, BraxtonJH, Charlesworth DC, Clough RA, Helm RE, Leavitt BJ, MacKenzie TA, O'Connor GT. (2006). Perioperative increases in serum creatinine are predictive of increased 90-day mortality after coronary artery bypass graft surgery. *Circulation*, 114(1):409- 413.
- Büket S, Engin Ç, Uç H. (2004). Kardiyopulmoner Bypass. İçinde: *Kalp ve Damar Cerrahisi*. Eds: Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarıoğlu T, Medikal&Nobel, Ankara, s. 115-151.
- Bulut Y. (2011). Açık Kalp Ameliyatı Geçirecek Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Progresif Gevşeme Eğitiminin Cerrahi Stres Tepkisi/Yanıtı Üzerindeki Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yard. Doç.Dr. Meryem YILMAZ)
- Cadigan ME, Caruso NA, Haldeman SM. (2001). The effects of music on cardiac patients on bed rest. *Prog Cardiovasc Nurs*, 16:5-13

- Can E., Can S. (2012). Müzik ve müzik terapisine felsefi yaklaşım, Kalpten Tıbbı, Tıptan Kalbe Rejeneratif Tıp ve Spritüalite Sempozyum-Semineri, TÛMATA 2006-2012, Trakya Üniversitesi Sultan II. Bayezid Külliyesi Sağlık Müzesi, Edirne
- Candan Y, Özşaker E ve ark. Cerrahide hasta eğitimi. Ulusal Cerrahi Kongresi'nde: 2002 Mayıs 15-19, Antalya Türkiye, 371-378.
- Carr E, Thomas VN, Wilson-Barnet J. (2005). Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a Longitudinal Perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 42: 521-530.
- Casey P.E. (2011). Management of Patients With Coronary Vascular Disorders. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing 10th edition 733-748
- Cervellin G, Lippi G. (2011). From music-beat to heart-beat: A journey in the complex interactions between music, brain and heart, *European Journal of Internal Medicine*. [Electronic Journal], doi:10.1016/j.ejim.2011.02.019
- Çevik, A. (1993). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Kliniği, 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi, Sivas, 25- 33,1993
- Chan MF, Chan EA, Mok E. (2010). Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 18, 150-159. [Electronic Journal], doi:10.1016/j.ctim. 2010.02.004
- Chang, S.C., Chen, C.H. (2005). Effects of Music Therapy on Women's Physiologic Measures, Anxiety, and Satisfaction During Cesarean Delivery, *Research in Nursing&Health*, 28:453-461.
- Chlan L, Tracy M F. (1999). Music therapy in criticalcare: Indications and guidelines for intervention. *Critical Care Nurse*, 19:35-41.
- Cimilli C. (2001). Cerrahide Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 4:182-186
- Cirina C.L (1994). Effects of sedative music on patient preoperative anxiety. *Today's OR Nurse*, 16:3:15-18.

Çoban A., *Müzikterapi*, Timaş Yayınları, İstanbul-2005, s. 37

Çobanoğlu A., İsbir S. (2004). Koroner Arter Bypass Cerrahisi.İçinde: *Kalp ve Damar Cerrahisi*. Eds: Paç M., Akçevin M., Aka SA, Büket S, Sarioğlu T, Medikal Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, s.657-667

Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin J.S. (2001). Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *Lancet*, 358:1766–1771.

Connor M (Ed), (2008).Nursing Care of Clients with Coronary Heart Disease. Pearson Prenntice Hall, New Jersey, p. 977- 981.

Coughan A. (). Music therapy in ICU. *Nursing Times*, 90:17:35.

Cunningham T, Monson F, Bookbinder A. (1997). The use of music to decrease anxiety in a hospitalized patient. *J Music Therapy*, 34(3):32– 45.

Daykin, N., Bunt L., McClean S. (2006). Music and Healing in Cancer Care: A Survey of Supportive Care Providers, *The Arts in Psychotherapy*, 10:1016.

Demir Korkmaz F. Kalp Damar Cerrahisinde Yaşam Kalitesi .Cerrahi Bakım Ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, S. 19-21, Mayıs Manisa, 2012.

Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. (2006). Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety? *Patient Education and Counseling* 62 111–117. [Electronic Journal], www.elsevier.com/locate/pateducou

Doering LV, Esmailian F, Imperial-Perez F, Monsein S. (2001). Determinants of intensive care unit length of stay after coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung*, 30(1): 9-17.

Duran E. (2004). Dünyada Kalp Damar Cerrahisinin Tarihçesi. *Kalp Damar Cerrahisi* Ed: Duran E, Çapa Tıp Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, s. 3-8.

Ener S. (2004). Çalışan Kalpte Koroner Cerrahisi. . Eds: Paç M., Akçevin M., Aykut Aka S. ve ark. *Kalp ve Damar Cerrahisi*, MN Medikal Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, s 713-736.

- Engwall M., Duppils GS. (2009) Music as a Nursing Intervention for Postoperative Pain: A Systematic Review, American Society of PeriAnesthesia Nurses, Vol 24, No 6 (December), p 370-383
- Erer, S., Atıcı, E. (2010). Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.36(1): 29-32
- Eser E. (2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim*, 1:1-5.
- Evans D. (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *J Adv Nurs*, 37(1)8-18.
- Falcoz PE, Chocron S, Mercier M, Puyraveau M, Etevent JP. (2002). Comparison of the Nottingham Health Profile and the 36-Item Health Survey Questionnaires in Cardiac Surgery. *Ann Thoracic Surg*, 73(4):1222-1228.
- Fitzsimons D, Parahoo K, Richardson SG, Stringer M. (2003). Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: A qualitative and quantitative analysis. *Heart & Lung* vol. 32, no. 1,Northern Ireland
- Gallagher L.M., Lagman R.,Walsh D., Davis M.P., LeGrand S.B. (2006), The clinical effects of music therapy in palliative medicine, *Support Care Cancer*, 14: 859–866
- Gençel, Ö. (2006). Müzikle Tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 14(2):697-706.
- Giray HS. (2008) Çağlar Boyu Müzikle Tedavi Ve Uygulandığı Hastalıklar, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gois CF, Dantas RA, Torrati FG. (2009). Health-related quality of life before and six months after coronary artery bypass graft surgery, *Rev Gaucha Enferm*. 2009 Dec;30(4):700-7.
- Gökalp PG. (2000). Yaygın anksiyete bozukluğu. İçinde: Anksiyete bozuklukları Ed: Tukul R, Çizgi tıp yayınevi, Ankara, s 137-156
- Greene JA. (2000). Anxiety Disorders. Ed: B.S. Johnson, Psychiatric-Mental Health Nursing Adaptation and Growth. Fourth Ed., Lippincott Company, Philadelphia, p 453
- Güngör S. (1999). Cerrahi girişim yapılacak vakalarda; preoperative dönemde müzik terapi ve dokunma terapi içeren hemsirelik uygulamalarının hasta üzerindeki etkilerinin

aras, tırılması, M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. Deniz ŞELİMEN)

Güvenç RO. (2012). Türk müzik ve hareket terapisi geleneği ve insanlığın yüksek değerleri, Kalpten Tıbbı, Tıptan Kalbe Rejeneratif Tıp ve Spiritüel Sempozyum-Semineri, TÜMATA 2006-2012, Trakya Üniversitesi Sultan II. Bayezid Külliyesi Sağlık Müzesi, Edirne

Hadj A, Esmore D, Rowland M, Pepe S, Schneider L, Lewin J, Rosenfeldt F. (2006). Pre-operative Preparation for Cardiac Surgery Utilising a Combination of Metabolic, Physical and Mental Therapy, *Hearth Lung and Circulation*, 15;172-181.

Hanser, S., & Mandel, S.E. (2005). The Effects of Music Therapy in Cardiac Health Care. Review article. *Cardiology in Review*, 13(1), 18-23 <http://gateway.ut.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi>

Hathaway D. (1986). Effects of preoperative instruction on postoperative outcomes: a meta-analysis. *Nurs Res*;35:269-75.

Heart Disease and Stroke Statistics—2013 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 2013;127:e6-e245 [Electronic Journal], <http://circ.ahajournals.org/>

Hemmerling TM, Prieto I, Choiniere JL, Basile F, Fortier JD. (2004). Ultra-fast-track anesthesia in off-pump coronary artery bypass grafting: a prospective audit comparing opioid-based anesthesia vs thoracic epidural-based anesthesia. *Can J Anaesth* ; 51: 163-8

Ikonomidou E, Rehnstrom A, Naesh O. (2004). Effect of music on vital signs and postoperative pain. *AORN Journal*, August.

Inwood HL. (2002) *Adult Cardiac Surgery Nursing Care and Management*. Whurr Publishers Ltd, London N1 2UN, England

Isher SK. (2010). Does preoperative education reduce anxiety in patients undergoing: Coronary artery bypass surgery Systematic review, september.

Ivarsson B, Larsson S, Sjöberg T. (2004). Patient Experiences of Support While waiting for Cardiac Surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3, 183-191.

- Johnson B, Raymond S, Goss J. (2012). Perioperative Music or Headsets to Decrease Anxiety, *American Society of PeriAnesthesia Nurses*, p:146-154.
- Karin S. (2008). Music Therapy For Post Operative Cardiac Patients A Randomized Controlled Trial Evaluating Guided Relaxation With Music And Music Listening On Anxiety, Pain, And Mood, Submitted for the Degree of Doctor of Philosophy, Department of Communication Aalborg University, Supervisor: Prof. Dr. Tony Wigram.
- Keçeligil HT. (2005). Erişkin Kalp Cerrahisi Sonrası Yoğun Bakım. İçinde: *Kalp Damar Cerrahisi* Ed: Duran E, Çapa Tıp Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, s. 1134-1148.
- Kelly RB, Falvo DR. Patient education. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. Sixth ed. Saunders Com, Philadelphia. 2002: 253-61.
- Kemper KJ, Danhauer SC. (2005). Music as therapy. Featured CME Topic: Complementary and Alternative Medicine. *Southern Medical Journal*, vol: 98, No: 3. [Electronic Journal], [http:// Journals.lww.com/smajournalonline/ fulltext/2005/03000/Music_as_Therapy.7.aspx](http://Journals.lww.com/smajournalonline/fulltext/2005/03000/Music_as_Therapy.7.aspx)
- Kervan Ü, Koç O, Özatik MA, Bayraktar G, Şener E, Çağlı K, Yekeler İ, Paç M. (2011). Türkiye’deki kalp damar cerrahisi kliniklerinin dağılımı ve hizmetlerinin niteliği. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 19(4):483-489.
- Kim H, Garvin BJ, Moser DK. (1999). Stress during mechanical ventilation: benefit of having concrete objective information before cardiac surgery. *Am J Crit Care*, 8:118–26
- Knight WEJ, Rickard NS. (2001). Relaxing music prevents stress-induced increases in subjective anxiety, systolic blood pressure and heart rate in healthy males and females. *Journal of Music Therapy*, 38:254-272.
- Koivula M, Tarkka MT, Tarkka M, Laippala P, Ilmonen M. (2002). Fear and anxiety in patients at different time points in the coronary artery bypass process. *International Journal of Nursing Studies*, 39:811-822.
- Krout RE. (2001). The effects of singlesession music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *Am J Hospice Palliat Care*, 18:383–390.

- Krout RE. (2003). Music therapy with imminently dying hospice patients and their families: facilitating release near the time of death. *Am J Hospice Palliat Care*, 20:129–134.
- Loomba RS, Shah PH, Chandrasekar S, Arora R, Molnar J. (2012). Effects of music on systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and heart rate: a meta-analysis. *Indian Heart Journal*, 64(3), 309–313, [Electronic Journal], www.sciencedirect.com
- Lee KC.,Chao YH, Yiin JJ, Chiang PY,Chao YF (2011). Effectiveness of different music-playing devices for reducing preoperative anxiety: A clinical control study, *International Journal of Nursing Studies*, [Electronic Journal], doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.04.001
- Liao L, Jollis JG, DeLong ER, Peterson ED, Morris KG, Mark D. (1996). Impact of an interactive video on decision making of patients with ischemic heart disease. *J Gen Med*, p.373–378.
- Loponen P, Luther M, Wistbacka JO, Korpilahti K, Laurikka J, Sintonen H, Huhtala H, Tarkka MR. (2007). Quality of life during 18 months after coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg*. Jul;32(1):77-82.
- Mahler HI, Kulik JA, Tarazi RY. (1999). Effects of a videotape information intervention at discharge on diet and exercise compliance after coronary bypass surgery. *J Cardiopulm Rehabil*, 19, pp. 170–177.
- Martin CG, Turkelson SL. (2006). Nursing Care of the Patient Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting, *Journal of Cardiovascular Nursing* , Vol. 21, No. 2, pp 109-117, Lippincott Williams & Wilkins, Inc. [Electronic Journal], http://www.nursingcenter.com/lnc/pdfjournal?AID=638956&an=00005082-200603000-00006&Journal_ID=&Issue_ID=
- Martin, L.M., Halpin, L.S., Barnett, S.D., Speir, A.M., Hunt, S.L., Mukherjee, N., Ad, N. (2008). The Association Between Early Outcome, Health-Related Quality of Life, and Survival Following Elective Open-Heart Surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(5), 432-442.
- Mccaffery, R.G. (2006). The Lived experience of listening to music while recovering from surgery. *Journal of Holistic Nursing*, 18(4): 378-390.

- McCaffrey R, Locsin R. (2002). Music listening as a nursing intervention: A symphony of practice. *Holist Nurs Pract*, 16:70-77.
- McCaffrey, R.G., & Good, M. (2000). The Lived Experience of Listening to Music While Recovering From Surgery. *Journal of Holistic Nursing*, 18(4), 378-390.
- McCrone S, Lenz E, Tarzian A, Perkins S. (2001). Anxiety and Depression: Incidence and patterns in patients after coronary artery bypass graft surgery. *Applied Nursing Research*, 14:3: 155-164.
- McHugh, F., Lindsay, G. M., Hanlon, P., Hutton, I., Brown, M. R., Morrison, C. & Wheatley, D. J. (2001) Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomised controlled trial. *Heart* 86, 317-323.
- Metzger LK. (2004). Heart Health and Music: a Steady Beat or Irregular Rhythm?, *Music Therapy Perspectives*, 22(1): 21-25.
- Miluk-Kolasa, B., Klodecka-Rozka, J., & Stupnicki, R. (2002). The effect of music listening on perioperative anxiety levels in adult surgical patients. *Polish Psychological Bulletin*, 33(2), 55- 60.
- Miluk-Kolasa, B., Matejek, M., & Stupnicki, R. (1996). The Effects of Music Listening on Changes in Selected Physiological Parameters in Adult Pre-Surgical Patients. *Journal of Music Therapy*, 33(3), 208-218.
- Morgan C, Sykora K, Naylor C. (1998). Analysis of Death While Waiting for Cardiac Surgery Among Consecutive Patient in Ontario, Canada, The Steering Committee of The Cardiac Care Network of Ontario. *Heart*, 79:4: 345-349.
- Morris D. (2009). Music Therapy. In: *Holistic Nursing: A handbook for practice*. Eds: Dossey BM, Keegan L. 5th ed, Jones and Bartlett Publishers, USA, p.327-336
- Müezzinoğlu T. (2005). Yaşam Kalitesi; Üroonkoloji derneği 2004 güz dönemi konuşması. *Üroonkoloji Bülteni* 1:25-29.
- Mullen-Fortino M., O'Brien N. (2009). Caring for a patient after coronary arter surgery, *Nursing Critical Care* 1 Volume 4, Number 1,

- Nilsson, U. (2003). The effect of Music and Music in Combination with Therapeutic Suggestions on Post operative Recovery. Academic dissertation. Sweden: Linkopings Universitet, Faculty of Health Sciences
- Nilsson U. (2004) Music and Health; How to use music in surgical care, International Academy for Design and Health. p: 103-109
- Nilsson, U., Unosson, M., & Rawal, N. (2005). Stress reduction and analgesia in patients exposed to calming music postoperatively: a randomized controlled trial. *European Journal of Anaesthesiology*. 22: 96-102.
- Nilsson U. (2008). The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review, *AORN Journal*, April
- Nilsson U.(2009). The effect of Music intervention in stress response to Cardiac Surgery in Randomized Clinical Trial, *Heart&Lung*, 38:3.
- Okanlı A, Özer N, Çevik Akyıl R, Koçkar C. (2005). Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. 3. Uluslar arası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir.
- Öksüz E, Malhan S. (2005). Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Başkent Üniversitesi, Ankara, 1-33.
- Öner N., LeCompte A.(1998). Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri El Kitabı. 2. baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Özkan S. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü: I. Ulusal ve Uluslararası & ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi'inde: 2001 Eylül 19-22, Kapodokya, Türkiye. İstanbul, Bilmedya Grup, 2003; 275-280.
- Öztürk, L., Erseven, H., Atik, MF. (2009). Makamdan Şifaya. 1. Baskı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul.
- Özyılkan Ö. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, s. 14-6, Nisan 2004.

- Parent N, Fortin F. (2000). A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: Impact on anxiety, self-efficacy expectation, and self-reported activity. *Heart&Lung*, 29(6):389-400.
- Peynircioğlu, Z. F. (1996). M¼zikte Algılama ve Bellek, *T¼rk Psikoloji Dergisi*, 11(36), 14, .25-36.
- Roberts, B., Chaboyer, W. (2004). Patients' Dreams and Ureal Experiences Following Intensive Care Unit Admission, British Association of Critical Care Nurses. *Nursing in Critical Care*, 9(4):173-180.
- Rymaszewska J., Kiejna A, Hadrys T., (2003). Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *European Psychiatry*. 18(4), Pages 155-160
- Şahin H. (1997). Eski bir kavram, yeni bir ölç¼t¼; Yaşam Kalitesi. *Toplum ve Hekim*,12:77, s.40-46, İstanbul.
- Salmon P. (1993). The reduction of anxiety in surgical patients: an important nursing tasks or the medicalization of preparatory worry? *International Journal of Nursing Studies*, 30:4:323-330.
- Sampalis J, Boukas S, Liberman M, Reid T, Dupuis G. (2001). İmpact of waiting time on the quality of life of patients awaiting coronary artery bypass grafting. *CMAJ*, 21; 165 (4): 429-33.
- Sarıb¼lb¼l O. (2005). Açık Kalp Makinası Ekstrakorporal Dolaşım. İçinde: *Kalp Damar Cerrahisi*. Ed: Duran E, Çapa Tıp Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, s1047-1068
- Sausser S, Waller RJ. (2005). A Models for Music Therapy with Students with Emotional and Behavioral Disorders, *The Arts in Psychotherapy*.
- Şelimen D, Işık Andsoy I. (2011). The Importance of a Holistic Approach During the Perioperative Period, *AORN Journal* , Vol 93 No 4. [Electronic Journal], doi: 10.1016/j.aorn.2010.09.029
- Sendelbach SE, Halm MA, Doran KA, Miller EH, Gaillard P. (2006). Effects of Music Therapy on Physiological and Psychological Outcomes for Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(3) 194-200.

- Şengül E. (2012). Edirne sultan II. Bayezid darüşşifasında müzikle tedavi ve sağlık müzesi'nin Türk Tedavi musikisinin tanıtımındaki rolü, Kalpten Tıbbı, Tıptan Kalbe Rejeneratif Tıp ve Spritüalite Sempozyum-Semineri, TÜMATA 2006-2012, Trakya Üniversitesi Sultan II. Bayezid Külliyesi Sağlık Müzesi, Edirne
- Shaw GL. (1999). Music enhances spatial-temporal reasoning: towards a neurophysiological basis using EEG. *Clinical Electroencephalography*, 30:151-155.
- Shuldham CM, Fleming S, Goodman H. (2002). The İmpact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. a randomized controlled clinical trial, *Eur Heart J*. 23 (8): 600-1.
- Shuldham CM. (2001). Pre-operative Education for The Patient Having Coronary Artery Bypass Surgery. *Patient Education and Counseling*, 43(2):129-137.
- Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. (2003). The İmpact of preoperative Information on State Anxiety, Postoperative Pain and Satisfaction with Pain Management. *Patient Education and Counselling* 51:169- 176.
- Smith, M. (2008). Anxiety attacks and disorders: Guide to the signs, symptoms, and treatment options. [Electronic Journal], http://www.helpguide.org/mental/anxiety_types_symptoms_treatment.htm
- Somakçı P. (2003). Türklerde müzikle tedavi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15:2, 131-140.
- Sönmez B. (2012). Kalp cerrahisi yoğun bakımında müzik ile tedavi, Memorial Hastanesi deneyimi, Kalpten Tıbbı, Tıptan Kalbe 10 - Rejeneratif Tıp ve Spritüalite Sempozyum-Semineri, Trakya Üniversitesi Sultan II. Bayezid Külliyesi Sağlık Müzesi, Edirne.
- Sorlie T, Busund R, Sexton J, Sexton H, Sorlie D. (2007). Video information combined with individualized information sessions: Effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery-A randomized trial. *Patient Educ Coun.*, 65(2):180-8.
- Staniute M, Brozaitiene J. (2010). Changes in health-related quality of life among patients with coronary artery disease: A 2-year follow-up. *Medicina (Kaunas)*, 46(12): 843-50.
- Sutoo D, Akiyama K. (2004). Music improves dopaminergic neurotransmission: demonstration based on the effect of music on blood pressure regulation. *Brain Research*, 1016, p 255–262, [Electronic Journal], www.sciencedirect.com

- Szekely A, Nussmeier NA, Miao Y, Huang K. (2011). A multinational study of the influence of healthrelated quality of life on in-hospital outcome after coronary artery bypass graft surgery. *Am Heart J*;161:1179-1185.
- Szekely A., Balog P., Benko E., Breuer T., Szekely J., Kertai M.D., Horkay F., Kopp M.S. & Thayer J.F. (2007). Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery--a 4-year follow-up study. *Psychosom Med.* 69(7):625-31.
- Talas SM. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Hizmetleri. 2005: 139-145.
- The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag, 1994:41-57.
- Tokcan A, Yalınız H. (2005). Ülkemizde Kalp Cerrahisinin Tarihçesi. İçinde: *Kalp Damar Cerrahisi*. Ed: Duran E, 2. Baskı, Çapa Tıp Kitabevi, İstanbul, s. 13-18.
- Tully P, Baker, R, Knight J. (2008). Anxiety and Depression as Risk Factors for Mortality After Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of Psikosomatic Research*, 64: 287-290.
- Türgay A, Süzen B, Yıldırım B, Sarı D, Kuyurtar F, Tosun H, Küçük L, Aydınoglu N, Gençtürk N, Işık R, Akpınar R, Çelik S, Sarvan S, Ertem Ü, Usta Y, Demir Y. (2011). F.A. Ay (Ed) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevi, p:661-662
- Türk Müzik Terapi Geleneği ve Tıp. TUMATA Çalışmaları, 2010, İstanbul
- Tusek, D.L., Cwynar, R., & Cosgrove, D.M. (1999). Effect of Guided Imagery on Length of Stay, Pain and Anxiety in Cardiac Surgery Patients. *Journal of Cardiovascular Management*, March/April. 22-28.
- Twiss E, Seaver J, McCaffrey R. (2006). The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. *Nursing in Critical Care*, 11(5), 224–231.
- Uçan Ö, Ovayolu N. (2006). Müzik ve tıpta kullanımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:1, Sayı:3.
- Uçaner, B., Öztürk, B. (2009). Türkiye’ de ve Dünyada Müzikle Tedavi Uygulamaları. 1. Uluslararası Eğt.Arş.Kongresi, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi.

- Underwood MJ, Firmin RK, Jehu D. (1993). Aspects of psychological and social morbidity in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Br Heart J*. 69:382–384
- Varol Ş. (1998) Sedatif Müziğin Preoperatif Kaygı Düzeyine, İntraoperatif Kan Basıncı ve Nabız Parametrelerine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Türkan Özbayır).
- Vivian H. T. (1998). Preparing patients for early discharge after CABG. *American Journal of Nursing*, 98(5); 49-51.
- Voss JA, Good M, Yates B, Baum M, Thompson A, Hertzog M. (2004). Sedative Music Reduces Anxiety and Pain during Chair Rest after Open Heart surgery. *Pain*, 112: 197-203.
- Vural F. (2006). Koroner arter Bypass Greft uygulamasında düşünme ve müziğin iyileşme sürecine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Eti ASLAN)
- Walworth D, Rumana CS, Nguyen J, Jarred J. (2008). Effects of live music therapy sessions on quality of life indicators, medications administered and hospital length of stay for patients undergoing elective surgical procedures for brain. *J Music Ther*, 45(3):349-59.
- Watt-Watson J, Stevens B, Katz J, Costello J, Reid GJ, David T. (2004). Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery. *Pain*, p 109
- White JM. (2000). State of science of music interventions. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 12:219-225
- White JM. (2001). Music as intervention a notable endeavour to improve patients outcome. *Holistic Nursing Care*,; 36:83-92.
- Wilkins, M., Moore, M. (2004). Music Intervention in The Intensive Care Unit: A Complementary Therapy To Improve Patient Outcomes, *Evidence-Based Nursing*, 7:103-104.
- Wong HLC, Lopez-Nahas V, Molassiotis A. (2001). Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. *Heart& Lung*, 30:5:376-87.

- Yamasaki A, Booker A, Kapur V, Tilt A, Niess H, Lillemoe KD, Warshaw AL, Conrad C. (2012). The impact of music on metabolism. *South Med J.*, Sep; 105(9):486-90. [Electronic Journal], doi: 10.1097/SMJ.0b013e318264450c
- Yehuda N. (2011) Music and stress, *J Adult Dev* 18:85–94,DOI 10.1007/s10804-010-9117-4
- Yıldırım N, Atalay M. (2002) Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi* 4(1).
- Yıldırım S, Gürkan A. (2007) Müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve kaygı düzeyine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:37-45.
- Yılmaz AT, Şener E, Kuralay E, Genç O, Günay C. (2004) Minimal Invaziv Kalp Cerrahisi. İçinde: *Kalp ve Damar Cerrahisi*. Eds: Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarioğlu T, Medikal&Nobel, Ankara, s. 681-713.
- Yılmaz E. (2012). Cerrahi Hemşireliği ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Yapılan Çalışmalar-Ulusal Boyut. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, s. 19-21, Manisa.
- Yorgancıoğlu AC, Tokmakoğlu H. (2004). Kardiyovasküler Fonksiyon ve Fizyoloji. Eds: Paç M., Akçevin M., Aykut Aka S. ve ark. *Kalp ve Damar Cerrahisi*, Medikal Nobel Tıp Kitabevi, Ankara. s 21-32
- Zorlutuna Y. (2004). Koroner Revaskülarizasyonda Cerrahi Endikasyonlar. Eds: Paç M., Akçevin M., Aykut Aka S. ve ark.: *Kalp ve Damar Cerrahisi*, s 645-656, MN Medikal Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.

HASTA BİLGİ FORMU

Anket No:

Protokol No:

Tanı :

Tarih :

Yatış tarihi :

Ameliyat tarihi:

Cep tel :

Ev Telefon No :

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

3. Eğitim durumunuz

 İlk okul Orta okul Lise Üniversite Y.Lisans/Doktora4. Çalışıyor musunuz? ----- Evet Hayır

5. Yanıtınız evet ise mesleğiniz -----

6. Sağlık güvenceniz?-----

7. Medeni durumunuz

 Evli Bekar

8. Çocuğunuz var mı?

 Yok Var

Sayı.....

9. Sigara kullanıyor musunuz?

 Evet

Süre:Adet/Gün

 Hayır Bıraktım

10. Daha önceden herhangi bir ameliyat oldunuz mu?

 Evet Hayır

11. Cevabınız Evet ise ne ameliyatı oldunuz?

.....

12. Önceki ameliyatınızla ilgili bilgilendirildiniz mi?

 Evet Hayır

13. Kalp hastalığınız dışında herhangi bir hastalığınız var mı?

 Evet Hayır

HASTA İZLEM FORMU**(EK-2)****DENEY GRUBU****Hasta Adı Soyadı:****Tarih:**

Yaşam Bulguları	Ameliyattan Bir Gece Önce Akşam		Ameliyattan Sonra Yoğun Bakıma Alındıktan 2 Saat Sonra		Yoğun Bakımdan Kliniğe Transferinden Sonraki 24 saatlik ortalama
	Müzik Uygulama Öncesi	Müzik Uygulama Sonrası	Müzik Uygulama Öncesi	Müzik Uygulama Sonrası	
Vücut Isısı (C)					
Kan basıncı (mmHg)					
Kalp Atım Hızı (dk)					
Solunum Sayısı					

Yoğun Bakımda Kalış Süresi:**Hastanede Kalış süresi:**

.....

KONTROL GRUBU:**Hasta Adı Soyadı:****Tarih:**

Yaşam Bulguları	Ameliyattan Bir Gece Önce Akşam	Ameliyattan Sonra Yoğun Bakıma Alındıktan 2 Saat Sonra	Yoğun Bakımdan Kliniğe Transferinden Sonraki 24 saat içinde
Vücut Isısı (C)			
Kan basıncı (mmHg)			
Kalp Atım Hızı (dk)			
Solunum Sayısı			

Yoğun Bakımda Kalış Süresi:**Hastanede Kalış süresi:**

DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ

(EK-3.1)

ÖN BİLGİ: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada **şu anda** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki sentezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

SÜREKLİLİK KAYGI ÖLÇEĞİ

(EK-3.2)

ÖN BİLGİ: Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin.

	Hemen Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
1. Genellikle keyfim yerindedir	1	2	3	4
2. Genellikle çabuk yoruluyorum	1	2	3	4
3. Olur olmaz hallerde ağlayacak gibi olurum	1	2	3	4
4. Başkaları kadar mutlu olmayı isterdim	1	2	3	4
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
6. Kendimi zinde hissederim	1	2	3	4
7. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	1	2	3	4
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	1	2	3	4
9. Gerçekte çok önemli olmayan şeyler için endişelenirim	1	2	3	4
10. Genellikle mutluyum	1	2	3	4
11. Her şeyi kötü tarafından alırım	1	2	3	4
12. Genellikle kendime güvenim yoktur	1	2	3	4
13. Genellikle kendimi emniyette hissederim	1	2	3	4
14. Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçınırım	1	2	3	4
15. Genellikle kendimi hüzünlü (kederli) hissederim	1	2	3	4
16. Genellikle hayatımdan memnunum	1	2	3	4
17. Aklımdan bazı önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	1	2	3	4
18. Hayal kırıklığını öylesine ciddiye alırım ki unutamam	1	2	3	4
19. Tutarlı bir insanım	1	2	3	4
20. Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim	1	2	3	4

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**(EK 4)**

- Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
a. Mükemmel b. Çok iyi c. İyi d.Orta e.Kötü
- Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b. Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c. Bir yıl öncesine hemen hemen aynı
d. Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e. Bir yıl öncesinden çok daha kötü
- Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, Oldukça kısıtlıyor	Evet, Biraz kısıtlıyor	Hayır, Hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir-iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

- Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde her zaman ki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?
- Hiç etkilemedi
 - Biraz etkiledi
 - Orta derecede etkiledi
 - Oldukça etkiledi
 - Aşırı etkiledi
7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?
- a. Hiç b. Çok Hafif c. Hafif d. Orta e. Şiddetli f. Çok şiddetli**
8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?
- Hiç etkilemedi
 - Biraz etkiledi
 - Orta derecede etkiledi
 - Oldukça etkiledi
 - Aşırı etkiledi
9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğiniz ile ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?
- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Bazen d. Nadiren e. Hiçbir zaman**

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar

Ön Değerlendirme Komisyonu

Sayı : 17

Konu : M.Ü.Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Raporu

İstanbul, 17/08/2010

Sayın Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

72 protokol nolu "Koroner Bypass Cerrahinde Eğitim ve Müziğin Anksiyete Düzeyi, Yaşam Kalitesi ve İyileşme Sürecine Etkisi" isimli projeniz Enstitümüzün ön değerlendirme komisyonunda incelenmiş ve araştırmanın Komisyonumuzun ön değerlendirme kriterlerine uygunluğuna karar verilmiştir.

Doç. Dr. Ümit ŞEHİRLİ
Komisyon Başkanı

Öğrenci: Sibel KOŞUCU

Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampusu
34688 Üsküdar İSTANBUL

0 (216) 414 44 23
0 (216) 414 44 23/12 (Faks)

saglikogrenci@marmara.edu.tr
http://saglik.marmara.edu.tr



T.C.

İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık MüdürlüğüSayı :SG.B104İSM.4344743.605.99/4330
Konu :Araştırma İzni

10/11/2010

DR.SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Sibel KOŞUCU'nun "Koroner Bypass Cerrahisinde Eğitim ve Müziğin Anksiyete Düzeyi, Yaşam Kalitesi ve İyileşme Sürecine Etkisi" konulu araştırma çalışmasını Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ektedir. Çalışmanın kurumunuzda uygulanması sırasında protokol dışına çıkılmaması için gerekli özenin gösterilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz.Dr.İbrahim TOPÇU
Müdür a.
Sağlık Müdür YardımcısıEK :Protokol örneği (1 adet - 1 sayfa)
:Anket Örneği (4 adet - 9 sayfa)

DAĞITIM:

Gereği:

Dr.Siyami Ersek E.A.H.

Bilgi:

Marmara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

TA:	12-11-2010
NO:	7155

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Strateji Geliştirme Birimi
Telefon: (0 212) 453 08 74 - (0 212) 453 39 24 / Faks: (0 212) 453 39 89
e-posta: istanbul.strateji@gmail.com Elektronik Ağ: www.istanbulsaglik.gov.tr

12.11.2010

Başkanın
Sah. BirkubukYardımcı
Müd. Yard.149
12.11.2010



1993

Başkent Üniversitesi

Tıp ve Sağlık Bilimleri
Araştırma KuruluSayı: B.30.2.BŞK.0.05.05.01/642
Konu: Proje onayı

28/09/2010

Dr. Zeynep Kayhan
Dr. Hakan Özkardeş
Dr. A. Eftal Yücel
Dr. Feride Şahin
Dr. Handan Özdemir
Dr. Şule Bulut
Dr. Meriç Çolak

İstanbul Araştırma ve Uygulama Merkezi
Başhemşireliğine,

Baş hemşire yardımcısı Sibel Nargiz Koşucu tarafından yürütülecek olan KA10/137 nolu "Koronar Arter Bypass Cerrahisinde Eğitim ve Müziğin Anksiyete Düzeyi, İyileşme Süreci ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı araştırma projesi 11/03/2010 tarihli Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 2. maddesi (aa) "**girişimsel olmayan klinik araştırma**" bendi kapsamında değerlendirilmiş ve bilimsel olarak uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Prof. Dr. Zeynep Kayhan

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

- Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.
- This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

LD

İşlemlerinizi hızlandırmak için anabilim dalı üzerinden resmi yazışma ve imza gerektirmeyen her türlü bilgi alışverişinde arastirma@baskent.edu.tr e-posta adresimizi kullanınız (Bağlantı- Araştırma Kurulu Sekreteri: Liliyer Demirağ).

Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı
16. Sokak No. 11
Bahçelievler, 06490
Ankara

Tel : 0312 212 90 65

Faks : 0312 221 37 59

arastirma@baskent.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

(EK-8)

Kişisel Bilgiler

Adı	SİBEL	Soyadı	NARGİZ KOŞUCU
Doğum Yeri	KAYSERİ	Doğum Tarihi	06.06.1980
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	45295492932
E-mail	sibelnargiz@gmail.com	Tel	05054093629

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Marmara Üniversitesi, Sağlık Bil. Enst, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	2006-Halen
Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	2005
Lisans	Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü	2002
Lise	Kayseri Argıncık Lisesi	1997

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Başhemşire Yardımcısı	Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	2008-Halen
2. Eğitim Hemşireliği	Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	2006-2008
3. Cerrahi Servis Hemşireliği	Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi	2002-2006

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin