



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AMELİYAT SONRASI YOĞUN BAKIMDA MEKANİK
VENTİLASYONA BAĞLI HASTALARDA MÜZİK DİNLEMENİN
ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ**

Mehtap GÜNGÖR ÇAĞLAR

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAĞLU

İSTANBUL-2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AMELİYAT SONRASI YOĞUN BAKIMDA MEKANİK VENTİLASYONA
BAĞLI HASTALARDA MÜZİK DİNLEMENİN ANKSİYETE ÜZERİNE
ETKİSİ**

Mehtap GÜNGÖR ÇAĞLAR

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU

İSTANBUL-2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı :Hemşirelik
Program :Hemşirelik
Öğrenci No :144204001
Öğrenci Adı Soyadı :Mehtap GÜNGÖR ÇAĞLAR

Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Mekanik Ventilasyona Bağlı Hastalarda Müzik Dinlemenin Anksiyete Üzerine Etkisi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 08.05.2018 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.


Jüri Başkanı :Prof.Dr. Birsen YÜRÜGEN
(Okan Üniversitesi)



Danışman :Dr.Öğr.Üyesi Elçin BABAOĞLU
(Üsküdar Üniversitesi)



Üye :Prof.Dr. Besti ÜSTÜN
(Üsküdar Üniversitesi)



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Nilgün SARP
Enstitü Müdürü

AMELİYAT SONRASI YOĞUN BAKIMDA MEKANİK VENTİLASYONA BAĞLI HASTALARDA MÜZİK DİNLEMENİN ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Bu çalışma ameliyat sonrası yoğun bakımda mekanik ventilasyona bağlı hastalarda müzik dinlemenin anksiyete üzerine etkisinin değerlendirilmesi için yarı deneysel olarak yapıldı.

Araştırma Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Ünitesi Yoğun Bakım biriminde ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyona bağlı hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Bu sınırlamalara uygun olarak seçilmiş hastalar örnekleme (n=30) oluşturmuştur. Araştırmaya girecek örneklem büyüklüğünü tespit edebilmek amacı ile Power analizi yapılmıştır. Power analizine göre 15 hasta deney, 15 hasta kontrol grubundan alınmıştır. Deney ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet gruplarına göre eşleştirilerek oluşturulmuştur. Grupların homojenliği sağlanmıştır.

Veriler; hasta tanıtım formu, hasta izlem formu, Ramsey Sedasyon Ölçeği (RSÖ), Glaskow Koma Skalası (GKS),Yüz İfadesi Skalası (Face Skala), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) kullanılarak elde edildi.

Araştırmaya katılmayı kabul eden deney ve kontrol grubundaki bireylere uygulama öncesi, hasta tanıtım formu, hasta izlem formu, Ramsey Sedasyon Ölçeği (RSÖ), Glaskow Koma Skalası (GKS),Yüz Anksiyete Skalası (Face Anxiety Scale), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) değerlendirilerek kaydedilmiştir. Deney grubundaki hastalara yumuşak enstrümantal müzik (öğleden sonra etkili olan insana sefa (neşe-huzur veren Rast Makamı) MP3 Player ve kulaklıkla 60 dakika dinletirilmiştir. Fizyolojik parametreler ve yüz ifadesi skalası müzik dinletiminden önce, müzik dinletiminin 30. dakikasında, müzik dinletiminin 60. dakikasında, müzik dinletimi bittikten yarım saat sonra (90. dakika) ölçülmüştür. Durumluluk Kaygı Envanteri müzik dinletiminden önce ve müzik dinletimi bittikten yarım saat sonra (90. dakika) değerlendirilmiştir.

Çalışma verileri değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında Paired Sample t test ve Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. Değişkenlerin takiplerinin değerlendirmesinde Repeated Measures Test, Friedman Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni Test, Dunn's Test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda müzik dinletiminin ameliyat sonrası mekanik ventilasyona bağlı olan hastaların anksiyete belirtilerinden; sistolik kan basıncı, nabız hızı, durumluluk anksiyete puanı ve yüz anksiyete puanı değerlerini olumlu yönde etkilediği ve bu değerleri azalttığı; solunum hızı, diyastolik kan basıncı ve oksijen saturasyonu değerlerini etkilemediği saptanmıştır.

Elde edilen veriler doğrultusunda, müzik dinletiminin ameliyat sonrası mekanik ventilasyona bağlı olan hastalarda anksiyete yönetiminde yararlı bir hemşirelik müdahalesi olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Mekanik Ventilatör, Müzik Terapi, Anksiyete

EFFECT OF MUSIC THERAPY ON THE ANXIETY OF PATIENTS CONNECTED TO MECHANICAL VENTILATION IN INTENSIVE CARE UNIT AFTER SURGICAL OPERATION

THE ABSTRACT

This semi- experimental study was done for evaluating the effect of listening music on anxiety of patients who were connected to mechanical ventilation in intensive care unit after surgical operation. The universe of the research was the patients who were treated after surgical operation and connected to mechanical ventilation on the Anesthesia and Reanimation Department in the Intensive Care Unit of Kocaeli University Research and Application Hospital. Patients selected in accordance with the limitations in this universe constituted the sample (n=30). Power Analysis was performed to determine sample size. According to Power Analysis, 15 patients were taken from experience group, 15 patients were taken from control group. Experience and control groups were created by matching according to age and gender groups. Homogeneity of groups was ensured.

The data were obtained by using patient introduction form, patient monitoring form, Ramsey Sedation Scale (RSS), Glasgow Coma Scale (GCS), Face Anxiety Scale, State Anxiety Inventory.

Experience and control groups' patients who accepted to participate in the study were evaluated before test application by patient introduction form, patient monitoring form, Ramsey Sedation Scale (RSS), Glasgow Coma Scale (GCS), Face Face Anxiety Scale, State Anxiety Inventory. Soft instrumental music (Rast Makam which is efficient after afternoon makes people pleasure and comfortable) was played to the patients of experience group for 60 minutes with MP3 player and earphones. Physiological parameters and facial expression scale were measured before listening the music , at the 30. minutes of listening, at the 60. minutes of listening, 30 minutes after listening was finished (90. minutes). State Anxiety Inventory was assessed before listening the music and 30 minutes after listening was finished (90. minutes).

Student t test and Mann Whitney U test were used to compare two groups of variables in the comparison of descriptive statistical methods as well as quantitative data when research data were evaluated. Paired Sample t test and Wilcoxon Signed

Ranks test were used for intra-group comparison of the variables. Repeated Measures Test and Friedman Test were used to evaluate variables' follow-up and Bonferroni Test, Dunn's Test were used for binary comparison. Pearson Chi-Square Test and Fisher-Freeman-Halton Test were used for comparison of qualitative data. Significance was at least $p < 0,05$.

As a result of the evaluation of the data, it was found that musical listening was associated with anxiety symptoms of the patients who were dependent on postoperative mechanical ventilation; systolic blood pressure, pulse rate, state anxiety score and facial anxiety score positively influenced and decreased these values; respiratory rate, diastolic blood pressure and oxygen saturation were not affected.

In the direction of the obtained data, it has been concluded that music listening can be used as a useful nursing intervention in the management of anxiety in patients who are dependent on postoperative mechanical ventilation.

Key Words: Mechanical Ventilatory, Music Therapy, Anxiety

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyen danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Elçin Babaoğlu başta olmak üzere bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Selma Doğan, Prof. Dr. Besti ÜSTÜN ve tüm öğretim üyelerine,

Her zaman yanımda olan ve bana destek veren eşim Ahmet ÇAĞLAR 'a,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen anneme, babama, ablama ve kardeşime,

Araştırmanın uygulanmasına izin veren Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'ni öğretim üyelerine,

Her zaman yardımlarını aldığım ve sabırla bana yardım etmekten çekinmeyen Pelin ÜSTÜNDAĞ'a ve tüm arkadaşlarıma ,

Teşekkür Ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	iii
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
BEYAN.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii

BÖLÜM

1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	7
2.1 Yoğun Bakım.....	7
2.1.1 Yoğun Bakım Tanımı.....	7
2.1.2 Yoğun Bakım Hastasının Özellikleri.....	9
2.2 Mekanik ventilasyon	11
2.2.1Mekanik Ventilasyon Tanımı.....	11
2.2.2 Mekanik Ventilasyonun Tarihi.....	11
2.2.3.Mekanik Ventilasyonun Sınıflaması.....	12
2.3 Müzik.....	14

2.3.1 Müziğin tanımı.....	14
2.3.2 Müzik Terapisi.....	15
2.3.3 Müzik İle Tedavinin Tarihsel Gelişimi.....	16
2.3.4 Türklerde Müzik İle Tedavinin Tarihsel Gelişimi.....	18
2.3.5 Türk Müziğinde Kullanılan Makamlar.....	21
2.3.6 Müziğin Nörofizyolojisi ve İnsanlar Üzerine Etkileri.....	23
2.3.7 Müzik Terapinin Kullanım Alanları.....	25
2.3.8 Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Kullanım.....	31
2.4 Anksiyete.....	36
2.4.1 Anksiyetenin Tanımı.....	36
2.4.2 Anksiyetenin Tipleri.....	39
2.4.3 Anksiyetenin Düzeyleri.....	40
2.4.4 Anksiyetenin Fizyolojik Etkileri.....	42
2.4.5 Anksiyetenin Psikofizyolojik Ölçümü.....	42
2.4.6 Anksiyetenin Belirtileri.....	43
2.4.7 Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda Anksiyete ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	48

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1.Araştırmanın Tipi.....	51
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	52

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	52
3.3.1.Örneklem Seçim Kriteri.....	52
3.4 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	54
3.5 Hemşirelik Müdahalesi.....	59
3.6 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	60
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi.....	61
3.8 Araştırmanın Etik Boyutu.....	61
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	62
4. BULGULAR.....	62
5.TARTIŞMA.....	77
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	88
KAYNAKLAR.....	92
ÖZGEÇMİŞ.....	107
EKLER.....	108

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez 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 beyan ederim.

Tarih

Mehtap GÜNGÖR ÇAĞLAR

TABLolar DİZİNİ

Tablo-1 Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımları.....	62
Tablo 2: Gruplara Göre Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumu Değerlendirmesi.....	63
Tablo 3: Gruplara Göre Ventilatöre Bağlı Kalma ve Yoğun Bakımda Yatma Sürelerinin Değerlendirmesi.....	64
Tablo 4: Gruplara Göre Glaskow Koma Skalası ve Ramsey Sedasyon Skalası Puanlarının Değerlendirmesi.....	65
Tablo 5: Müzik Dinletiminden Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60. Dakikasında ve Müzik Dinletimi Bittikten Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Değişimi.....	66
Tablo 6: Müzik Dinletiminden Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60. Dakikasında ve Müzik Dinletimi Bittikten Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Değişimi.....	68
Tablo 7: Müzik Dinletiminden Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60. Dakikasında ve Müzik Dinletimi Bittikten Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Nabız Hızı Değerlerinin Değişimi.....	70
Tablo 8: Müzik Dinletiminden Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60. Dakikasında ve Müzik Dinletimi Bittikten Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Solunum Hızı Değerlerinin Değişimi.....	72
Tablo 9: Müzik Dinletiminden Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60. Dakikasında ve Müzik Dinletimi Bittikten Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Değişimi.....	74
Tablo 10: Müzik Dinletiminden Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60. Dakikasında ve Müzik Dinletimi Bittikten Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Yüz Anksiyete Skalası Değerlerinin Değişimi.....	75

Tablo 11: Müzik Dinletiminden Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60. Dakikasında ve Müzik Dinletimi Bittikten Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Durumluk Kaygı Envanteri Puanı Değerlerinin Değişimi.....76



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

YBÜ : Yoğun Bakım Ünitesi

MV : Mekanik Ventilasyon

CMV : Kontrollü Ventilasyon

ASV : Asiste Ventilasyon

SIMV : Senkronize Aralıklı Zorunlu Ventilasyon

ADH : Antidiüretik Hormon

RSÖ : Ramsey Sedasyon Ölçeği

GKS : Glaskow Koma Skalası

NCSS : Number Cruncher Statistical System

Dk : Dakika

EKG : Elektrokardiyogram

DKE : Durumluk Kaygı Envanteri

mm/Hg : Milimetre Civa

CAGB : Koroner Baypass Ameliyat

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri, genel durumu ağır ve ya hayati fonksiyonları tehdit altında olan hastaların monitör ile izlenerek yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı, karmaşık cihazların bulunduğu önemli derecede dikkat gerektiren bölümlerdir (Arslan ve Özer, 2009).

Yoğun bakım ünitelerinde çoğunlukla kullanılan tedavi yöntemlerinden biri de mekanik ventilasyondur (Akın, 2007). Mekanik ventilasyon, spontan solunumu desteklemek ya da spontan solunumun olmadığı durumlarda tamamen solunum işinin yapılmasını sağlamaktadır. Mekanik ventilasyonda amaç, hayatı tehdit eden hipoksemi ve asidoz semptomlarını düzeltmek, hastanın şikâyetlerini azaltmak ve solunum kaslarının yorgunluğunu önüne geçmek olarak sıralanabilir (Cengar, 2015). Araştırmalara bakıldığında mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların çoğunlukla anksiyete tecrübe ettikleri belirtilmiştir (Tsay ve ark., 2005). Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalar için en stresli ve rahatsızlık veren durumun konuşamama, duygu, düşünce ve isteklerini ifade edememe ile solunumun ventilatörle desteklenmesi olduğu ve bu durum hastalarda anksiyete, korku, acı ve güvensizliğe yol açtığı belirtilmektedir (Çınar, 2008).

Yapılan çalışmalarda mekanik ventilasyon desteğinde olmak, hastalar için ölüm ile yaşam arasındaki çok hassas dengeyi ifade eder. Bu durum hastanın ve ailesinin psikolojik olarak zorlanmalarına sebep olur. Hastalar yaşamlarının bir cihaza ve tanımadıkları, iletişim kurmakta güçlük çektikleri sağlık personeline bağlı olduğunu düşünürler. Yaşamlarının devam ettiğinin farkındalığının yanı sıra ölüm olasılığını da yakından hissederler (Tuna, 2014).

Mekanik ventilasyon hastalarda sıklıkla stres ve anksiyete oluşturur. Yoğun bakım hastalarının %70 ile %80'inde özellikle mekanik ventilatör desteği alan hastalarda anksiyete ortaya çıkmaktadır (Akın, 2007). Yoğun bakım ünitelerinde yapılan araştırmalarda, mekanik ventilatöre bağlı olan hastaların en çok hangi stresörleri deneyimlediklerini incelenmiş ve araştırma sonucunda; mekanik ventilatöre bağlı hastalar için dispne, anksiyete, korku ve ağrı olmak üzere dört stresörün tanımlandığı saptanmıştır (Thomas, 2003). Mekanik ventilatör desteğinde olan hastalarla ilgili

psikiyatrik konsültasyonlar incelendiğinde hastaların %80'inde semptomatik depresyon, deliryum, anksiyete olduğu belirtilmiştir (Chang ve ark., 2005).

Anksiyete; hayati tehdit oluşturabilecek, bireyin dengesinin bozulmasına neden olabilecek, durumlara karşı verdiği bir tepki ya da bozulan bireysel dengenin sağlanamaması sonucu meydana gelen bir durum olarak tanımlanabilir (Abacıoğlu, 2009). Duruma göre farklılıklar gösteren anksiyetenin iki tipinden söz edilmektedir. Sürekli (kronik) anksiyete; bireyin uzun zamanlı olarak yaşadığı genel gerginlik durumudur. Akut (durumluk) anksiyete ise; bireyin güvenliğini tehdit eden, bulunduğu duruma bağlı olan, ani olarak ortaya çıkan anksiyetedir (İşkey , 2008).

Anksiyetede genellikle sempatik sinir sisteminin aktivasyonu sonucu ortaya çıkan semptomlar görülür. Bunlar; taşikardi, terleme, sık idrara çıkma, baş dönmesi göğüste ağrı, ağız kuruluğu, diyare, mide bulantısı, kusma, aşırı yeme, su içme, hızlı ve derin solunum, pupilla dilatasyonu, boyun, sırt kaslarında ağrı ve sertleşme şeklinde görülebilir (Vizeli, 2010). Anksiyete iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyerek hastanın duygusal ve fiziksel enerjisini azaltıp, yorgunluğa neden olur (Çınar, 2008).

Anksiyete seviyesinin yüksekliği katekolaminler aracılığıyla bağışıklık sistemini önemli derecede etkileyebilir. Bu durum bağışıklığın azalmasına vücutta proinflatuar yanıtı neden olarak hücresel iyileşme süresini uzatır.Yüksek anksiyete bireyin ağrıya verdiği toleras tepkisini ve ağrı eşiğini azaltarak ameliyat sonrası durumunu etkiler. Anksiyetenin psikolojik etkileri hastanın artan ağrılarına ve yaranın iyileşme süresinin gecikmesine, hastanede yatış süresinin uzamasına sebep olur (Pittman ve Kridlis , 2011).

Yoğun bakım ünitelerinde anksiyetenin ve ajitasyonun sonucunda oluşan belirtilerin tedavisinde kullanılan narkotik analjezikler, kortikosteroidler, inotropik ajanlar, antibiyotik ve antiaritmikler gibi ilaçlarda psikiyatrik tepkilere neden olabilirler. Bunun yanında, hastaların çeşitli aletlere bağlı olmaları hemşirelik bakımını kolaylaştırırken hastaların güven duygusunu azaltabilir (Çınar, 2008; Sarıcaoğlu ve ark., 2005).

Cerrahi girişim sonrası yoğun bakım ünitesine alınan hastaların tedavi ve bakımın amacı, hastanın sedasyondan çıkması, uyandırılması ve extübe olduktan sonra kendi solunumunu yerine getirilebilmesidir (Nural ve Alkan, 2015). Ancak anksiyetenin

oluşturduğu olumsuz etkilerinden biri de yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilatörden ayrılma sürecinin zorlaşmasıdır. Hastalarda altta yatan solunumsal bir hastalık olmadığı halde anksiyeteye bağlı oluşan bulgular nedeniyle (disipne, takipne, taşikardi gibi) tekrarlayan başarısız mekanik ventilatörden ayrılma denemeleri ile uzamış entübasyon süreleri arasında kısır döngü oluşur (Savran ve Başoğlu, 2014).

Çoğu zaman mekanik ventilatör desteğinde olan hastaların anksiyetesini kontrol altında tutmak için, farmakolojik tedavi, sedatif ve anksiyolitik ajanlar kullanılır. Bu ilaçlar bazı yan etkilere neden olurlar. İlaçla tedavi bulantı, kusma, kas güçsüzlüğü ve atrofi, solunum desteğinin uzaması, enfeksiyon riskinin artması, mental durumda değişiklikler, hipotansiyon, ventilatöre bağlı pnömoni riskinin artması, bradikardi, koma, solunum depresyonu, ileus, renal yetmezlik, venöz staz, immünsüpresyon ve hatta ölüm gibi istenmeyen sonuçlar oluşturabilmektedir (Almerud ve Peterrsoon, 2003).

Yapılan incelemelerde, mekanik ventilasyona bağlı olan hastalarda anksiyete tedavisinde kullanılan sedasyonların, bakım maliyetlerini arttırdığını ve hastanın hastanede kalma süresinin uzadığını göstermektedir. Bu durum ventilatöre bağlı olan hastalar için farmakolojik olmayan alternatif tedavilerin araştırılmasını gerektirmektedir (Khorshid ve Akın, 2007).

Yoğun bakımda tedavi gören hastalarda anksiyete için öncelikle farmakolojik olmayan yöntemler denenmelidir. Hastaların kısa zaman aralıklarıyla yer ve zaman oryantasyonu yapılmalıdır. Uyku/uyanıklık döngüsünün sağlanması, hastanın ve çevresinin ısısının sabit olması, tıbbi araçların alarmlarına bağlı olarak oluşan gürültünün denetimi (kulak tamponları) gereklidir. Hastanın anksiyete ve ajitasyon kontrolünde ailenin yanına alınması, masaj ve gevşeme egzersizleri, müzik tedavisi gibi alternatif metotların kullanılması önemli rol oynar (Sarıcıoğlu ve ark., 2005).

Son yıllarda stres ve anksiyetenin ortadan kaldırılmasında, özellikle gevşeme yöntemleri arasında sayılan uygulamalardan birisi de “müzik dinleme”dir (İşkey, 2008).

Tarih boyunca müziğin iyileştirici etkisinden yararlanılmış ancak anksiyeteyi azaltmada ve duygusal sağlığı güçlendirme gücü, son zamanlarda müzik dinlemek veya aktif olarak meşgul olduğunda ortaya çıkan nevrokimyasal değişiklikleri inceleyen çalışmaların bilimsel kanıtları ortaya çıkmaya başlamıştır. Terapötik alana potansiyel

bir ilgi duyulmasıyla müzik, tıbbın farklı dallarında tamamlayıcı bir terapi olarak başarıyla kullanılmıştır (Mofredj ve ark., 2016).

Geçmişte Florence Nightingale müziği bir hemşirelik müdahalesi olarak yaralı askerlerin iyileşmesinde ve ağrı yönetiminde kullanılmıştır. Nightingale'e göre hemşireliğin en büyük sorumluluklarından biri de çevre kontrolünü sağlayarak, hastanın iyileşmesine yardımcı olmaktır. Müzikte burda bir iyileştirme aracı olarak betimlenmiştir. Son zamanlarda Paterson ve Zderad sanatı (müzik, resim, şiir) iyileşmeyi hızlandıran önemli bir hemşirelik müdahalesi olarak anlatır. Sanatın insanlar üzerinde sadece sanatsal yaratıcılıklarını uyaran değil, aynı zamanda vücudun sağlıklı iyileşmesi yaratıcılığında liberalize ettiğini beyan ediyorlar. Bilim, günlük pratikte kullanılan bilgiyi sağlarken sanat, hemşireleri eşsiz insanların gerçekleri altında yatan değerleri incelemeye yönelmektedir (Caffrey ve Locsin, 2002).

Critical Care Medicine (Yoğun Bakım Tıp) Derneği 2013 Kılavuzu, yoğun bakım ünitesinde ağrı, gerginlik ve deliryum yönetimi üzerindeki müzik gibi farmakolojik olmayan müdahaleleri tavsiye etmektedir. Çünkü bu müdahaleler düşük maliyetli, kolay sağlanabilir ve güvenlidir (DellaVolpe ve Huang , 2015).

Almerud ve Petersson (2003) tarafından yoğun bakımda mekanik ventilatör bağlı olan hastalara müzik terapinin tamamlayıcı bir tedavi olarak kullanılması amacıyla yapılan çalışmada; müzik terapinin rahatlamayı sağlayan, anksiyeteyi azaltan alternatif bir tedavi yöntemi olduğu belirtmiştir (Almerud ve Petersson, 2003).

Chlan ve arkadaşları (2007) tarafından mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapinin hastaların stres cevabına olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda müziğin hastaların stres yanıtını azalttığı saptanmıştır (Chlan ve ark., 2007).

Korhan ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada mekanik ventilasyonlu hastalarda müzik terapinin anksiyetenin fizyolojik belirtisi üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Korhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucu önerileri; müzik, mekanik solunum desteği alan hastalarda anksiyeteyi azaltmak için birinci basamak tedavi olarak değerlendirilmesini, hemşirelerin, hastaların rutin bakımına müzik terapisinin dahil edilmesinin ve hastalarda kullanılacak müzik seanslarının

süresini ve türünün etkisini keşfetmek için daha fazla araştırma gerektiğini belirtmişlerdir (Korhan ve ark., 2011).

Yapılan araştırmalarda, müzik terapisinin yoğun bakım hastalarında etkin bir anksiyolitik ajan olarak kullanılabilirliği açısından destek sağlamıştır. Müzik terapisi, invazif olmayan, ucuz, zaman harcamayan bir bakım müdahalesidir. Sullivan müzik terapini kullanım maliyeti ile müzik terapinin sonucu hastanede yatış süresinin ve ilaç kullanılmasının azalmasını tartışılmasının önerir. Müzik terapisi, hastalara anlamlı ve tanıdık uyarıcılar sağlayabilen bir müdahaledir. Yüksek derecede anksiyeteli hastalarda anksiyeteyi hafifletmek ve rahatlamayı sağlamak dışında müzik terapisi, farklı durumlarda da faydalı olabilir. Kan alma, göğse diren yerleştirilmesi, lomber ponksiyon gibi stresli ve ağırlı birçok invazif işlemler sırasında dikkati dağıtan bir müdahale olarak kullanılabilir. Yoğun bakımın yabancı ve gürültülü ortamı sebebiyle uyuma zorluğu çeken hastalar içinde müzik terapisi uygulanabilir. Bu bilgiler, müzik terapisinin terapötik etkilerini arttırmaya yardımcı olabilir. Müzik terapinin terapötik etkilerini daha iyi anlaşılabilmesi için çalışmalar yapılması tavsiye etmiştir (Wong ve ark., 2001).

Yapılan mevcut çalışmalar, müzik kullanımı anksiyolitik bir müdahale olarak kullanılabileceğini kanıtlamıştır. Özellikle mekanik ventilasyon desteğinde ve yoğun bakım ünitesinde kalmış hastalarda anksiyetenin fizyolojik reaksiyonlarını önlemede yararlı olmuştur. Bu nedenle, müzik anksiyete sonucu oluşan olumsuz fizyolojik tepkilerin azaltılmasında basit, güvenli ve etkin bir yöntem olabileceği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Lee ve ark., 2005).

Literatür bilgileri incelendiğinde ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon bağlı olan hastalarda müziğin etkisi ile ilgili bir çalışmayı ülkemizde hemşirelik alanında rastlanmamıştır.

Amaç;

Bu çalışma ameliyat sonrası mekanik ventilasyona bağlı hastalarda dinletilen müziğin hastanın anksiyete düzeyine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmada elde edilen bulguların olumlu olması durumunda, müzik terapisinin, ucuz, etkili ve kolay uygulanabilir tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak, yoğun bakımda ameliyat sonrası mekanik ventilatöre bağlı hastaların rahatlamasını,

anksiyeteden kaynaklı komplikasyonların azatılmasına sağlamaya; böylece hemşirelik bakımının niteliğinin yükselmesine katkısı olacağına inanılmaktadır.

Araştırmanın Hipotezleri;

H1: Müzik dinletimi uygulanan ve uygulanmayan bireylerin yaşam bulgusu değerleri (kan basıncı, kalp atım hızı, solunum ve oksijen saturasyon değerleri) arasında fark vardır.

H2: Müzik dinletimi uygulanan ve uygulanmayan bireylerin durumluk anksiyete düzeyleri arasında fark vardır.

H3: Müzik dinletimi uygulanan ve uygulanmayan bireylerin yüz ifadesi anksiyete düzeyleri arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Yoğun Bakım

2.1.1 Yoğun Bakım Tanımı

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), genel durumu kötü olan kritik hastaların monitör ile takip edilerek yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, spesifik tedavilerin uygulandığı, kompleks cihazların bulunduğu, önemli derecede dikkat gerektiren bölümlerdir (Arslan ve Özer, 2009). Yoğun bakım ünitelerine alınan hastalar genellikle hayatı tehdit eden durumlarla karşı karşıyadırlar (Akın, 2007). Yoğun bakım üniteleri; bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan ciddi fonksiyon bozukluğu sebebiyle hayati işlevlerini devam ettirebilmek için desteğe ihtiyacı olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yer ve çalışma sistemi bakımından kendine has özellikleri olan, ileri teknolojiye sahip cihazların bulunduğu, yirmi dört saat hastanın yaşamsal bulgularının izlendiği ve tedavisinin yapıldığı kliniklerdir. Günümüzde giderek artması ve çeşitlenmesi söz konusu olan yoğun bakım birimlerinin adlandırılmasında “kritik bakım” ile “yoğun ve kritik bakım” terimleri de kullanılmaktadır. Yoğun bakım tıbbi çok özel eğitim, uygulama, araştırma ve araştırma sonuçlarından yararlanma süreçlerini kapsayan ekip çalışmasının söz konusu olduğu bir alandır (Çifçi, 2011). Tecrübeli ve uzman sağlık çalışanları ile ileri teknolojinin kullanıldığı birimler olarak kabul gören yoğun bakım üniteleri, bu özellikleriyle ölüm riskinin azaltılması ve erken iyileşmenin sağlanmasında hasta ve aileleri için umut kaynağı olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Modern cihazlarla donatılmış, ekip çalışmasının en iyi sergilendiği alanlardan biri olan yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakım girişimleri 24 saat kesintisiz olarak sürdürülmekte, hastalardaki en küçük değişiklik bile izlenmekte ve sorunlara anında müdahale edilmektedir. Yoğun bakıma ilişkin bilgi ve uygulamalar bilim ve teknolojideki gelişmelerle birlikte her geçen gün yenilenmekte ve gelişmektedir. Hastaların güvenliğinin ve verilen hizmetin etkinliğinin sağlanmasında yoğun bakım ekibinin profesyonel davranışları önem taşımaktadır (Kavaklı ve ark., 2009). Günümüzde yoğun bakım üniteleri hastanelerin yapısına göre farklılık göstermekle beraber ortalama olarak hastane yataklarının %5-%12’sini oluşturmakta ve hastane giderlerinin %20’den fazlası yoğun bakım ünitelerine yapılmaktadır (Aydınöglü, 2007).

Yoğun bakım üniteleri bulunduğu bölgeye, teşhis ve tedavi imkanlarına göre 1., 2. ve 3. düzey olmak üzere sınıflandırılmaktadır.

Düzyey 1 (Küçük bölge hastanesi): Hastanenin diğer birimlerindeki hemşirelik bakımından biraz daha fazla olduğu, hastaların monitörize (EKG, nabız, satürasyon) takip edildiği, 24 saat ya da daha az zamanlı solunum desteği verildiği birimlerdir.

Düzyey 2 (Büyük genel hastane): Yoğun hemşirelik bakımının verildiği, hastaların monitörize ve uzun zamanlı solunum desteği almaktadır. 24 saat yoğun bakımda bulunmayan fakat çağırıldığında gelmek üzere bulunan bir yoğun bakım uzman doktorunun olduğu, beslenme ve koruyucu fizik tedavi rehabilitasyon hizmetleri verildiği birimlerdir.

Düzyey 3 (Üçüncü düzey hastane): Profesyonel sağlık ekibinden oluşan klinik ve bilimsel çalışmaların yürütüldüğü birimlerdir. 24 saat boyunca hasta yanında hizmet veren uzman doktorların olduğu, 24 saat laboratuvar ve radyoloji hizmeti veren, ileri teknoloji ile donatılmış multidisipliner çalışmanın olduğu servislerdir (Çelik, 2007).

Yüz otuz yıl kadar önce, ameliyattan yeni çıkan hastalar, ameliyat sonrası bakım ve gözetim için ameliyat edildikleri odalara yakın yerlerde tutulmaktaydılar. Hilberman bu ayılma odalarını yoğun bakım servislerinin atası olarak tanımlamaktadır. Ayılma odaları, 1920'lerde John Hopkins hastanesinde ameliyat sonrası nöroşirürji hastaları, 1930'larda Almanya'nın Tübingen hastanesinde ise genel cerrahi hastalarının ameliyat sonrası bakım ve gözetimi için geliştirilmişler ve bu sahadaki gelişmeler daha sonra birbirini takip etmiştir. 1950'li yıllarda poliomyelit ve tüberküloz hastalarında, akut mental rahatsızlıkların ameliyat sonrası dönemde, özellikle kalp ameliyatı olan hastalarda ise bazı psikososyal bozuklukların oluştuğu rapor edilmeye başlanmıştır. Farklı zamanlarda hastanede kalan bu hastaların ortak noktaları, hemen hemen hepsinin hastanede yatış sırasında mekanik ventilatörle desteklenmeleridir. Bu hastaların tedavisi için o yıllarda özel birimler oluşturulmuş ve bunlara post-op bakım üniteleri ve yoğun bakım üniteleri adı verilmiştir. Yoğun bakım ünitesi ileri teknolojik cihazlarla donatılmış, genel durumu kötü kritik hastaların monitörle takip edildiği, uzman doktor, hemşire ve teknik personelin multidisipliner bir ekip anlayışla çalıştığı, modern hastanelerin ayrılmaz hale gelmiş özel bakım ve tedavi birimleridir (Akın, 2007).

2.1.2 Yoğun Bakım Hastasının Özellikleri

Hastanın yoğun bakım tedavi ve desteğine ihtiyacının olup olması açıdan öncelikle genel durumunun kötü ya da yaşamsal fonksiyonlarının kritik hastaların olmasına dikkat edilir. Yoğun bakım desteğine ihtiyaç duyan hastalar geçirdiği ağır bir hastalık, zehirlenme, travma veya ameliyat sonrası gelişebilecek ya da gelişen komplikasyonlarla yaşam fonksiyonlarının kritik hale gelmiş ve türlü destekleyici tıbbi araç ve gereçlere ihtiyaç duyulan 24 saat boyunca profesyonel tedavi ve bakım veren multidisipliner bir çalışma gerektiren hastalardır (Turgut, 2015).

Yoğun bakıma hasta kabulünde standardı sağlamak amacıyla öncelikle tanı ve objektif parametreleri temel alan kriterler geliştirilmiştir.

1. Derece öncelikli: Hayati tehlikesi, yoğun gözlem ve tedaviye ihtiyacı kardiyopulmoner ve nörolojik problemleri olan, durumu labil olan hastalar bu gruba girer. Bu gruptaki hastalarda mekanik ventilasyon desteği, yoğun sıvı ve ilaç infüzyonu, serebral ödem kontrolü gibi tedavi ve bakım girişimleri uygulanmaktadır. Ağır travma, akut solunum yetmezliği, kalp cerrahisi, organ transplantasyonu, büyük cerrahi operasyonlar geçiren hastaların operasyon sonrası dönemleri örnek gösterilebilir.

2. Derece öncelikli: Uygulanan girişim sonrası yoğun gözleme ve acil girişimlere ihtiyaç duyulan hastalardan oluşmaktadır. Havayolu açıklığının sağlanması, yaşam bulgularının izlemi, yara bakım ve takibi yapılmaktadır. Geniş baş-boyun ameliyatı olan hastalar, mekanik ventilasyon ihtiyacı duyulmayan göğüs cerrahi hastaları gibi operasyon sonrası dönemleri gösterilebilir.

3. Derece öncelikli: Durumu stabil olmayan, kronik hastalıklarına ek olarak gelişen akut hastalıkların iyileşme oranı düşük olan hastalara bu gruba girmektedir. Yoğun bakım ve tedaviye ihtiyaç duymalarına rağmen entübasyon ya da kardiyopulmoner resüsitasyona yanıtı az olan hastalardır.

4. Derece öncelikli: Tedaviye yanıt vermeyen, yoğun bakımdan fayda görmesi beklenmeyen ya da çok az fayda göreceği düşünülen hastalar ile ölümün yakın ve değişmez olduğu düşünülen hastalardır. Diyabetik ketoasidoz, hafif kalp yetmezliği olan hastalar örnek gösterilebilir. Tedaviden yanıt alınmayan metastazı olan kanser

hastaları, terminal dönemde olan, geri dönüşü olmayan beyin hasarları, organ nakli yapılamayan beyin ölümleri ve komada olan hastalarda bu gruba örnek gösterilebilir. (Çelik, 2007).

YBÜ, tedavi ve bakım yöntemleri, tıbbi araç ve gereçleri, fiziksel görünümü ve duyuşal çevresi açısından hastanenin diğler birimlerinden farklıdır. YBÜ'de aşırı ses, ışık, sürekli hareket hali gibi çok sayıda istenmeyen uyarılar olabildiği gibi, bazı tıbbi araç-gereçlerden çıkan tek düze sesler, hareketsizlik sessizlik gibi duyuşal uyarıların az olduğu durumlar da olabilir. Yoğun bakımda tedavi gören hastaların ortamdaki gelen uyarıların seçme ve bunları kontrol etme gibi bir durum söz konusu değildir (Arslan ve Özer, 2009). Yoğun bakım ünitelerinde anksiyetenin (gerçek ya da tahmini bir tehlike beklentisi nedeniyle psikofizyolojik cevabın) ve ajitasyonun (bedensel hareketlerin de eşlik ettiği heyecanlanmanın) tedavisinde kullanılan narkotik analjezikler, kortikosteroidler, inotropik ajanlar, antibiyotik ve antiaritmikler gibi ilaçlar psikiyatrik reaksiyonlara neden olabilirler. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların çeşitli tıbbi cihazlara bağlı olmaları hemşirelik bakımında rahatlık sağlarken, hastaların güven duygusunu azaltabilir (Çınar, 2008; Sarıcaoğlu ve ark.,2005). Gerek fiziksel gerekse yukarıdaki belirtilen nedenlerden dolayı yoğun bakım ünitesindeki hastalar her zaman kaygıyla doludur. Yapılan çalışmalara göre ortamın ve hastalara yapılan girişimsel işlemler sonucu oluşan fizyolojik reaksiyonların hastaların psikolojilerini etkileyerek kaygıyı artırır (OK ve ark., 2005). Hastalarda; monitörizasyon, mekanik ventilatör, infüzyon setleri, foley sonda, santral venöz katater gibi tıbbi malzemelerin oluşturduğu; hareket kısıtlılığı, konuşamama, izolasyon, ağırlı işlemler, bilinmeyen ortam ve kişiler, hastalık, tedavi ve girişimler ile ilgili bilgilendirilmeme gibi etmenlere bağlı olarak ajitasyon, anksiyete, depresyon disoryantasyon, deliryum gibi çeşitli psikolojik belirtiler görülmektedir (Akın, 2007).

Yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon uygulanan hastalar, fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması için ventilasyonda oldukları sürece konuşamazlar; bu nedenle mekanik ventilatördeki hastaların düşünce, duygu ve gereksinimlerini konuşarak paylaşmasını engeller. Nitekim; ventilatöre bağlı hastalar için en stresli ve rahatsız edici uygulamanın; konuşamamaları, duygu, düşünce ve isteklerini ifade edememeleri ve solunumlarının ventilatörlerle desteklenmesi olduğunu ve bu durumun hastalarda anksiyete, korku, acı ve güvensizliğe yol açtığı ortaya konulmuştur. Ashwort

(1990) “eğer bir endotrakeal tüpün varsa ve uyuyamıyorsan asla bir birey olmadığını düşünmeye başlarsın” demiştir (Wojnicki-Johansson, 2001).

2.2 Mekanik ventilasyon

2.2.1 Mekanik Ventilasyon Tanımı

Mekanik ventilasyon hayati bir işlevi olan solunum işleminin yapay olarak ventilatör adı verilen bir cihaz yardımı ile devam ettirilmesidir (Akın, 2011).

Mekanik ventilasyona ihtiyaç duyan yoğun bakım hastalarında ventilasyon cihazı ile akciğerler arasında doğrudan bir bağlantı gerekir. Solunum işlevinin devam ettirilebilmesi için hastanın ağız boşluğundan trakeasına endotrakeal tüp olarak isimlendirilen bir tüp konularak havayolunun açıklığı sağlanmış olur. Yapılan işlemle kayıpsız olarak hastanın akciğerlerine oksijen yollanır. Hasta solunum makinesinden ayrılamayacak durumda ve yoğun bakımda yatış süresi 7 günü geçecek ise hastanın solunum işlevlerini devam ettirebilmesi için trekeada bir açıklık oluşturulmasına trekeotomi ve bu açıklığa yapay bir hava yolu yerleştirilmesine trekeostomi denir.

Mekanik ventilasyon kullanımı her hastanın kendi durumuna bağlı olarak kısa ya da uzun vadede kullanılır. Mekanik ventilasyon kullanımının yararları şunlardır:

- Kandaki oksijen ve karbondioksit seviyesini dengelemek
- Solunum sıkıntısının kaldırılması
- Akciğerlerin yeterli derecede oksijenlenmesini sağlamak
- Solunum kası yorgunluğunun önlenmesi
- Uyku boyunca yeterli düzeyde solunumu sağlamak ve kaliteli uykuyu sağlamak
- Yaşam kalitesini arttırmak
- Yaşamsal fonksiyonları sürdürmek
- Solunum komplikasyonlarını önlemek (Akın, 2011)

2.2.2 Mekanik Ventilasyonun Tarihi

Hayatın devamı için gerekli iki işlevden biri olan solunum ile ilgili ilk bilgiler Mısır, Çin ve Yunan kaynaklarında görülmektedir. Batılı kaynaklara bakıldığında mekanik ventilasyon kullanımı ile ilgili tarihsel gelişim şu şekilde görülmektedir (Akın, 2011).

Ventilasyonun gelişimi tarihsel olarak Hipokratın havayı bilimsel olarak kullanması ve suda boğulma durumlarında nefes borusu vasıtasıyla hastaya hava gönderilmesi gerektiğini beyan etmesiyle başlar. Bidirilen ilk raporlarda suni solunum sağlam bir kişinin hastaya ağızdan ağıza solunum yaptırması olarak bildirilmiştir. On sekizinci yüzyılda boğulma vakalarında ağızdan ağıza yapılan yapay solunum birinci basamak tedavi olarak kullanılmıştır (Kaplan ve Han, 2014).

18.yüzyılın sonlarında, hastaların sadece kafasının dışarıda olduğu, manuel el ve ayak kullanılarak çalıştırılan negatif basınçlı ventilatörler kullanılmıştır. Drinker 1928 yılında, “çeliker” olarak da bilinen klasik tank ventilatörü tanıttı (Sarıcaoğlu ve ark, 2005).

1930’lu yıllarda Amerika’da epidemik olarak görülen polio hastalığından sonra geniş olarak kullanım alanı buldu. Negatif basınçla çalışan bu makine, çalışma mekanizmasıyla spontan solunumla benzerlik göstermesine rağmen, çok fazla yerkaplaması, hasta ihtiyaçlarının karşılanmasının zorluğu, hasta entegrasyonun iyi olmaması ve hastanın rahat etmemesi, negatif basınç sebebiyle dolaşımı etkilemesi, vb gibi yan etkilere de sahipti. İlerleyen zamanlarda sadece göğüs kafesinin içeride olduğu “Cuirass” tipi negatif basınçlı ventilatörler üretilip o son yıllarda bunların kullanımı tekrar gündeme gelmektedir.

1950’li yıllarda Skandinavya’daki polio salgınında ise endotrakeal entübasyon ve trakeostomi ile uygulanabilen pozitif basınçlı ventilasyon üretildi ve 1960-1970’li yıllarda günümüzde kullanılan modern pozitif basınçlı ventilatörler meydana geldi. Daha sonraki yıllarda teknolojinin gelişmesiyle birlikte günümüzde kullanılan modern ventilatörler üretildi (Öz ve Köksal, 2006).

2.2.3.Mekanik Ventilasyonun Sınıflaması

2.2.3.1 Negatif basınçlı ventilatörler

İntratorasik basınç negatiftir. Kapalı bir boşluğa toraksın kapatılması ile uygulanır (Dikensoy, 2006). Bu ventilatörlerde entübasyona veya nemlendirmeye gerek yoktur. Hasta konuşabilir ve yemek yiyebilir. Büyük ve hantal oluşları sorun oluşturur (Kaplan ve Han, 2014).

2.2.3.2 Pozitif basınçlı ventilatörler

İntratorasik basınç pozitifdir (Dikensoy, 2006). Üst solunum yolunda pozitif basınç meydana getirerek nefes almayı sağlayan ventilatörlerdir (Sarıcıoğlu ve ark., 2005). Entübasyon gerektirir (Dikensoy, 2006).

Esas olarak 2 tiptirler:

1. Volüm ayarlı ventilatörler.
2. Basınç ayarlı ventilatörler (Sarıcıoğlu ve ark., 2005)

2.2.4 Mekanik Ventilasyon Modları ve Seçimi

Ventilasyon modu ventilatörlerin işleyişini tarif etmek için kullanılan bir terimdir. İlerleyen dönemler içinde solunumun başlamasını sağlayan teknikler "mod" olarak ifade edilmiştir. Ventilasyon modu seçilirken ilk tasarlanması gereken tam ya da kısmi solunum desteğidir (Kaplan ve Han, 2014).

2.2.4.1 Kontrollü Ventilasyon (CMV)

Kontrollü ventilasyon hastanın solunum gücünü yaşamadığı durumlarda kullanılması en uygun seçimdir. Burada hastaya kullanıcı tarafından belirlenen solunum hızı ve tidal volümde pozitif basınçlı ventilasyon uygulanır (Perruzi, 2009).

2.2.4.2 Asiste Ventilasyon (ASV)

Hastanın solunum eforunun olduğu fakat yetersiz kaldığında kullanılan moddur. Hastanın solunumu sırasında meydana gelen basınç değişikliği ventilatör tarafından belirlenir. Uygulamada etkili bir asiste ventilasyon bulmak zordur, ventilatörün çok iyi ayarlanması ve dikkatle takip edilmesi gerekir. Hasta kendiliğinden solunuyorsa CMV gibi çalışır (Perruzi, 2009).

2.2.4.3 Kısmi Spontan Solunum Modu (Senkronize Aralıklı Zorunlu Ventilasyon = SIMV)

SIMV, kendiliğinden ve asiste ventilasyonun birleştirilmesidir. Bu modda da hasta pozitif basınçlı ventilasyonlar arasında kendiliğinden nefes alır. Önceden ayarlanan bir zaman aralığı geçtikten sonra makina hastanın soluk alma eforuna hassas hale gelir (basınç tetiklemeli). Bu aralıkta oluşan ve ventilatörün duyarlı olduğu değerlerde oluşan ilk inspiratuar efor zorunlu mekanik solunumunu (basınç veya volüm kontrollü) tetikler. SIMV hastanın solunum eforunun arttığı durumlarda kullanılır, sıklıkla mekanik ventilasyonun sonlandırılması evresinde kullanılır. Bu evrede zorunlu solunum sıklığı azaltılırken hastanın solunum yükünün büyük bir kısmını üstlenmesi sağlanır. Hasta ile ventilatör yarışmaz. PS ile spontan soluklar desteklene de bilir (SIMV+PS) (Perruzi, 2009; Perel ve Stock, 1992).

2.3 MÜZİK

2.3.1 Müziğin tanımı

Müzik, insanla birlikte var olan, insana has ve insanın doğuştan getirdiği bir davranış biçimidir. Aslı Yunanca olan müzik kelimesi, “musica” sözcüğünden gelmiştir ve dünyanın her yerinde kelime anlamı aynıdır. “Musica” Eski Yunanca’da “mousike” veya “mousa” dan alınmıştır ve bu kelimenin “muse – melek” anlamına geldiğini söylenmektedir (Babacan ,1999).

Mitolojiye göre Eski Yunanlılarda; tüm dünyanın güzelliklerini ve uyumunu düzenlemekle görevli olduklarına inanılan, Yunan tanrısı Zeus’un kızları sayılan dokuz peri kızına “mousa” (müz) adı verilirdi. Günümüzde müzik sözcüğünün “müz” kökünden türemiş olduğu ve tüm dillerde bu şekilde kabul görmektedir (Babacan, 1992).

Müziğin insanlar için önemi çok eskilerden gelmektedir. İnsanlar hüznelerini, mutluluklarını, kahramanlıklarını, heyecanlarını, sevgilerini, savaşlarını genellikle müzikle anlatmaya çalışmışlardır (Karaaslan, 2014).

Müziğin tanımı: Müzik, ritim, melodi ve uyum ile düzenlenen sesler kompozisyonu olarak tanımlanmaktadır.

Müzik; İşitme yoluyla algılanan düzenli ve uyumlu seslerden oluşan estetik bütünü, süreci ya da üründür (Karaaslan, 2014) .

Müzik, insana has olan ve insanın doğuştan bulundurduğu bir davranış biçimidir (Babacan, 1999).

Müzik, dünyada var olan tüm topluluklarda , dil kadar kültürel ve evrensel bir sanat biçimidir (Karaaslan, 2014).

Müzik, insanın kendisini ifade ettiği, motor aktivitesiyle uyumlu çalışmasını sağlayan, benlik saygısını ve sosyalizasyonunu arttıran noninvaziv bir girişimdir (Karaaslan, 2014).

2.3.2 Müzik Terapisi

Müzik terapisi, uygulamanın kontekstine ve nasıl algılandığına göre çeşitli tanımlar almıştır. Örneğin, "Bir hastalığın veya sakatlığın tedavisi sırasında kişinin fizyolojik, psikolojik ve duygusal entegrasyonunda müziksel etkinlik ve insan üzerindeki etkisi" olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda, "belirli müzik çeşitlerinin kullanımı ve davranış, duygu ve fizyolojide değişiklikler üretme becerisi ile ilgili davranış bilimi" olarak tanımlanmıştır (Solanki ve ark., 2013).

“Enstüramantal seslerin ve melodilerin fizyolojik ve psikolojik etkilerini çeşitli psikiyatrik bozukluklara göre uyarlayarak, belirli bir yöntemle yapılan tedavi şekline Müzikle Tedavi denilmektedir (Gençel, 2006).

Dünya Müzik Federasyonu’nu müzik terapisini şöyle tanımlamıştır; bir müzik terapistinin, bir danışan veya grupta, fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve bilişsel ihtiyaçlarını karşılamak için, iletişim öğrenme, ifade, organizasyon ile ilgili terapötik hedefleri kolaylaştırmak ve teşvik etmek için müzik ve \veya müzik öğelerinin (ses, ritim, melodi ve armoni) kullanılmasıdır. Müzik terapisi bireyin potansiyellerini geliştirmeyi ve / veya kişinin işlevlerini yerine getirmeyi rehabilitasyon veya tedavi yoluyla daha kaliteli bir yaşam gerçekleştirimesini amaçlar (Solanki ve ark., 2013).

Müzik terapisi, kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığını geliştirmeyi amaçlayan alternatif bir tedavi yöntemidir. Moreno (2001), müziğin, tarihin başlangıcından beri insanlıkla varolduğunu, kişiye özgün olmasına rağmen bir o kadarda bütün insanlığı

içine alıcak kadar genel ve evrensel, yeni ve farklı çağrışımları oluşturması ile her an yeni bir oluşum olduğunu söylemektedir.

Covington ve Crosby'nin belirttiğine göre (1997), Schulbert müzik terapisini fiziksel, zihinsel davranışsal ve duygusal değişiklikler oluşturmak için çeşitli müziklerin kullanılması ile ilgili bir davranış bilimi' olarak tanımlarken; Munro ise yetersizlik ya da bir hastalığın tedavisi sırasında kişilerin fizyolojik, ruhsal ve duygusal olarak entegrasyonuna yardım etmede müziğin kullanılması olarak tanımlamaktadır. Müzik terapisi, bireylerin dikkatini başka bir yöne çeken en etkili teropötik uygulamalarda birisidir. Yapılan araştırmalarda müziğin gevşeme sağlayarak hastaların anksiyetesini azaltan ve emosyonel durumu düzelten noninvafiz bir yöntem olduğunu belirtilmektedir (İşkey, 2008).

2.3.3 Müzik İle Tedavinin Tarihsel Gelişimi

Tarih boyunca duygu ve düşünceleri ifade etmekte kullanılan müzik; büyüsel, dinsel, askeri ve eğlence amaçlı olduğu kadar tedavi amacıyla da kullanıldı. Müzikle tedavinin temelinde, müziğin farklı ritim ve melodilerini hastalığın iyileştirmesinde kullanılmıştır. Eski uygarlıklar müziğin bireyin duygularında meydana getirdiği heyecanlanma, sakinleşme gibi duyguları kullanarak eğitim, ikna edici sözler ve tedavi amaçlı kullanmışlardır.

Tarihin ilk hekimleri olduğu söylenen Şamanların ritim, müzik ve dansın yoluyla insanları hipnotize ederek iyileştirmeye çalıştıkları bilinmektedir. Antik döneme kadar hastalıklara şifa olarak ya da bedene giren kötü ruhlardan arındırmak için kullanılan değişik ritim ve melodiler ile telkin edici sözlerden oluşan şarkılar müzikle tedavinin temelini oluşturmuştur. Eski Yunan ve Roma'da müziğin insanı dertlerinden kurtulmasına yardımcı olduğuna inanılırken, Eski Mısır'da müzik hastalara kuvvet verdiğine inanılarak kullanılmıştır. Ortaçağ Avrupa'sında müzik Tanrının armağını olarak kabul görmektedir (Erer ve Atıcı, 2010).

Guzzetta (1988) Müzik terapiyi hastaların sağlığına ve refahını kavuşması için kullanılan alternatif bir terapi olarak tanımlamıştır. Antik dönemde müziği insan sağlığı için kullanılmıştır (Bunt ,1994 ; White, 2000). Henry 1995, Arkeolojik bulgularda, ilk insanların müziği "tanrıları yatıştırmanın bir yolu" olarak kullandığı görülmektedir.

Rönesans döneminde çeşitli müzik türlerinin insanların solunum hızına, kalp hızına , kan basıncı ve sindirim sistemi üzerinde etkilerinin olduğu belirtildi (Henry, 1995).

1789'da Kolomb Dergisi'nde Chomat tarafından müziğin sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini anlattığı bir makale yayınlanmıştır (White , 2000; Biley, 2000). Geçmişte Florence Nightingale müziği bir hemşirelik müdahalesi olarak kullanmıştır. Müzik Nightingale zamanında yaralı askerlerin iyileşmesinde ve ağrı yönetiminde kullanılmıştır.Nightingale'in bildirdiğine göre hemşireliğin en büyük sorumluluklarından biri çevreyi kontrol ederek hastanın iyileşmesini yardımcı olmaktadır. Müzikte burda bir iyileştirme aracı olarak betimlenmiştir (Nightingale, 1992; McCaffrey ve Locsin, 2002).

Müzik 20. yüzyılın ilk yarısında hastanelerde kullanılmaya başlanmıştır. 1877 yılında Thomas Edison tarafından fonografinin bulunması ve 1886'da disk kayıt cihazını geliştirmesi ile müziğin hastalar üzerindeki etkisi araştırılmaya başlanmıştır. (White, 2000). Hastanelerdeki ilk müzik terapi genellikle anestezi ve analjezi beraberinde uygulanmıştır. Araştırmacılar 20. yüzyılın ortalarında müziğin nörolojik etkileri üzerine kuramlar üretmeye başlamışlar ve müziğin fizyolojik değişkenler üzerine etkilerini ampirik olarak incelemişlerdir (İşkey, 2008).

Hastanede ilk müzik 1800'lerin sonunda, fonografin keşfinden sonra kaydedilmiştir (White, 2000). Psikiyatri biliminin on dokuzuncu yüzyılda gelişmesiyle birlikte yirminci yüzyılda ilaç tedavisine ek olarak psikoterapi tekniklerinin geliştirilmesi ve insana biyopsikososyal yönden bir bütün olarak bakılması ile beraber bütüncül tedavi anlayışını getirdi.Psikiyatri biliminin yeni arayışlar içine girmesi ile müzikle tedaviyi tekrar gündeme getirmiştir (Erer ve Atıcı, 2010).

Yirminci yüzyılın ilk yıllarında, müzik hastanelerde iyileşmenin sağlanması için kullanılmıştır. Hekimler hastalarda metabolik fanksiyonları artırmak, stresi azaltmak ve rahatlamayı sağlamak için hastanelere müzisyenler davet etmişlerdir.

1899'da New York'ta Coring, 1909'da Rusya'da Tarakhoff tarafından yapılan çalışmalarda çeşitli müzik tiplerinin nabız, solunum ve hormonlara etkisinden bahsedilmiştir. Kane (1914) tarafından ilk kez cerrahiden korkan hastalarda ameliyat

sırasında müziği kullanmıştır. 1949'da bir grup cerrah ise müziği ameliyat sırasında kullanımı sonucu hastaların sakinleştiğini belirtmişlerdir (Evans, 2002).

Cook, 1986; Chiu ve Kumar, 2003 bildirdiğine göre; II. Dünya Savaşı'ndan sonra, dünyanın çeşitli yerlerinde yaralı veya sakat askerlerin iyileşme sürecinde standart terapiye ek olarak kullanılan müziğin iyileştirmeyi hızlandığı ve bunun tıbbi ortamlarda terapi olarak kullanıldığı görülmektedir.

Müzik psikolojisinin gelişimi 19. yüzyılın son on yılına kadar özellikle Almanya ve ABD'de müziğin psikolojisi üzerindeki etkisini anlamak için kurulan laboratuvarlarda izlenmiştir. Yapılan araştırmalarda müziğin davranışlar üzerindeki etkisi ortaya çıkmasıyla ve müzik ile davranışın çalışmalarının temelleri oluşturulmuştur. Danimarka'da ve diğer Avrupa ülkelerinde müzik terapisi, Freud, Jung ve Kohut gibi ego psikologlarının yaptığı çalışma ilkelerine dayanan psikoanalitik okullardan büyük derecede etkilenmişlerdir (Solanki, 2013).

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 tanımladı. 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 tanımlandı ve geleneksel tıbbı uygun bilimsel bir tedavi yöntemi olduğu kabul edildi (Erer ve Atıcı, 2010).

Müzikle tedavinin tarihsel olarak ilerlemesinden söz edilirken Afrika, Amerika, Asya ve Avrupa'daki müzikle tedavinin tarihsel ilerlemesi ile birlikte Eski Türkler ve Osmanlı Türklerindeki müzikle tedavinin tarihsel olarak ilerlemesini ele almak gerekmektedir (Gençel, 2006).

2.3.4 Türklerde Müzik İle Tedavinin Tarihsel Gelişimi

Batılıların ruhsal sorunları olan kişileri hasta olarak kabul etmeyip onlara eziyet ettikleri ortaçağda Türkler onları birer hasta olarak kabul etmiş; kişinin ruh sağlığına, ruh hastalarına ve tedavilerine büyük önem vermişlerdir. Ruh hastalıklarının tedavisinde ilk defa müziği planlı ve bilinçli kullanan ve bu tedavinin önderliğini yapanlar Türkler olmuştur (Erer ve Atıcı, 2010; Erkan ve Şahin , 1982).

Türkler müzikle tedavinin temellerini Araplar ve Acemlerden almıştır. Hoca Nasır Musa, Abdülmümin Safi, Safiddin Barid, Keyhüsrev, Arap bilginleri ve Farabi, Tabip Şuuri, müzikten anlamayan bir doktorun, tıpta alim ve işinde maharetli olamayacağı için teşhiste koyamayacağını söylemişlerdir. Bu bilginler, müziğin insanın ruh durumuna olumlu tesirlerinden bahsetmişlerdir. İbn Sina “Kitabü’ş Şifa” eserinde; “Tedavinin en iyi ve en etkili yollarından biri hastanın aklî 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 sürecinde kişiye güçlü bir moral kaynağı olduğunu belirtmiştir. Hekimler ve tecrübeli alimler, müziğin makam ve usulünün insanın kalp ritmi ile ilişkili olduğunu ve kalp ritminin bir makama ve nameye uygun olduğunu düşünüyorlardı. Müzikle tedavi, farklı makamların kalp ritminin hızlanması, yavaşlaması, genişliği gibi hallerine kullanılarak başlamıştır (Erer ve Atıcı , 2010).

Türk İslam Tıbbında da müzikle tedavinin önemli bir yeri vardır. Müzikle tedavinin kullanıldığı ilk yer Türk Atabeyi Nurettin Zengi tarafından 1154 yılında Şam'da yaptırılan Nurettin Zengi Darüşşifasıdır. Hem hekim hem de müzikolog kimlikleriyle İslam tarihinin önemli bilginlerinden olan Zekeriya El-Razi (854-932), Farabi (870-950) ve İbni Sina (980-1037) müziğin tedavi yönünü incelemişlerdir. O dönemlerde başlayan müzikle tedavi uygulamaları Selçuklu ve Osmanlı şifahanelerinde devam etmiştir. Özellikle Farabi müzik ile ilgili yazdığı eserlerinde makamlar ve hastalıklar arasındaki ilişkiyi açıklamıştır. Farabi udun mucidi olarak da bilinir. Müzikle tedavide yapılan bireysel çalışmaların yanında Selçuklu ve Osmanlılarda darüşşifalar ortamında yapılmaya başlanmıştır (Kabul , 2013).

Özellikle ruh hastaları için kullanılan müzikle tedavi Selçuklu ve Osmanlı döneminde bu tedavi yöntemine uygun olarak yaptırılan hastaneler [Nureddin Hastanesi (1154), Kayseri Gevher Nesibe Tıp Medresesi (1206), Divriği Ulu Camii Darüşşifası (1228), Amasya Darüşşifası (1308), Fatih Darüşşifası (1470), Edirne II. Bayezid Darüşşifası (1488), Süleymaniye Darüşşifası (1557), Dünya psikiyatrisi ve hastaneciliğinin gelişmesinde öncü rol oynamışlardır (Karaaslan, 2014).

Müzikle tedavi çeşitleri özetle şöyledir:

1. Aktif Tedavi (Arşetipikal Hareketler)

Aktif tedavideki hareketlerin amacı, bedeni, ruhsal ve fiziksel yönden geliştirmek ve korumaktır. Bu tedavi “Anadolu Yogası” olarak da bilinir. Aktif tedavideki hareketlere pentatonik müzik eşlik etmektedir. Yurt dışında büyük ilgi gören bu tedavide kullanılan hareketler, atalarımız tarafından sağlıklı bir yaşam sürdürmek için topluca ya da bireysel olarak uygulanırdı. Bağışıklık sistemini güçlendiren ve bu sayede birçok hastalığın oluşmasını önleyen hareketlerin, günlük hayata uyarlanmasının yararları, modern tıbbın birçok kolunun ilgi odağı olmuştur (İşkey ,2008).

2. Pasif Tedavi (İmaj Tedavi)

Müzik ile tedavi konusunda en çok kullanılan yöntemlerden birisi de pasif tedavidir. Yere sırt üstü uzanılarak gerçekleştirilen seans sırasında zihnin, düşünce ve sıkıntı gibi faktörlerden arındırılmış olması gerekmektedir. Terapi sırasında seansa katılan kişilerden, dinlettirilecek olan su sesine konsantre olmaları ve kendilerini akarsuyun büyük koluna ulaşmaya çalışan küçük bir su akıntısı gibi düşüncelerini istenmektedir. Terapi sırasında müziğin zihinde oluşturdukları müzik terapistlerine aktarılmakta ve bunların sebepleri incelenmektedir (Güvenç ,1985)

3. Baksı Dansı

Eski Türklerde “baksı” adı verilen koruyucu hekimlerin, tedavi sırasında transa geçmek ve bilgi almak için kullandıkları dansa “Baksı Dansı” denilmektedir. Baksı dansı, kılkopuz ve dombra çalgıları eşliğinde yapılan bir dansdır. Stres, depresyon, halsizlik, kas spazmları, kireçlenme ve romatizma gibi hastalıklar için son derece yararlı ve etkili bir tedavi yöntemidir. Tedavinin başarılı olmasının sebepleri, kan dolaşımını hızlanması, beyine oksijen taşıyan kanalların rahatlaması, stres ve depresyonun omuzlara bindirdiği yüklerin dağılması ve doğayı taklit ederek insanın sağlığını yeniden kazanmasıdır (İşkey, 2008).

4. Çalgılarla Meşguliyet

Somatik sinir sistemi bozukluklarının tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Hastaların bireysel ve grupla birlikte çalgı çalmaları güven duygusunu artırması tedavinin en önemli özelliklerinden biridir (Gençel, 2006).

5. Ritm

Hastalara uygulanan ritm çalışmaları, kas sertliği, eklem rahatsızlığı, denge bozukluğu, isteklendirme eksikliği gibi rahatsızlıklarda olumlu sonuçlar ortaya koymaktadır (Güvenç, 1985).

6. Dinleme

Hastalara uygulanan müzik dinletme faaliyetleri, dikkat ve hafızayı geliştirici sonuçlar ortaya koymaktadır. Günümüzde kullanılan ve müzikle tedavi ile dolaylı yoldan ilgisi olan tedavi yöntemi de, bir Psikolog tarafından uygulanan “İşitsel Eğitim” (Auditory Integration Training) adlı yöntemdir. “Bu yöntemle, otistik, hiperaktif ve disleksiali (okumayı öğrenme güçlüğü) hastalar tedavi edilmektedir. Tedavi sırasında, sağ ve sol kulağa ayrı desibellerde ses verilmektedir. Tedavideki müzik türünün önemi yoktur fakat ocuk hastaların zevkle dinleyebilmesi için melodik, zengin ritimli müzikler tercih edilmektedir (Gençel, 2006; Güvenç, 1985).

Müzikle tedavi uygulamaları çeşitli metotlar ile uygulanmaktadır.

Bunlar:

1. Konser dinletilerek uygulanan tedavi yöntemi (pasif tedavi)
2. Konser icra ettirilerek uygulanan tedavi yöntemi (aktif tedavi)
3. Müzik yaratılması sağlanarak uygulanan tedavi yöntemi (aktif tedavi)
4. Dansla uygulanan tedavi yöntemi (aktif tedavi)

Konser dinletilerek uygulanan tedavi yönteminde bir müzik grubu ya da bir solistle konser düzenlenerek, hastaların dinlenmesi sağlanır. Konser icra ettirilerek uygulanan tedavi yönteminde hastaların oluşturduğu müzik grubunda görev alarak müzik uygulamasına katılır. Müzik yaparak uygulanan tedavi yönteminde ise hastaların konser icra etmelerinin yanısıra aktif rol alması beklenir. Dansla tedavi yönteminde ise, müziğin ritmiyle oluşan dans, duyguların bedensel olarak dışa vurumu şeklinededir (Gençel, 2006).

2.3.5 Türk Müziğinde Kullanılan Makamlar

Osmanlı Devleti döneminde Türk Musikisi konusunda çok kıymetli müzik adamları yetişmiştir. Bu kişiler müzik makamlarının insanların üzerindeki etkileri zamana, farklı milletlere ve hastalıklara karşı gösterdiği etkiye göre sıralamaları yapılmıştır. İnsan tabiatı ve müzik arasındaki ilişki geniş bir araştırma konusu olmuştur. Padişah ve saray mensupları ayrıca devletin ileri gelenleri tarafından bu kişiler desteklenmiş ve ödüllendirilmiştir.

Büyük Türk bilgini Farabi günümüz müzikle tedavisine de büyük katkıları olan “Musiki-ul-kebir” adlı eserinde, makamların insan ruhuna olan etkilerini şöyle sınıflandırmıştır (Karahana, 2006).

- **Rast Makamı:** İnsana neşe huzur verir.
- **Rehavi Makamı:** İnsana sonsuzluk fikri verir.
- **Küçük Makamı:** İnsana hüznü verir.
- **Büzürk Makamı:** İnsana korku verir.
- **İsfehân Makamı:** İnsana hareket kabiliyeti ve güven hissi verir.
- **Neva Makamı:** İnsana lezzet ve ferahlık verir.
- **Uşşak Makamı:** İnsana gülme hissi verir.
- **Zirgüle Makamı:** İnsana uyku verir.
- **Saba Makamı:** İnsana cesaret kuvvet verir.
- **Buselik Makamı:** İnsana kuvvet verir.
- **Hüseynî Makamı:** İnsana sessizlik ve rahatlık verir.
- **Acemaşîran Makamı:** İnsana yaratıcılık duygusu ve ilham verir
- **Hicaz Makamı:** İnsana alçak gönüllülük verir.

Eski Türk hekimlerinden Şuuri ise “Tadil-i Emzice ” adlı eserinde, bazı makamların günün belirli zamanlarında etkili olduğunu şöyle belirtmektedir :

- **Rast ve Rehavi Makamları:** Seher zamanları etkilidir.
- **Hüseyini Makamı:** Sabahları etkilidir.
- **Acemaşiran Makamı:** Fecirden kuşluk vaktine kadar etkilidir
- **Irak Makamı:** Kuşlukta (sabah ve öğle arası) etkilidir.
- **Nihavend Makamı:** Öğleyin etkilidir.
- **Hicaz Makamı:** İki ezan arası etkilidir.
- **Buselik Makamı:** İkinci (öğle ile akşam arası) etkilidir.
- **Uşşak Makamı:** Gün batarken etkilidir.
- **Zengüle Makamı:** Gurubdan (güneş battıktan sonra) etkilidir.
- **Muhelif Makamları:** Yatsıdan sonra etkilidir.
- **Rast Makamı:** Gece yarısı etkilidir.
- **Zirefkend Makamı:** Gece yarısından sonra etkilidir.

2.3.6 Müziğin Nörofizyolojisi ve İnsanlar Üzerine Etkileri

Müziğin iyileşme aracı olarak nasıl etkili olduğunu tanımlamak ve açıklamak için çeşitli yaklaşımlar yapılmıştır. Psikoterapiye benzer şekilde psikoterapik bir süreç gibi etkili olup olmadığı araştırılmıştır. Beyin görüntüleme çalışmaları, müzik dinlemenin dikkat, hafıza ve motor fonksiyonlar ile limbik ve paralimbik bölgeler gibi duygularla ilgili alanlarda beyin aktivitesinin dinamiklerini etkileyen bir sinirsel aktivite yarattığını göstermiştir . Müziğin, 2 hemisferin sinerjistik olarak çalışabilme kabiliyetini de arttırdığı gösterilmiştir (Mofred, 2016).

Müzik öncelikle dış kulak yoluyla birincil akustik devreye giren ses dalgalarından oluşur. Müziğin sinirsel bir sinyal haline dönüşümü, kokleada meydana gelir. İşitsel beyin sapı, kokleadaki sinir sinyallerini işler ve bunları talamus'a gönderir ve işitsel kortekste anlamlandırır. Bu alanlar ton, ritim, yoğunluk ve pürüzlülük açısından algısal olarak çözümler. "Müzikteki ritim, aynı anda duyguları doğrudan

etkileyerek ve kalp atış hızı, kas tonu, kan basıncı ve solunum gibi fizyolojik belirtileri değiştirerek davranış şekilledirebilir ".

Yapılan çalışmalarda müziğin talamustaki otonom sinir sisteminin tepkisini değiştirerek kasları rahatlattığı, adrenokortikotropik hormon salınımı azalttığı ve sempatik sinir sisteminin aktivite ettiği, limbik sistemi etkileyerek sevinç hissi uyandırdığı ve endişeyi azalttığı saptanmıştır. Ayrıca müzik ağrıyı azaltmak için hipofiz bezini uyararak endorfin salınımı sağlayarak anksiyete düzeyini düşürebilir (Mofredj ve ark., 2015).

Müzik, beynin diğer alanlarını aktive etmenin yanı sıra, prosesin mezolimbik dopaminerjik yollar üzerinde etki ederek ödül tepkileri oluşturmak için pozitif destek sağlayarak anksiyolitik etkisi oluşturur (Singh ve JoySubhashni, 2013).

Yapılan çalışmalarda katekolaminlerin, müziğin duygusal olarak algılanarak fiziksel etkiler meydana getirdiği belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda müzik terapiden sonra kanda yapılan ölçümlerde katekolamin düzeylerinde azalma bildirilmişken bazılarında ise adrenal kortikosteroid düzeylerinde azalma olduğu bildirilmiştir. Yakın zamanda yapılan anksiyetesi olan hastalarda yapılan çalışmalarda da kortizol konsantrasyonunda anlamlı düşüşler saptanmıştır. Gönüllü hemşireler ve öğrencilerle yapılan başka bir çalışmada ise müzik dinlerken algılanan stres seviyesinin , kortizol düzeyini, kalp hızı ve ortalama arter basıncının düşük olduğu gözlenmiştir.

Müzik biyolojik açının dışında psikolojik bir bakış açısıyla değerlendirilebilir. Müzik dinlemek her şeyden önce bir deneyim olduğundan, terapötik özelliği bireye özgü tutumları, beklentileri, hayal gücü, hafızayı, bedensel benlik bilincini etkileyecek fiziksel özelliklere sahip olmalıdır. Müzik deneyimlerimize bağlı olarak somutlaştırılmış anılarımızı hatırlatır ve canlandırır. Buna bağlı olarak bize bedensel ve psikolojik olarak acıcılık, canlılık kazandırır (Mofredj ve ark., 2016) .

Müzik hiçbir yan etkisi olmayan , ucuz ve kullanımı kolay olan terapötik bir araç olmasının yanında, çeşitli durumlarda ve çeşitli hastalıklar içinde kullanılabilir (Ko ve ark., 2017).

2.3.7 Müzik Terapinin Kullanım Alanları

Tarih boyunca müziğin iyileştirici etkisinden yararlanılmış ancak anksiyeteyi azaltmada ve duygusal sağlığı güçlendirme gücü, son zamanlarda müzik dinlemek veya aktif olarak meşgul olduğunda ortaya çıkan nevrokimyasal değişiklikleri inceleyen çalışmaların bilimsel kanıtları ortaya çıkmaya başladı. Terapötik alana potansiyel bir ilgi duyuldu ve müzik, tıbbın farklı dallarında tamamlayıcı bir terapi olarak başarıyla kullanıldı (Mofredj ve ark., 2016).

Müzik terapi, tıpta belli bir şekilde kullanılan bir tedavi yöntemi değildir. Müzik terapi, kişinin durumuna göre özel biçimlerde şekillerde yapılandırılarak yapılarak uygulanabilecek bir şekilde sahiptir. Müzik terapi tüm yaş gruplarını için kullanılabilir bir girişimdir. Müzik hastanelerde; terapötik olarak palyatif bakımda, yoğun bakımda, cerrahi ameliyatlarda, psikiyatri, onkoloji, kadın doğum, pediatri ünitelerinde, koroner bakımda, radyasyon, kemoterapi tedavisinde, invazif uygulamalarda, ağrı ve anksiyete gibi semptom tedavilerinde, immün fonksiyonların aktive olmasında, vücut bağışıklığının artırılmasında, yaşam kalitesini arttırmada, ruhsal iyileşmede kullanılmaktadır (Akın, 2007).

Hekimler tarafından müzik terapinin anksiyete üzerine etkisi sıklıkla çalışılmış ve çalışılmakta olan bir konudur. Evans (2002) tarafından 29 araştırmanın incelenmesiyle yapılan çalışmada, müzik terapinin anksiyete algılanması, anksiyetenin fizyolojik sonuçlarını, bakım ve tedavinin yan etkilerini azaltmada, bakım ile ilgili memnuniyetin artırılmasında kullanıldığı saptanmıştır (Evans, 2002).

Yapılan araştırmalarda, doğum, bronkoskopi, medikal ve dental tedavi, akut miyokardial infarktüs uygulanabilmiş hastalar, mekanik ventilasyon desteğinde kalan hastalar, kolonoskopi, sigmoidoskopi gibi endoskopik girişim yapılan hastalarda müziğin anksiyeteyi azalttığı ve rahatlamayı sağladığı gözlemlenmiştir (Smolen ve ark., 2002).

Cooke ve arkadaşları tarafından 12 çalışmanın değerlendirilmesini içeren araştırmasında, cerrahi operasyonların öncesinde hastaların anksiyetesini azaltmak amacıyla uygulanan müzik terapinin etkin olduğunu göstermiştir. Kolonoskopi olacak hastaların kolonoskopi öncesi yapılan müzik terapinin işlem esnasında uygulanacak olan sedasyon ihtiyacında azalma olduğu saptanmıştır (Digest, 2006). Lee ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada kolonoskopi öncesi bekleyen hastalara 20-40

dakika süreyle seçtikleri müziğin dinletilmesi sonucunda hastalarda oluşan anksiyetenin azaldığı saptanmıştır (Lee ve ark., 2004).

Hayes ve arkadaşları (2003) tarafından kolonoskopi ve gastroduodenoskopi olacak hastalara işlem öncesi 15 dakika süreyle dinletikleri klasik jazz ve rock müzik türlerinin sonucunda hastaların anksiyetesinin azaldığı görülmüştür (Hayes ve ark., 2003). Uçan ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada; üst gastrointestinal sistem endoskopisi işlemi sırasında müziğin hastaların yaşamsal bulgularına olan etkisini saptamak amacıyla hastalara merkezi sistemle 15-30 dakika süreyle müzik dinlettirilmiş, hastaların yaşamsal bulguları işlem öncesi ve sonrasında ölçülmüştür. Araştırmanın sonucunda, müziğin hastaların nabız hızına, kan basıncına ve oksijen saturasyonu değerlerine etki etmediği, uygulama grubundaki hastaların işlem sonrası sistolik kan basıncı değerleri, kontrol grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır (Uçan ve ark., 2006). Ovayolu ve arkadaşları (2006) tarafından kolonoskopi işlemi uygulanan hastalara Türk klasik müziği dinletilerek kolonoskopi esnasında sedasyon ilaç dozajı, hastanın anksiyetesi, ağrı ve memnuniyetsizlik hissi gereksinimini azaltıp azaltmadığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; müzik terapinin hastaların ağrısını, anksiyetesini azaltıcı yönde bir etki yarattığı, kullanılan sedasyon miktarını azalttığı saptanmıştır (Ovayolu ve ark., 2006). Lin ve arkadaşları (2007) tarafından müzik terapinin gastrik myoelektirik aktiviteye olan etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada; bireylere 30 dakika süre ile müzik terapi uygulanmıştır. Müzik terapiye başlamadan önce ve müzik terapi bittikten sonra elektrogastrografi aracı ile bireylerin gastrik myoelektirik aktivitesi değerlendirilmiş, müzik terapinin gastrik myoelektirik aktiviteyi arttırdığı saptanmış ve gastrik boşalma sorunu olan hastalarda müzik terapinin etkisi olduğunu saptamıştır (Lin ve ark., 2007) . Wang ve arkadaşları (2002) tarafından preoperatif dönemde olan hastalara kendilerinin seçtikleri müzik türünün 30 dakika dinlettirilmesi sonucunda hastaların anksiyetelerinin azaldığı görülmüştür (Wang ve ark., 2002).

Yung ve arkadaşları (2002) tarafından prostat ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi 20 dakika süre ile slov müziğin dinlettirilmesi sonucunda hastaların anksiyetesinin azaldığı görülmüştür (Yung ve ark., 2002). Melanie Thompson ve arkadaşları tarafından , müziğin preoperatif hastalar arasındaki anksiyete üzerindeki

etkisini incelemek için yaptıkları araştırmada anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların anksiyetelerinde azalma olduğu saptanmıştır (Melanie Thompson ve ark., 2002).

McClurkin ve arkadaşları tarafından, ameliyat öncesi hastalara 15 dakika süreyle dinlentirilen müziğin ameliyat öncesi oluşan anksiyete düzeyini azaltmada için etkili bir yöntem olduğunu bildirmişlerdir (McClurkin ve ark., 2016).

Ayoub ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada; spinal anestezi altında üroloji ameliyatı öncesi hastalara müzik terapi uygulamış ve bunun sonucunda müzik terapinin hastaların sedasyon ihtiyacını azalttığı saptanmıştır (Ayoub ve ark., 2005).

Leardi ve arkadaşları(2007) intraoperatif süreçte dinletilen müziğin stres tepkisini azalttığı gözlemlenmişlerdir (Leardi ve ark., 2007). Berbal ve arkadaşları (2007) ameliyat öncesindeki müzikle diazepam'ı karşılaştırdılar ve müziğin kaygı kontrolünde benzodiazepinler kadar etkili olduğu sonucuna varmışlardır (Berbal ve ark., 2007).

Yaşar (2010) tarafından yapılan, genel anestezi altındaki hastalarda müzik terapisinin intraoperatif ve erken postoperatif dönemde kan basıncı üzerine etkisini araştıran çalışmasının sonucunda kan basıncı ortalamalarında önemli bir azalma saptanmıştır (Yaşar, 2010). Bradt ve Dileo (2009) tarafından, koroner kalp hastalarında müzik kan basıncı üzerine etkisini araştıran çalışmalarının sonucunda kan basıncı ortalamalarında azalma saptanmışlardır (Bradt ve Dileo, 2009). Bekiroğlu (2011) tarafından hipertansifler hastalara 28 gün boyunca klasik Türk müziği dinlettiği çalışma sonucunda hastaların sistolik kan basıncında önemli azalma tespit etmiştir (Bekiroğlu, 2011).

Yang Liu ve arkadaşı (2015) torasik cerrahi sonrası hastalara 3 gün üst üste 30 dakika boyunca yapılan müzik terapinin hastaların ağrı, anksiyete ve yaşamsal bulguları üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, müzik terapisi sonucunda, ağrı, anksiyete, sistolik kan basıncı ve kalp atım hızında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş saptanmıştır (Liu ve ark, 2015).

Hamel (2001) tarafından yapılan çalışmada kardiyak kateterizasyon uygulanan hastalara 20 dakika süresince dinlettirilen müziğin anksiyetelerini azalttığı bildirilmiştir (Hamel, 2001). Byers ve Smyth (1997) tarafından yapılan araştırmada; kardiyak cerrahi

geçirmiş ameliyat sonrası 1. günde olan hastalara 30 dakika müzik dinlettirilmiş ve sonucunda hastaların müzik dinletilmeden ölçülen kan basıncı ve nabız hızı değerlerinin müzik dinletildikten sonraki değerlerine göre azaldığı saptanmıştır (Byers ve Smyth,1997).

Nillson(2009) tarafından bypass greftleme veya aort kapak replasmanı yapılan hastalarda ameliyattan sonra müzik dinlettirilmiş, deney grubunda kontrol grubuna kıyasla oksitosin ve PaO₂ değerlerinde iyileşme görülmüştür.Aynı yazarlar kardiyak cerrahi olmuş 58 hastaya ameliyattan sonraki gün en az 30 dakikalık müzik dinletimi sonrası deney grubundaki hastaların kontrol grubuna kıyasla plazma kortizol değerlerini anlamlı olarak daha düşük olduğunu saptamışlardır.Bu da potansiyel bir stres azalmasını yansıtmaktadır (Nillson, 2009). Elliott iskemik kalp hastalığı olan 56 hastadan oluşan, müzik ve kas gevşemesinin etkilerini test eden randomize kontrollü bir araştırma yürüttü. Deney ve kontrol grupları kıyaslandığında anlamlı bir sonuç bulunamadı (Elliott, 1994). Barnason ve arkadaşları (1995) tarafından, koroner arter baypas greftlemesini olan 96 hasta ile rasgele olarak, müzik terapisi, müzik-video tedavisi veya planlanan dinlenme süresi olmak üzere üç tedavi grubundan birine verildi. Hastalara 2 gün içinde 2 seans müdahale verildi. Sonuçlar, 3 müdahaleden hiçbirinin anksiyete düzeyini önemli ölçüde azaltmadığını gösterdi. Ayrıca, bu müdahalelerin hiçbiri diğerlerinden daha üstün değildi. Bununla birlikte, genelleşmiş bir gevşeme yanıtı 3 grup arasında zamanla ortaya çıkmıştır. Araştırmacılar, bu sonuçların, kullanılan örnekleme yönteminden, daha az endişeli ve hemodinamik bakımdan istikrarlı hastaların alınması ve çevre üzerinde herhangi bir kontrolü bulunmaması nedeniyle ortaya çıktığını açıkladı (Barnason ve ark., 1995). Vizeli (2012) tarafından koroner anjiyografi sırasında hastalara dinletilen müziğin anksiyete seviyesini düşürdüğü; müzikterapinin anksiyete seviyesi üzerine etkili olduğunu saptamıştır (Vizeli, 2012).

Ciğerci (2011) tarafından KABG ameliyatı yapılan 112 hasta üzerinde yapılan araştırmasından elde edilen bulgular koroner arter bypass cerrahisinde müzik terapinin, anksiyete ile algılanan ağrı şiddetinin azaltılmasında ve kullanılan analjezik miktarında olumlu etkisi olduğunu göstermekte olup, KABG uygulanan hastalarda uygulanmasını önermiştir (Ciğerci, 2011). Twiss ve arkadaşları (2006) kalp damar cerrahisi geçiren hastalarda müzik terapinin ameliyat öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puanlarına

etkisi inceledikleri çalışmalarında, uygulama ve kontrol grubunun ameliyat öcesi anksiyete puanlarında fark olmadığı, ameliyat sonrası uygulama grubunun durumluk anksiyete puanının daha düşük olduğu saptamışlardır (Twiss ve ark., 2006). Chan ve arkadaşlarının, perkütan koroner girişim sonrası klemp işlemi uygulanan hastalarda müziğin oksijen saturasyonu üzerine etkisini incelemek amacıyla öntest sontest kontrol gruplu yaptıkları çalışma sonucunda uygulama grubundaki hastaların oksijen saturasyon ortalamalarının kontrol grubundakilerden önemli bir şekilde yüksek bulmuşlardır (Chan ve ark., 2006).

Phipps ve arkadaşları (2010) tarafından nöroloji servisinde yatan 59 hastaya 30 dakika süresince müzik dinletilip kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısı, vücut ısısı, ağrı ve anksiyetelerini inceledikleri randomize yarı deneysel çalışmalarında hastaların durumluk anksiyetelerini dakikalık müzik dinletisi sonrasında anlamlı olarak daha düşük olduğunu saptamışlardır (Phipps ve ark., 2010).

Firmeza ve arkadaşları tarafından baş ve boyun kanseri olan hastalarda müzik dinletiminin, hastaların anksiyetesi ve yaşamsal parametreleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışma sonucu müziğin, kanserli hastalar için ayaktan tedavi ortamında anksiyete yönetmenin yanı sıra kan basıncını, nabzını ve solunum hızını azaltmada etkin bir farmakolojik olmayan terapötik kaynak olduğu kanıtlanmıştır (Firmeza ve ark., 2017).

Doro ve arkadaşları tarafından (2017) allojenik hematopoetik kök hücre nakli olan hastalarda müzik terapinin ağrı, anksiyete ve psikolojik etkilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; müzik terapinin hastaların tedavisinde biyo-psikososyal refah sağlayarak güçlü bir etki yarattığı saptanmıştır (Doro ve ark., 2017).

Jasemi ve arkadaşları tarafından (2016) yarı deneysel olarak planlanan kanserli hastalarda müzik terapisinin anksiyete ve depresyon üzerine etkisini araştırmışlardır. Depresyon ve anksiyetesi olan toplam 60 hasta rasgele örnekleme yöntemi ile araştırılarak iki kontrol ve müdahale grubuna ayrıldı. Müdahale grubundaki hastalar, 3 gün boyunca en az 20 dakika boyunca müzik dinletilmiştir . Hastaların kaygı ve depresyon dereceleri, başlangıçta ve müzik terapisinden 3 gün sonra, hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda müzik terapisinin kanserli hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmaya olumlu

etkilerini ortaya koymuştur . Bu nedenle, hemşirelik bakımına müzik terapisi eklenmesi önerilmektedir (Jasemi ve ark., 2016). Beck (1991) tarafından müziğin kanser hastalarının ağrısına etkisi üzerine yaptığı çalışma sonucu müziğin ağrıyı azalttığı saptanmıştır (Biley, 2000).

Clark ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada; küratif radyasyon terapisi uygulanan hastalara tedavi süresince 45 dakika olmak üzere kendi seçtikleri müzik türü dinlettirilmiştir. Dinletilen müziğin hastaların anksiyete, depresyon, yorgunluk, ağrı bulgularına üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonucunda; müzik terapinin hastaların anksiyetesini azalttığı saptanmıştır (Clark ve ark., 2006).

Gökalp (2015) tarafından 65 yaş ve üstü hematolojik kanser tanısı almış hastalara müzik terapi yapılarak anksiyete düzeylerine bakılmıştır. 30 kontrol ve 30 deney grubu olmak üzere 60 hasta alınmış, ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışma sonucu; deney grubunda yer alan hastaların durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında; müzik terapi sonrası anksiyete düzeylerindeki azalışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, yani müzik terapinin hastaların anksiyete düzeylerinin azalmasında etkili olduğu saptanmıştır (Gökalp, 2015).

Collins ve Kuck (1991) tarafından yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ,yenidoğanlara 20 dakika dinlettirilen müziğin oksijen saturasyon değerlerini olumlu yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Caine (1991) tarafından yenidoğan yoğun bakım ünitesinde, yenidoğanlara dinlettirilen müziğin kilo kaybını azalttığı, günlük ortalama kilo alımını arttırdığı, alınan kalori miktarını arttırdığı, hastanede ve yoğun bakım ünitesinde kalma süresini azalttığını, anksiyete davranışlarını azalttığı saptanmıştır (Biley, 2000). Arnon ve arkadaşları tarafından (2006) müzik terapinin yenidoğanlar üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada; müzik terapinin yenidoğanların fizyolojik parametrelerine olumlu yönde etki ettiği ve uyku kalitelerini arttırdığı, uykuya geçişi kolaylaştırdığı saptanmıştır (Arnon ve ark., 2006).

Foley ve Lipe (2004) tarafından Alzheimer tanısı almış hastalara müzik terapi uygulayarak hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini araştırmıştır. Araştırmanın sonucunda; hastalar müzik terapi sonucu yaşam kalitelerinin arttığını, kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir (Foley ve Lipe, 2004).

Hyun ve Yang (2009) tarafından şizofreni hastalarına bir hafta boyunca müzik terapi yaptıktan sonra işitsel varsanılar gibi pozitif belirtilerin azaldığı, negatif belirtilerinde de iyileşme olduğu belirtmişlerdir (Hyun ve Yang, 2009).

Yapılan çalışmalarda müziğin, otistik bireylerde sosyal davranışları artırdığı ve kaçınma davranışını azalttığı etkili bir motivasyon etkinliği olduğunu belirtmişlerdir (Kim ve ark., 2009; Finnigan ve Starr, 2010).

Cantekin (2011) tarafından hemodiyaliz hastalarına yaptığı müzik terapi sonucunda algıladıkları stresörler ve anksiyete düzeyleri üzerinde azaltıcı yönde etkili olduğunu bulmuştur (Cantekin, 2011).

2.3.8 Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Kullanımı

Cerrahi girişim sonrası tedavi ve bakımın amacı hastanın sedasyondan çıkması, uyandırılması ve extübe olduktan sonra spontan solunumunu yerine getirilebilmesidir. Cerrahi girişim sonrası yoğun bakım ünitelerine alınan hastalar, anestezinin etkisi ve entübasyon nedeniyle yoğun bir hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadırlar. Erken ekstübasyon hastanın daha erken mobilizasyonu sağlamakta, pozitif basınçlı ventilasyona bağlı oluşabilecek komplikasyonları, enfeksiyon insidansını ve yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) kalış sürelerini azaltmaktır (Nural ve Alkan , 2015).

Mekanik ventilasyon (MV) bağlı olan hastalarda anksiyeteyi kontrol altına almak için genellikle sedasyon tedavisi uygulanır. Kullanılan sedasyonlar MV’de kalma süresini artırmakta ve hemodinamiyi bozmaktadır. Yapılan çalışmalarda müzik terapi (ağrı ve anksiyetenin düzeyini azaltmakta, solunum, kalp atım sayısını ve kan basıncını düşürmekte), aile ziyaretleri gibi nanfarmakolojik tedavilerin MV bağlı anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (Learkner ve ark., 2015; Khorshid ve ark., 2007).

Yoğun bakımda entübe olarak yatan hastaların en büyük problemlerinden biri iletişimdir. Hastalar, korku, ajitasyon, açlık, susuzluk, iletişim problemleri, bilinç ve kontrol duygusunda azalma yaşamaktadırlar (Nural ve Alkan, 2015).

Hastaların iletişiminin bozulması, ağrılarını anlatamama, başkasına bağımlı olma, depersonelizasyon, hayal kırıklığı, korku, anksiyete ve stres durumlarına neden olabilmektedir. Bu tür hastalarda sınırlamadan dolayı rahatsızlık ve bağımlılık en çok

deneyimlenen sorunlar arasında yer almaktadır. (Bahçivan ve ark., 2011; Savran ve ark., 2014). Yoğun bakım kliniklerinde yatan hastalarda oluşan anksiyeteye bağlı oluşan oksijen kullanımında artış ve mekanik ventilatör yararından azalmadır. Bu durum ventilatörden ayırma sürecini zorlaştırmaktadır (Elif ve ark., 2011). Bu süreci etkileyen en önemli etmenlerden biri hemşirelik bakımının kalitesidir (Nural ve Alkan, 2015).

Yaşam fonksiyonları makineler tarafından desteklenen yoğun bakım hastalarının kişisel gereksinimlerini ve isteklerini karşılamak hemşireler için kolay aynı zamanda zorlayıcıdır. Sedatize olan hastaların günlük kişise bakımlarını devam ettirmek kolaydır. Ancak bilinci açık hastayla işbirliği yapmak ve iletişim kurmak zordur. Bilinici açık , uyanık hastanın ihtiyaçlarını anlamak ve takip etmek hemşirenin çok fazla zamanını alır. Hemşirelerin yetersizlik duygusu yaşamasına neden olabilir. Hemşireler sıklıkla “başka ne yapabilirim?”, “hastayı nasıl daha fazla destekleyebilirim ?” sorularının yanıtlarıyla meşgul olurlar. Özellikle hastanın ilk gün yaşadığı duygularını, yaşananlara yüklediği anlamları ve tepkileri tanımlamak çok önemlidir (Larkner ve ark., 2015). Hemşireler hastadaki herhangi bir değişikliği ya da eksikliği hemen farkederek, sebebini anlayabilir ve gerekli müdahaleyi yapabilirler.

Yoğun bakım kliniğinde çalışan ekibin profesyonel olması gerekir. Örneğin bu ekip üyeleri makinaların neden alarm verdiği ve ne yapması gerektiğini çok iyi bilmelidir. Ajitasyonun yönetimi sadece hemşirenin değil tüm yoğun bakım ekibinin sorumluluğudur. Aynı şekilde, fiziksel ve duygusal yoksunluğun yönetimi hemşirenin olduğu kadar diğer üyelerinde sorumluluğundadır (Larkner, 2015).

Mekanik ventilatördeki hastalar ile iletişim kurmak için vücut dili, yüz ifadesi, göz teması, evet/hayırlı sorular, yazarak iletişim sağlanabilmektedir (Hweidi IM ve Jordanian, 2007).

Tosun ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında mekanik ventilatördeki hastaların dudak hareketlerinin de kullanılan bir iletişim şekli olduğunu belirtmişlerdi (Tosun ve ark., 2009). Yapılan bir çalışmada, açık kalp ameliyatı sonrası yoğun bakımda mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların iletişim kurmak için en sık olarak baş sallama, el-kol hareketleri ve yüz buruşturma gibi davranışlarını kullandıkları saptanmıştır (Çelik, 2007).

Yapılan çalışmalarda, mekanik ventilatöre bağı olan hastalarda anksiyete tedavisinde kullanılan sedasyon tedavisinin hastanede yatış süresini ve bakım maliyetlerini yükselttiğini göstermektedir. Bu yüzden, mekanik ventilatör desteğinde olan hastaların konforunu artırmak ve anksiyetesini azaltmak için farklı alternatif tedavi yöntemleri kullanılarak maliyetinde azaltılması sağlanır. Bu tedavi yöntemi çoğunlukla müzik terapive aile ziyaretleri olarak önerilmektedir (Akın, 2007).

Chlan (1998) tarafından yapılan çalışmada; mekanik ventilatör bağı olan hastalara 30 dakika süreyle kulaklıkla rahatlamaalarının sağlayan bir müzik türü dinlettirilmiştir. Bu çalışmada müzik, rahatlamaalarını sağlamak ve anksiyeteyi azaltmak amacıyla nonfarmakolojik bir hemşirelik girişimi olarak kullanılmıştır (Chlan,1998).

Lee ve arkadaşları (2005) tarafında yapılan çalışmada, müzik terapinin anksiyeteye bağı oluşan fizyolojik parametreler üzerine etkisinin incelendiğı çalışma sonucunda, müzik terapinin rahatlama sağladığı, anksiyeteyi azalttığı saptanmış ve müzik terapi bağımsız bir hemşirelik girişimi olarak tanımlanmıştır (Lee ve ark., 2005). Malathum (2004) yaptığı çalışmada, mekanik ventilatör desteğinde olan hastalarda müzik terapinin anksiyete üzerine etkisinin kan basıncı, nabız hızı ve solunum hızını içeren fizyolojik parametrelerle incelendiğı çalışmada; 20 hastaya 30 dakika dinlettirilen müziğin sonucunda hastaların anksiyete seviyesinin ve fizyolojik parametrelerin azaldığı saptanmıştır (Malathum, 2004).

Chlan (1999) tarafından mekanik ventilatör desteğinde olan hastalarda müzik tedavinin anksiyete üzerine etkisini araştırmıştır. Hastalara 30 dakika kulaklık yoluyla rahatlamaı sağlayan bir müzik dinlettirilmiştir. Durumluk- süreklilik kaygı envanterine ve fizyolojik parametreler değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucundahastaların anksiyetesinin azaldığı ve rahatlamaı sağladığı belirtilmiştir (Chlan, 1999).

Chlan ve arkadaşları (2001) tarafından mekanik ventilatöre bağı olan hastalarda müziğin anksiyete üzerine etkisini değerlendirmek için yapılan çalışmada hastalara 60-80 dakika süresince müzik dinletilmiştir. Hastaların anksiyetesi, Visual Analog Scale-Anxiety (VAS-A) ve fizyolojik parametrelere (kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı) göre değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonucunda; müzik tedavinin fizyolojik bulguları ve anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (Chlan ve ark., 2001).

Wong ve arkadaşları (2001) tarafından mekanik ventilatöre bağlı olan hastalarla müzik tedavinin anksiyetenin üzerinde etkisini değerlendirmek için yaptığı çalışmada; hastalara 30 dakika süresince kulaklık yoluyla müzik dinlettirilmiştir, ön test ve son test yöntemi ile hastaların anksiyete düzeyleri Durumluluk-Sürekli kaygı envanteri ile ve fizyolojik belirtilerden kan basıncı ve solunum hızında değişim olup olmadığını saptamıştır. Çalışmaya; 18-85 yaş arası, bilinci açık, psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olmayan, işitme problemi olmayan, intravenöz sedasyon uygulanmayan, ventilatör modu aynı olan, mekanik ventilatöre bağlanma günleri aynı aralıkta olan hastaları almıştır. Çalışma sonucunda; müzik terapinin mekanik ventilatöre bağlı olan hastaların anksiyetesini azaltan noninvaziv bir hemşirelik girişimi olarak tanımlanmıştır.

Yapılan çalışmalar, yoğun bakım hastalarında müzikle tedavinin etkili bir anksiyolitik ajan olduğu kanıtlanmıştır. Müzik terapi, noninvaziv, ucuz,kolay ve zaman almayan bir hemşirelik girişimidir. Müzik terapi sedasyon kullanım süresini ve sayısını azaltan finansal bir yatırım olarak önerilmektedir (Wong, 2001).

Iriarte (2003) tarafından mekanik ventilatör bağlı olan hastalarda müzik terapinin hastaların iyileşmesine ve anksiyetesine üzerindeki etkisi ile ilgili yayınlanan çalışmalar incelendiğinde; müzik terapinin anksiyetenin fizyolojik değerleri üzerindeki etkisi kan basıncı, nabız hızı ve solunum hızı ölçülerek değerlendirilmiştir, müzik terapinin mekanik ventilatör bağlı olan hastaların anksiyetesini azalttığı sonucuna varılmış ve müzik terapi hastaya zarar vermeyen, ucuz bir girişim olarak tanımlanmıştır (Iriarte Roteta, 2003).

Almerud ve Petersson (2003) tarafından yoğun bakımda mekanik ventilatör desteğinde olan serebral hemorajisi ve psikiyatrik hastalık tanısı olmayan hastalara 30 dakika süresince müzik dinletilerek müziğin etkisinin incelendiği araştırma sonucunda; müzik terapinin anksiyeteyi azaltılmasında ve gevşemeyi sağlamasında alternatif bir tedavi yöntemi olduğu saptanmıştır (Almerud ve Petersson, 2003).

Angela ve arkadaşları (2004) tarafından mekanik ventilasyon bağlı olan hastalara 30 dakika süreyle müzik dinletilerek anksiyetesinin fizyolojik parametreleri (kan basıncı, nabız hızı ve solunum hızı) değerlendirilmiştir. Bu çalışma sonucunda hastaların anksiyetesinde ve fizyolojik parametrelerinde değerlerinde azalma olduğu saptamıştır (Angela ve ark., 2004).

Chang ve arkadaşları (2005) tarafından müziğin, mekanik ventilatör desteğinde olan hastaların anksiyete seviyesine ve fizyolojik parametrelerine üzerine etkisi incelenmiştir. Araştırmaya; bilinci açık, psikiyatrik hastalık tanısı olmayan, işitme problemi olmayan, hemodinamik stabilliği olan ve aynı ventilatör modunda olan hastalar dahil edilmiştir. Müziğin hastanın fizyolojik parametrelerini (kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı) ve anksiyete seviyesini azaldığı saptanmıştır. Bu araştırma sonucunda, müzik terapinin kliniklerde yeni bir hemşirelik girişimi olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (Chang ve ark., 2005).

Besel (2006) tarafından mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapinin hastaların konforuna etkisinin incelendiği çalışmada hastaların fizyolojik parametrelerine, anksiyete ve konfor skalaları değerlendirilmiştir. Bu araştırma sonucu, müzik terapinin mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların konforunu arttırdığı saptanmıştır (Besel, 2006).

Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada, yoğun bakımda mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara Johan Sebastian Bach'ın rahatlamaya etkisi olan klasik müzik MP3 Player ve kulaklıkla 60 dakika dinletirilmiştir. Anksiyetinin fizyolojik işaretlerinden kan basıncı, solunum hızı, oksijen saturasyonu ve solunum hızına bakılmıştır. Araştırma sonucunda, müzik terapinin mekanik ventilasyon bağlı hastalarda anksiyetenin fizyolojik parametrelerini azaltan etkili bir hemşirelik girişimi olduğu bildirilmiştir (Akın, 2007).

Yılmaz ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir pilot çalışmada, yoğun bakımda mekanik ventilasyon desteğinde olan yetişkin yaş grubu hastalara 60 dakika süre ile Klasik Batı Müziği eserleri kulaklık ile dinletirilerek, hastaların sedasyon ihtiyacına ve yaşam bulguları üzerine etkilerini incelenmişlerdir. Bu araştırma sonucunda müzik terapinin hastaların sedasyon ihtiyacını azalttığı, yaşam bulgularını olumlu derece de etkilediğini belirtmişlerdir. Müzik terapi, psikolojik belirtilerden kaynaklı bozulmuş yaşamsal bulguları düzenlemede, kullanılan sedasyon miktarında azaltmada terapötik bir araç olarak kullanılabileceğini ve müziğin yan etkisinin olmaması, ucuz ve kullanım açısından kolay olmasından dolayı hemşireler tarafından klinik uygulamalarda nonfarmakolojik bir girişim olarak kullanılabileceğini bildirmişlerdir (Yılmaz ve ark., 2016).

2.4 ANKSİYETE

2.4.1 Anksiyetenin Tanımı

Yunanca kökenli bir kelime olan anksiyete, kaygı, merak, korku anlamına gelmektedir. Heyecan ve güvensizlik duygularının bir arada olduğu kişiyi üzen, bunaltılı bekleme halidir (Gedik, 2015). Anksiyete sözü sıkışma darlık anlamına gelen "angh" kökünden türemiştir. Farklı dil ve kültürlerde değişik anlamlar ifade eder. Örneğin; Almanca "Angst" sözcüğü, İngilizce "dread" (önceden korkma) veya "foreboding" (kötü bir şey olacağını hissetme) anlamında kullanılır. Türkçe'de, "bunaltı", "hoş olmayan heyecansal endişe hali" olarak tanımlanabilir (Bayrak, 2016).

Bireyin yaşayabileceği en acılı duygu olarak da tanımlanmaktadır (İnel, 2016). Kişinin kötü bir şey olacakmış hissi ve kendini güvende hissetmediği durumlara meydana gelen evrensel bir duygudur (Polat, 2014). Üzüntü, korku, kaygı, başarısızlık, bilinmezlik, yetersizlik gibi heyecanların birini ya da daha fazlasını bulundurur (Çetin, 2014). Anksiyete bireye hayatındaki bir şeylerin yanlış olduğunun ve düzeltilmesi gerektiğinin bir dış vurum şeklidir (Batuman, 2011). Bireyin bir tehditle karşılaşması ve ya bir objenin yokluğuna bağlı içgüdesel olarak meydana gelen ve hoş olmayan bedensel duyguların eşlik ettiği bir durumdur (Eşkin, 2009). İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi kelimelerle anlatılmaya çalışılır (Altun, 2010).

Anksiyete 19. yüzyılla birlikte tıbbi belgelerde çok rastlanan kavramlardan biri haline gelmiştir. 1800'lerin ortalarında Otto Domrich tıbbi psikoloji alanında ilk kez "anksiyete atakları"ndan söz etmiştir (Jaber ve ark., 2007).

Freud 1984 yılında, Lopez "ibor" un "Angutsa Vital" dediği manevi sıkıntı haline Almanca'da "Angst" kelimesi, İngilizcede "Anxiety" karşılığında kullanılmıştır (Akın, 2007). Sigmund Freud yaklaşık 100 yıl önce anksiyete bozukluklarını detaylı bir şekilde ele almıştır. Freud "anksiyete nevrozu" kavramını nörolojik bir başlık altında ele alan ilk kişi olmuştur. Freud'un bu betimleyici çalışmaları bugünkü anksiyete bozukluklarının sınıflandırılmasını esaslarını oluşturmuştur (Jaber ve ark., 2007).

Anksiyete genellikle hastalık bulgusu olmadan yaşamın doğal seyri içinde yaşanan normal bir süreçtir (Taşdemir, 2012). Anksiyete yaşanan bir kayıptan oluşabileceği gibi, kişinin içsel çatışmalarından da oluşabilir (Gedik, 2015). Birey, ,

yaşamı tehdit eden bir durum, sağlık sorunları, hayatla baş etmede zorluk, benlik algısında ve saygısında azalma, maddi, manevi kayıp ve sorunlarda, özgürlük ve bağımsızlığın kaybedildiği, kişisel ihtiyaçlarının karşılanamaması durumunda, beklenti ve istekleri gerçekleşmediğinde anksiyete yaşayabilir (Wojnicki-Johansson, 2001)

Normal anksiyete; oluşabilecek bir tehlike durumunda biyolojik olarak uyarıcı bir sistemdir. Organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup, sıklıkla yaşanan bir duygudur ve her zaman bir hastalık semptomu olarak görülmemelidir. Vücudu kaç yada savaş gibi fiziksel tepkilere hazırlar. Anksiyete, üzüntü, kıskançlık ve kızgınlık gibi olumsuz duyguların ortaya çıkmasının yanı sıra sevgi ve sevinç gibi duyguların yeniden meydana gelmesini sağlar. Çoğu birey anksiyeteyi hayatının herhangi bir döneminde yaşayabilir. Anksiyete, dış çevrede oluşabilecek bir tehditten meydana gelebilir. Bilinmeyen yeni bir duruma ve ya çevreye adapte olup olmamanın verdiği bilinmezliği hissedilmesidir. Çok yönlü bir hadise olan anksiyete tüm organizmayı kapsar. Anksiyete çocuk , yetişkin ve yaşlı kişilerde bilinçin açık ya da kapalı olmasına bakmaksızın, problem oluşturacak kadar güçlü bir durumdur. Hastanın anksiyete başlangıcı hastaneye girmesi ile başlar. Bireyin fiziksel ve emosyonel durumlarına bir tehdittir. Anksiyete, herhangi bir dış uyarının boyutunun çok üstünde olan anormal bir korkudur. Polikliniğe başvuran hastaların %10-%15'inde, yatan hastalarında ise %10'unda belirgin anksiyete görülür (Jaber ve ark., 2007; Akın, 2007).

Yaşantı içinde oluşan anksiyete, yaşam için faydalı ve motivasyon yükseltici bir durumdur (Polat, 2014). Anksiyete, bireyde fizyolojik ve psikolojik farklılıklar meydana getirir (Turhan, 2007). Hafif ve orta seviyede ki anksiyete bireyin konsantrasyonunun artmasına, öğrenme ve sorun çözmesini sağlar. Yüksek seviyede anksiyete ise bilişsel fonksiyonları olumsuz yönde etkiler (Yıldız, 2011).

Anksiyete bireye özgü ve farklı seviyelerde olabilir, bireyin davranışlarını etkileyebilir. Yaşanan anksiyete kişiye özgü seviyelerde olsada, duyuşsal-algısal, bilişsel, psikolojik ve fizyolojik değişimlere sebep olur (Polat, 2014; Kişi, 2011).

Anksiyete ve korku terimleri yakın duygular olduğundan karıştırılabilmektedir. Aralarındaki fark ise; korkunun sebebinin net olması, anksiyetenin sebebinin net olmaması, yaşamı tehdit eden ve tehlike durumlarında, belirsizlik ve çaresizlik

duygusuyla meydana gelmesidir (Çetin, 2014). Anksiyete bireyin tehlike ve hastalık durumunda verdiği ilk tepki ve cevaptır (Güler, 2013). Anksiyete, tehlikeyi haber vererek bireye savaşması için işaret verir (Şıvıgın, 2013).

Anksiyete hayatı sürdürebilmek , yaşam mücadelesinin devamı, keşfetme ve yaratıcılığın, rekabet durumunda yararlı işler yapabilmenin, kendini diğer insanlara kabul ettirebilmenin gereği olarak yaşanmaktadır (Nayir, 2012).

Anksiyetenin önemli özelliklerinde bazıları şunlardır (Gedik, 2015):

- Anksiyete evrenseldir ve her bireyde oluşabilir.
- Bireyin düşüncesini ve algılamasını etkiler.
- İç sıkıntı yaratır ve bu iç sıkıntıyı tanımlamak zordur.
- Tehdidi ikaz eder ve tehlikelere karşı koruyucudur.
- Tehlikeye karşı kişide huzursuzluk ve gerginlik oluşturur, belirsiz meydana gelir.
- Benlik bilinci ile algılanan ve kavranan bir durumdur.

2.4.2 Anksiyetenin Tipleri

2.4.2.1 Normal ve patolojik kaygı

A- Normal Kaygı: Normal ve patolojik kaygı arasındaki kesin bir çizgi yoktur. Normal kaygı, bireye olası tehlike belirtilerini bildirmekte ve harekete geçmesi için onu hazırlamaktadır.

B- Patolojik Kaygı: Kaygı duygusu bireyde belirli bir oranı geçip bireyi olumsuz biçimde etkilemeye, günlük hayatını bozarak bireyde hasar meydana getirmeye başlamıştır. Birey bu duyguyla baş etmede güçlük yaşadığı için, yaşam şeklini değiştirmek durumunda kalabilir, kaçma ve kaçınma davranışı görülebilir hatta hayatları bazen tümüyle alt üst olabilir (Çam, 2003).

2.4.2.2. Endojen (dış) ve Eksojen (iç) Kategorileri

A- Endojen anksiyete: Herhangi bir stres faktörü olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkar. Anksiyetenin fiziki ve psikolojik belirtileri en az bir ay sürer ve belirtiler, özgün bir tıbbi ya da başka bir psikiyatrik hastalığa bağlı değildir.

Endojen anksiyetenin sekiz basamağı vardır:

- a. Kendiliğinden ve ani subklinik (sınırlı belirtiler) anksiyete atakları
- b. Klinik tabloda yavaş yavaş tam gelişmiş panik ataklara doğru ilerleme
- c. Gizli hastalığa ilişkin hipokondriyak korkular
- d. Beklentsel anksiyetenin gelişmesi
- e. Panik ataklarının ortaya çıktığı durumlardan ya da panik atak oluştuğunda kaçmanın imkansız olduğu durumdan fobik kaçınma
- f. Yaygınlaşmış fobik kaçınma
- g. Anksiyetenin kontrolü için ilaç ve alkol kötüye kullanımı
- h. Depresyon

B- Eksojen anksiyete: Çevresel stresörler tarafından hızlandırılır.

- a. Anksiyete doğrudan eksojen ise, spontan anksiyete ve panik oluşmaz.
- b. Anksiyete her zaman özgün bir dış stresör ve psikolojik çatışmalar ile açıklanabilir.
- c. Belirtiler, endojen anksiyetede görülenden daha düzensizdir. Belirtilerin psikososyal stresörlerle ilişkileri göreceli olarak tutarlılık gösterir (Akın, 2007).

2.4.2.3 Durumluluk ve Sürekli Anksiyete

A- Durumluluk Anksiyete: Ortaya çıkmasında iç ve dış etkenler rol oynar. Bireyin içinde olduğu stresli durumdan kaynaklı hissettiği öznel korkudur. Stresin

fazala olduğu zamanlar durumluluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur.

B- Sürekli Anksiyete: Bireyin kaygı yaşamasına olan yatkınlığıdır. Genetiğin rolünün bulunduğu düşünölen farklı şiddet derecelerinde olmakla birlikte sürekli bir anksiyete durumudur (Akın, 2007; Perel ve ark., 1992).

2.4.3 Anksiyetenin Düzeyleri

Anksiyete sinir sistemini tamamıyla uyarır. Böbrek üstü bezleri ile kordinasyon durumunda olması hemeostasis için gereklidir. Anksiyete yaşayan birey bu durumdan kurtulmak için savaş ya da kaç yöntemini kullanır.

Anksiyete 4 düzeyde tanımlanır. Bunlar;

1. *Hafif anksiyete*
2. *Orta derecede anksiyete*
3. *Ağır derecede anksiyete*
4. *Panik derecede anksiyete*

Hafif Anksiyete

Her düzey bireyin, çevresinde olup bitenleri algılama durumunu ifade eder. İlk düzey uyanıklıktır. Uyanıklık, anksiyetenin hafif düzeyi ile eşdeğerdır (Çam ve Engin, 2014).

Yaşam bulgularının normal olduğu durumdur (Gedik, 2015). Bu seviyede algılama ve anlama yetisi normaldir. Duyular alarttır ve kavrama alanı artmıştır. Birey kontrastre, kendi ilgilerine ve çevresine duyarlı, katılımcı ve mantık yürütme yeteneğinin tam olduğu seviyedir. Birey olaylar arasında bağlantı kurabilir ve sözel olarak anlatabilir (Nayir, 2012). Birey bu düzey kaygıda etkili sorun çözme becerisine sahiptir (Gedik, 2015). Bireyi harekete hazırlayan anksiyete düzeyidir (Çetin, 2014).

Orta Derece Anksiyete

İkinci düzeyde anksiyetede, iletişim ve kavrama yetisinde azalma görülür (Çam ve Engin, 2014). Bireyin daha dikkatli ve huzursuz olduğu yaşam parametrelerinin normal ya da az miktarda artmış olduğu seviyedir. Birey çevresinde olanları algılayamaz. Ancak başka bir kişi tarafından yönlendirilirse çevresini algılayabilir. Kaslarda gerginlik, kalp hızında artış, mide problemleri ve terlemede artış vardır. Bireyin çevresini algılaması azaldıkça, anksiyete artar ve ağır bir anksiyete durumu meydana gelir. Baş ağrısı, baş dönmesi, titreme, korku isteksizlik bu düzeyde oluşur (Çam ve Engin, 2014). Bireye dışardan gözlemlendiğinde endişeli, korkmuş, hassas, sabırsız ve heyecanlı görülebilir (Nayir, 2012).

Ağır Derecede Anksiyete

Kavrama alanının önemli derecede azaldığı düzeydir. Birey detaylara konsantre olduğu için çevreinde olup biteni algılayamaz ve farkına vardığında ayrıntılar arasında sebep sonuç ilişkisi kuramaz (Nayir, 2012). Dış uyaranlara karşı tepkisi verme azalır, motor kordinasyonu zayıflar (Çam ve Engin, 2014).

Savaş ya da kaç tepkisi içindedir (Çetin, 2014). Birey gerginliğinin farkındadır fakat anksiyetesinin arttığını fark edemez. Sorun çözme zorlaşmıştır. Birey dikkatini toparlamada ve mantık yürütmede zorlanır, öğrenmek işini ise gerçekleştiremez (Nayir, 2012). İletişim ve işlev yeteneği azalır (Çam ve Engin, 2014). Birey dışarıdan uyarılsada kendine gelmez. Bu durumda bireyin profesyonel yardıma ihtiyacı vardır (Gedik, 2015). Birey gözlemlendiğinde fiziksel ve duygusal olarak rahatsız görünür (Nayir, 2012). Ağlama, ısırma, yüksek sesli ve hızlı konuşma, dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, uykusuzluk, baş ağrısı, bulantı, gerçek dışı duygular, titreme, korku, ürperme, çarpıntı gibi semptomlar görülür (Çam ve Engin, 2014; Nayir, 2012). Bu semptomlara ek olarak, titreme ve iştahsızlık görülebilir. Birey öleceği hissine kapılabilir (Nayir, 2012).

Panik Derecede Anksiyete

Anksiyetenin en kuvvetli olduğu seviyedir (Nayir, 2012). Bireyin algısal duyuları azalmış, solunum ve kan basıncı düşmüş, kas koordinasyonu azalmıştır. Birey, çevresini algılayamaz, düşünme yetisi azalmış ve davranışları anormalleşmiştir. Birey kendini korkmuş, güçsüz hisseder ve kriz derecesindedir (Gedik, 2015). İletişim kuramaz, yardıma ihtiyacı vardır, hissettiği duygular bireye acı verir. Ölümün

oluşabileceği bu seviyede kişi kontrolünü kaybetme, ümitsizlik, çaresizlik, tükenmişlik, korku, endişe duygularını yoğun olarak hissedebilir, halüsinasyon ve konfüzyonlar görülebilir (Nayir, 2012; Çetin, 2015). Gerçek ile bağlantının kopabildiği seviyedir, yardım ve müdahale edilmemesi halinde intihara sebep olabilir (Çetin, 2015).

2.4.4 Anksiyetenin Fizyolojik Etkileri

İnsan bir tehditle karşı karşıya geldiğinde beyinde hipotalamus uyarılır. Hipotalamus sempatik sinir sistemini ve hipofiz bezini etkileyerek çeşitli hormonların salgılanmasına sebep olur. Sempatik sinir sisteminin uyanılmasıyla sempatik sinir liflerinden "norepinefrin", adrenal bezin medullasından "epinefrin" ve "norepinefrin" salgılanır. Norepinefrin etkisiyle periferik damarlarda daralma, kan basıncı artış, ciltte soğukluk ve solukluk meydana gelir. Periferik damarlardaki daralma sebebiyle böbreklere giden kan akımı azalır ve renin salgılanır. Renin, anjiyotensin I ve anjiyotensin II'nin oluşmasını sağlar, anjiyotensin II damarlarda daralamaya, aldosteron ve antidiüretik hormon (ADH) salgılanmasına sebep olur. Çarpıntı, kan basıncı, nabız ve solunumda değişiklik, keskin prekordiyal ağrı, soğuk ve sıcak hissi, ağız kuruluğu, ses titremesi, vücutta titreme, bulantı, kusma, diyare, sık idrar yapma, gerginlik, genişlemiş pupiller, uykusuzluk anksiyetenin fizyolojik belirtileridir. Aynı zamanda, karaciğerdeki glikojenin, glikoza dönüşmesini sağlayarak kan glikoz seviyesini de yükseltir (Akın, 2007; Yıldırım, 2002).

2.4.5 Anksiyetenin Psikofizyolojik Ölçümü

Bireyin anksiyete ile ilgili fizyolojik tepkilerini tam olarak anlayabilmek için bazı durumları bilmemiz gereklidir.

Bireyin; gerçek anlamda rahat olduğu durum, standart stresörler karşısında cevabı, rahatsız olduğu bir durumu beklerken gelişen fizyolojik cevabı; ancak bundan sonra anksiyete artırıcı durumlarda ve patolojik anksiyete durumlarında fizyolojik cevabı tahmin edebiliriz. Bireyin adaptasyon kabiliyetinde bu durumu etkiler. Bu adaptasyon sağlayabilme kabiliyetinde kişinin uyarana alışma hızı ve stresör durumdan sonra iyileşme süresi ile ölçülebilir. Deneysel çalışmaların yapılmaya başlanması belirgin üstünlük sağlanmıştır. Fizyolojik durumları, hastanın fiziksel aktivitesini, stresör durumun başlangıç zamanını kontrol edebiliriz. Ayrıca laboratuvar şartlarında birçok fizyolojik sistemdeki değişiklikleri kaydedebiliriz. Çizgili kas

aktivitesi, kalp hızı, kan basıncı, deri iletimi kolay kaydedilebilmektedir (Akın, 2007; Yıldırım , 2002).

2.4.6 Anksiyetenin Belirtileri

A- Bilişsel belirtiler; Normal bilişsel işlevlerin ya artması (aşırı uyanıklık hali gibi), ya da baskılanması (dikkat dağınıklığı gibi) sonucu görülür. Kişi kendini rahatsız eden düşünce ve duygulardan rahatsızlık duyar. Başlıca bilişsel belirtiler şunlardır.

i. Duyusal-Algısal Belirtiler; Normal bilişsel belirtilerin görsel bileşenlerle bağlantısının kesilmesi burada önemli rol oynar. Kişi “sanki” ile açıkladığı algısal sapmalar yaşar.

Aklın sisli, bulanık olması

a. Çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme

b. Aşırı uyanıklık hali (hipervijilans)

c. Kendini aşırı gözleme

d. Çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi

e. Gerçek dışılık duyguları

ii. Düşünce Zorlukları;

a. Önemli şeyleri hatırlayamama

b. Bilinç sislenmesi (konfüzyon)

c. Düşüncelerle başa çıkamama

d. Konsantre olmada zorlanma

e. Dikkat dağınıklığı (distraktibilite)

f. Düşünce duraksamalar, kesintiler (blok)

g. Objektif düşünme güçlüğü

h. Nedenselleştirme güçlüğü

iii. Kavramsal Sorunlar; Beklenen olası tehlike ne kadar akla yatkınsa ve olabilirliği ne kadar fazlaysa, hastanın korkuları da o oranda yoğun şekilde izlenir.

a. Kontrolü kaybetme korkusu

b. Başa çıkamama korkusu

c. Fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu

d. Aklını kaybetme korkusu

e. Başkalarınca olumsuz değerlendirilebileceği korkusu

f. Yineleyici korkulu düşünceler

g. Korku veren görsel imgeler

h. Bilişsel sapmalar (distorsiyon)

B- Duygusal (affektif) Belirtiler; Kişinin yaşadığı ve onu rahatsız eden çeşitli duygulardır.

a. Korku

b. Endişe

c. Dehşet duygusu

d. Tedirginlik

e. Alarm durumuna geçme

f. Gerginlik

g. Sinirlilik

h. Çaresizlik

C- Davranışsal Belirtiler; Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenir. Bu davranışlar, her ne kadar başlangıçta anksiyeteyi azaltma amacı güderlerse de, tam tersi anksiyeteyi arttırıcı özellik göstermeye başlarlar.

- a. Kaçma
- b. Kaçınma
- c. Huzursuzluk
- d. Olduğu yerde hareketsiz donakalma (tonik immobilizasyon)
- e. Davranışlarda inhibisyon
- f. Konuşma akışında bozukluk
- g. Koordinasyon bozukluğu

D- Fizyolojik Belirtiler; genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerindeki değişimler sonucu ortaya çıkarlar.

Örneğin kalp hızı, kan basıncı, solunum hızındaki artışlar kişinin tehlikeden kaçabilmesi için gerekli sempatik sistem aktivasyonunu gösterirler. Parasempatik sistemle ilgili olaylar ise çaresizliği, çözüm bulamamayı işaret ederler. Fizyolojik belirtilerin başlıcaları şunlardır.

1. Kalp-Damar Sistemi Belirtileri;

- a. Çarpıntı
- b. Kalp hızında artış
- c. Arteriel kan basıncı değişimleri (artma ya da azalama)
- d. Bayılma hissi
- e. Gerçek bayılma
- f. Yüz kızarması

g. Aritmi

II. Solunum Sistemi Belirtileri;

a. Solunum sayısında ve derinliğinin artması

b. Bazen kalp krizini benzer düzeyde yaşanan göğüste ağrı, yanma, batma ve sıkışma hissi

c. Nefes darlığı

d. Hava açlığı

e. Kesik soluma

f. Boğazda düğümlenme

g. Bronşial spazm

III. Kas-İskelet ve Sinir Sistemi Belirtileri;

a. Kaslarda gerginlik, spazm

b. Reflekslerde artma

c. Yorgunluk hissi ve çabuk yorulma

d. Ağrılar ve yalancı romatizmal ağrılar

e. Titreme

f. Yüzde ve göz kapaklarında seyirme

g. Uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, huzursuz uyku, kâbuslar, uyku sonrası dinlenmemiş şekilde uyanma

IV. Sindirim Sistemi Belirtileri;

a. Karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm

b. İştahsızlık

- c. Bulantı-kusma, ishal
- d. Yutma güçlüğü, hava yutma
- e. Ağız kuruması ya da sulanması
- f. Nöbetler şeklinde yaşanan acıkma ya da susama

V. Boşaltım ve Genital Sistem Belirtileri;

- a. Sık idrara çıkma
- b. İdrar miktarında artma
- c. Cinsel güçsüzlük
- d. Erken boşalma
- e. Cinsel soğukluk

VI. Cilt Belirtileri;

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

Bu semptomlar normalde hepimizde dönem dönem yaşanan durumlardır. Her bireyin tehlike ya da korku durumundan çıkabilmesi için sağlıklı bir savunma tepkisi olduğu halde, anksiyeteli kişide bu tepki hayatını engellemeye başlar (Akbulut, 2011).

2.4.7 Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda Anksiyete ve Hemşirelik

Yaklaşımı

Yoğun bakım hastalarında sıklıkla duyuşal yoksunluk, duyuşal yüklenme, ajitasyon, oryantasyon güçlüğü, deliryum, depresyon, uyum güçlüğü, uyku bozukluğu, regresyon, tedaviyi reddetme, anksiyete, yalnızlık, güçsüzlük ve bilinmezlik korkusu görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar ilk defa 1954 yılında Fox tarafından depresif reaksiyonlar olarak tanımlanmıştır (Akın , 2007).

Anksiyete, yoğun bakım hastalarının yaklaşık %70-80'inde, özellikle solunum fonksiyonlarının yetersizliğinden kaynaklı mekanik ventilasyona bağılı hastalarda görülmektedir (Wong ve ark.,2002; Hetland ve ark., 2015).Yoğun bakım ünitelerinde yapılan araştırmalarda, mekanik ventilatöre bağılı olan hastaların en çok hangi stresörleri deneyimlediklerini incelenmiş ve araştırma sonucunda; mekanik ventilatöre bağılı hastalar için dispne, anksiyete, korku ve ağrı olmak üzere dört stresörün tanımlandığı saptanmıştır (Thomas, 2003). Mekanik ventilatör desteğinde olan hastalarla ilgili psikiyatrik konsültasyonlar incelendiğinde hastaların %80'inde semptomatik depresyon, deliryum, anksiyete görülmektedir (Chang ve ark., 2005).

Entübasyon ve mekanik ventilasyon solunum fonksiyonlarının ve yaşamın devamı için gerekli olmakla birlikte, bu tedavi yöntemi hastalara sıkıntılı fizyolojik ve psikolojik durumlar tecrübe ettirmektedir (Li ve Puntillo, 2006; Rotondi ve diğerleri, 2002). Mekanik ventilasyona bağılı olmak , en iyi olasılıkla rahatsızlık verici olduğu ifade edilmektedir (McCartney ve Boland, 1994). Hastalar mekanik ventilasyon kullanımı şüana kadarki en insanlık dışı tedavi olduğunu (Gries ve Fernsler, 1988) ve entübasyon bağılı mutsuz olduklarını ifade etmektedirler (Logan & Jenny, 1997). 48 saatten uzun süre mekanik ventilatör desteğine olan hastalar, endotrakeal tüpe bağılı konuşamadıklarını, susamış, gergin olduklarını, kontrollerini yitirdiklerini, yutma zorluğu yaşadıklarını ve orta şiddette anksiyete hissettiklerini ve bu durumu çok üzücü olarak ifade etmektedirler (Rotondi ve ark., 2002; Chlan, 2004; Li ve Puntillo, 2006). Mekanik ventilasyon desteğinin süresi ne olursa olsun, hastalar genellikle orta seviyede anksiyete yaşarlar. Yapılan araştırmalarda hastaların mekanik ventilatör desteğinin 6. gününde bile orta düzeyde anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Chlan, 2003). Bu durumda anksiyete için mekanik ventilasyon desteğinin süresi ne olursa olsun hemşirelik bakımının devamını gerektirdiğini gösteriyor. Anksiyete, ajitasyon, motor

gerginliğinde ve ya aktivitesinde artış, otonomik uyarılma ve korku ile belirginleşen bir durumdur (McCartney ve Boland, 1994). Mekanik ventilasyon desteği alan hastalar tarafından bildirilen en yaygın semptomlardan biridir (Li ve Puntillo, 2006; Rotondi ve ark., 2002).

Anksiyete, genel olarak bir kişinin iyilik hali ya da iyileşme üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilir (Wong ve ark., 2001; De Lattre ve ark., 2015) .Kontrol altına alınamayan anksiyete, sempatik sinir sisteminin uyarılmasına, arteriyel ve venöz daralma, miyokardiyal uyarılma ve bronkokonstriksiyon gibi çok sayıda komplikasyona sebep olabilir (Wong ve ark., 2001; Johnson ve ark., 1990). Bronkokonstriksiyon, hava yolu direncinde artışa neden olabilir, nefes alma ve oksijen ihtiyacını artırır ve kas gerginliğini artırarak genel yorulmaya neden olur. Bu yan etkiler, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda bağlanma süresini uzatabilir , bu da iyileşme süresini ve hasta mortalitesinde artışa sebep olur (Mofredj ve ark., 2016).

Hemşireler yoğun bakım hastaları için, anksiyete tedavisinin önemli olduğuna inanmaktadır. Anksiyetenin belirtilerini hafifletmek, hasta konforunu artırmak , güvenliğini sağlamak ve iyileşmeyi hızlandırmak için uygulanan tedavi yöntemi , sedatif ve analjezik ilaçların uygulanmasını içerir. Bu güçlü ilaçlar sıklıkla uzun süreli yüksek dozlarda uygulanır ve mekanik ventilasyona bağlı kalma süresinde ve YBÜ'de kalış süresinin uzamasına neden olabilecek hipotansiyon, bağırsak dismotiliği, hareketsizlik, zayıflık, deliryum ve travma sonrası stres bozukluğu gibi yan etkilere neden olabilmektedir. Sürekli sedasyon sonucunda yoğun bakımda yatış süresini uzaması, organ yetmezliği oranları artması ve yeniden entübasyon arasında kuvvetli bir ilişki vardır (Linda ve Savik, 2011; Mofredj ve ark., 2016).

Kollef ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan mekanik ventilasyon bağlı olan hastalarda sedasyon tedavisinin hastaların mekanik ventilatöre bağlı kalma gününe, hastanede kalma süresine ve mortalite oranlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; mekanik ventilasyon bağlı olan hastalardan bir gruba sürekli sedasyon tedavisi uygulanırken diğer gruba sedasyon tedavisi bolus şeklinde uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda, sürekli sedasyon tedavisi uygulanan hastaların mekanik ventilatöre bağlı kalma ve hastanede yatma sürelerinin daha uzun olduğu, mortalite oranları arasında fark olmadığı saptanmıştır (Besel, 2006). Kress ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; kontrol grubuna sürekli sedasyon infüzyonu

tedavisi devam ederken, deney grubuna ise gerekli olduğunda sedasyon uygulanmıştır, Araştırmanın sonucunda, uygulama grubunda mekanik ventilatöre bağlı kalma ve yoğun bakımda kalma süresinin azaldığı saptanmıştır (Lindgren ve Ames, 2005).

Sonuç olarak anksiyete tedavisinde kullanılan, sedasyon bulantı ve kusma, solunum depresyonu, gut motilitesinin azalması, kaşıntı, üriner retansiyon, hipotansiyon, venöz staz, yumuşak doku zedelenmeleri, solunum ve ekstremitte kaslarında atrofi, ekstübasyon, infeksiyon riskinin artması, mental durum değişiklikleri, santral venöz sistem değişiklikleri, ventilatör ilişkili pnömoni riskinin artması ve hatta ölümü kapsayan yan etkilere sahip olmasından dolayı sedasyon tedavisinde mekanik ventilatöre bağlı anksiyete yaşayan hastalarda ilk tercih olamamalıdır (Chlan, 2002; Hamel ve ark., 2000; Twiss ve ark., 2006). Bunun için yoğun bakım hastalarında hemşireler, hastanın konforunu sağlama amacıyla hemşirelik uygulamalarında bilgi ve becerilerini kullanarak uygun farmakolojik olmayan yöntemler geliştirilmelidir (Chlan, 2002; Babacan, 1999).

Goodnow's (1935), hemşirelerin hastanın konforunu sağlayabilecek, fiziksel ve mental yönden iyilik halini sağlayabilecek yardımcı uygulamaları tanımlayabileceğini belirtmiştir (Babacan, 1999). Ailelerin çağırılması, gevşeme egzersizleri, müzik tedavisi, sırt masajı, hastanın yataktan sandalyeye alınması, hasta ile konuşma, terapötik dokunma, biofeedback gibi yöntemler de hastanın anksiyete ve ajitasyonunun kontrolünde önemlidir (Akın, 2007). Günümüzde alternatif tıp çalışmalarının hemşirelik uygulamalarına yansıdığı görülmektedir. Tracy ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada; yoğun bakım hemşirelerinin tamamlayıcı/alternatif terapi konusunda hemşirelerin bilgisi ve davranışları incelemiştir. Hemşirelerin diyet, egzersiz, masaj, dua ve müzik terapi konusunda bilgili sahibi olduğu saptanmıştır (Digest, 2006) . Paterson ve Zdera (1988) müzik terapiyi, hemşirelik disiplininin önemli bir parçası olarak tanımlamıştır (Hayes, 2003; Clark, 2006).

Yapılan klinik çalışmalarda yoğun bakım hastalarında müzik terapinin etkili bir anksiyolitik ajan olarak kullanılmasına destek sağlamıştır. Müzik terapi, ilaç kullanmadan ağrı ve anksiyeteyi azaltıldığı saptanmıştır . Aynı zamanda huzurlu bir ortam yaratarak dinlenme ve uyumaya yardımcı olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, müzik dinletilirken kulaklık kullanılması, YBÜ'de yaygın olan hastaları rahatsız eden sesleri

engeller. Hastaların anksiyetesini düşürerek sedasyon ihtiyacını ortadan kalkmasını ve hastanın daha hızlı iyileşmesini sağlar (Mofredj ve ark., 2016).

Müzik terapi, yoğun bakım hastalarının hemşirelik bakımında holistik biryaklaşımın parçası olarak devam ettirilen, mekanik ventilatöre bağlı hastaların anksiyetesinin yönetiminde etkili bir hemşirelik girişimidir (Wigram ve Gold, 2006 ; Wong ve ark., 2001). Müzik terapi yan etkisi, riski ve maliyeti olmayan, kolay uygulanabilen , güvenilir bir girişimdir. Bu yüzden yoğun bakım hastalarının hemşirelik girişiminde kullanılmalıdır (Lefevre, 2004).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma yoğun bakım ünitesinde ameliyat sonrası mekanik ventilasyona bağlı hastalarda dinletilen müziğin hastanın anksiyete düzeyine etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Ünitesi Yoğun Bakım biriminde 30 Aralık 2016- 30 Ağustos 2017 tarihleri arasında ameliyat sonrası Yoğun Bakım Birim’inde mekanik ventilasyona bağlı hastalar ile yürütüldü.

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Ünitesi 1999 yılından bu yana faaliyet göstermekte, Umuttepe yerleşkesinde ise 2005 yılından itibaren hizmete açılmıştır. Hastanenin 1 katında yer alan dahili ve cerrahi sorunları olan kritik hasta bakım ve tedavisini üstlenen dokuz yatağı, ameliyat sonrası takip ve tedavinin sürdürüldüğü 5 yatağı olan 3. basamak bir yoğun bakım birimidir. Bölümden sorumlu bir profesör ve iki araştırma görevlisi doktor, bir sorumlu hemşire, 8-16, 16-08 çalışma saatlerinde bulunan dört klinik hemşiresi, bir sekreter, 3 yardımcı hizmetli görev yapmaktadır. Ameliyat sonrası

hastalar ameliyathanenin içinde bulunan derlenme odasında hastaların durumuna göre belirli sürelerde bekletildikten sonra extübasyonu yapılamayan hastalar bir asistan doktor, anestezi teknikeri ve bir hizmetli yardımcı personel tarafından entübe bir şekilde üniteye getirilmektedir. Hastayı hemşire, asistan ve yardımcı hizmetli personel karşılamaktadır. Hasta yatağına alındıktan sonra doktor, hastayı mekanik ventilasyon desteğini başlatmakta, hemşire monitorizasyon işlemini yaparak yaşam bulgularını takip etmekte, hastanın tedavi ve bakımını düzenleyip yerine getirmektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Hastanenin, Anestezi ve Reanimasyon Ünitesi yoğun bakım biriminde dahili ,cerrahi sorunları olan kritik hastaların ve ameliyat sonrası hastaların takip ve tedavinin sürdürüldüğü 3. Düzey bir birimdir. Ocak 2014 -Ocak 2015 tarihleri arasında post-op yatan hasta sayısı 1012'dir. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hasta sayısına ulaşılamamaktadır. Çalışmanın evrenini, ameliyat sonrası mekanik ventilasyon desteğinde olan ve çalışmaya alınma kriterlerine uygun bireyler oluşturmaktadır.

Araştırmada örneklem büyüklüğü istatistiksel olarak Güç Analizi (Power Analysis) ile belirlenmiştir. Çalışmanın gücü $1-\beta$ ($\beta =II.$ tip hata olasılığı) olarak ifade edilir. Yapılan hesaplamada grupların parametreleri gözönüne alınarak %90 güç elde etmek için $\alpha=0.05$ yanılma durumunda etki büyüklüğü (d) 1.037 bulunmuştur.

Örneklem büyüklüğü her bir grup için 15 olarak belirlenmiş ve 15 uygulama, 15 kontrol olmak üzere toplam 30 birey örnekleme alınmıştır. Çalışmaya uygulama ve deney grubundan bireyler sırayla alınmış, her iki grubun seçiminde yaş (18 yaş üzeri) ve cinsiyet durumu gibi bireysel özelliklerin benzer olmasına dikkate alınmıştır.

Örneklem kapsamına alınan bireyler (15 uygulama- 15 kontrol) daha önce aşağıdaki özelliklere göre değerlendirilmiştir. Örnekleme alınan bireylerin tamamı araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Bireylerin çalışma kapsamına alınması sırasında aşağıdaki kriterlere uygunluk yönünden değerlendirme yapılmıştır.

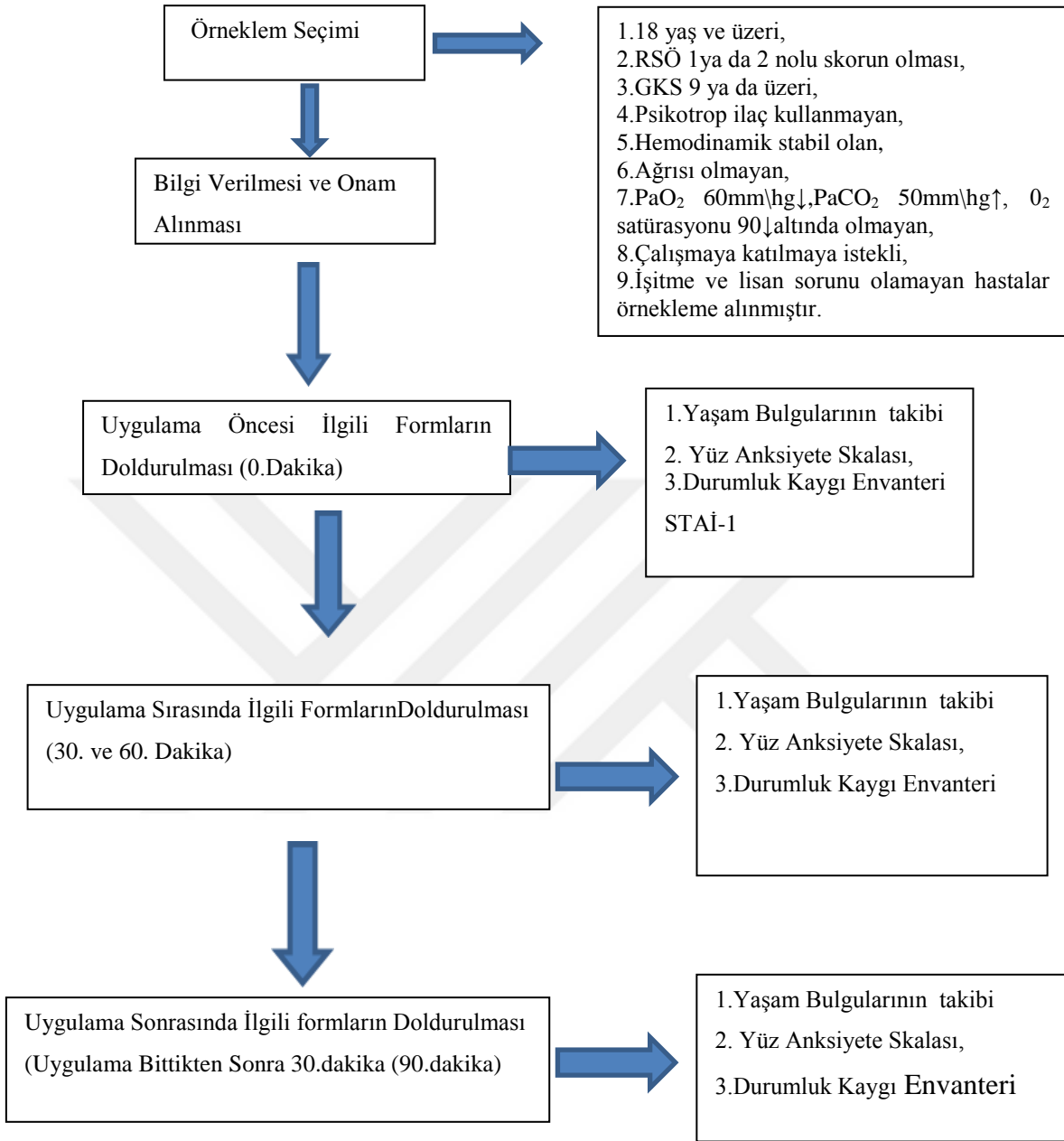
3.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri,
- Ramsay Sedasyon Skalasına göre 1 ya da 2 numaralı skora sahip olan,

- Postop 1. Gününde mekanik ventilasyona bağlı olan,
- Glaskow Koma Skalası puanı 9 ve 9'un üstünde olan,
- Psikotrop ilaç kullanmayan,
- Hemodinamik stabilliği olan,
- Yüksek doz inotrop desteğinde olmayan (dopamin ve/veya dobutamin; 10 mcg/kg/saat aşmayan),
- Ağrısı olmayan,
- Arteriyel kan gazı analizinde; PaO₂ 60 mmHg'nın altında, PaCO₂ 50 mmHg'nın üzeri, O₂ saturasyonu 90'ın altında olmayan,
- Çalışmaya katılmaya istekli ,
- İşitme ve lisan sorunu olmayan hastalar çalışma kapsamına alınmıştır.

Aşağıda araştırmanın akışına yönelik bir şema bulunup bu şema doğrultusunda çalışma gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Akış Şeması 1.



3.4 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Daha önce belirtilmiş olan kriterlere uygun olarak örneklem seçilmiş, araştırmanın verileri toplanmadan önce hastanın kendisine ve yakınlarına, araştırmacı tarafından uygulanacak işlemler konusunda bilgi verilmiş ,sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Bireylere uygulama öncesi ve uygulama sonrası aşağıdaki formlar uygulanmıştır.

Birinci form; hastaların tanıtıcı özelliklerinden oluşmuştur (Ek 1).

İkinci formda; m nitor yardımıyla yaşam bulgularından sistolik ve diyastolik tansiyon artral, kalp hızı, solunum hızı, pulse oksimetre değerleri 0.,15., 30, 60 ve 90. dakikalarda kayıt edilmek üzere oluşturulmuştur (Ek 2).

 ç nc  formda; hastanın sedasyon ve uyanıklık düzeyini belirleyen ramsey sedasyon skalası kullanılmıştır (Ek 3).

Dördüncü formda; hastanın bilinç durumunun ve nörolojik değerlendirmenin yapılmasını sağlayan glaskow koma skalası kullanılmıştır (Ek 4).

Beşinci formda; hastanın anksiyete varlığını belirleyen 'anksiyete yüz skalası' tarafsızlığı sağlamak amacıyla araştırmacı dışında bir hemşire tarafından hastanın o anki yüz ifadesine göre işaretlenmiştir (Ek 5).

Altıncı formda; anksiyete varlığını belirleyen STAI-1 durumluk kaygı envanteri kullanılmıştır (Ek -6).

Yedinci formda; hastanın araştırmaya katılabilmesi için sözlü ve yazılı onam alınması için kullanılmıştır (Ek -7)

Sekizinci formda; hasta yakınından hastanın araştırmaya katılabilmesi için sözlü ve yazılı alınması için kullanılmıştır (Ek-8)

3.4.1 Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen hasta tanıtım formunda; hastanın tanısı, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mekanik ventilatöre bağlanma süresi, ameliyat sonrası hangi saatte olduğu, hastane ve yoğun bakımda yatma süresi, anksiyolitik kullanma durumu, fiziksel tespitin olup olmadığı, daha önce yoğun bakım deneyiminin olup olmadığı ve nörolojik ve psikiyatrik hastalık tanısı olup olmadığı olmak üzere toplam 11 maddeden oluşmuştur (EK 1).

3.4.2. Hasta İzlem Formu

Hasta izlem formu'nda, hastanın müzik terapiye başlamadan hemen önce (0.dakika), müzik terapinin 30. dakikasında, müzik terapinin bitiminde 60. dakikada, müzik terapinin bitiminden 30 dakika sonra 90. dakikada ölçülen arteriel sistolik kan

basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı ve oksijen saturasyonunu içeren yaşam bulguları değerleri yer almıştır (EK- 2).

3.4.3 Ramsey Sedasyon Ölçeği (RSÖ)

Hastaların sedasyon düzeyini belirlemede M.A. Ramsay tarafından 1970'li yılların ortalarında geliştirilen RSÖ kullanılmıştır. Bu ölçek uyanıklık düzeyi ve uyku düzeyini içeren her bir bölümde üç olmak üzere toplam altı maddeden oluşmaktadır. Uyanık, tedirgin, ajite, huzursuz hasta için birinci düzey, uyanık, koopere, oryante ve sakin hasta için ikinci düzey, sadece emirlere yanıt veren hasta için üçüncü düzey, uyuyan, glabellaya vurmakla hızlı yanıt veren hasta için dördüncü düzey, uyarılara yavaş yanıt veren hasta için beşinci düzey ve ağırlı uyarana yanıtsız hasta için altıncı düzey olarak değerlendirilmektedir. İlk üç cevap uyanık hastada, diğer üç cevap ise uyuyan hastada glabellaya vuru ya da yüksek sözel uyarı ile değerlendirilir. Puanın artması sedasyon düzeyinin arttığını göstermektedir. Bu ölçeğin tercih edilme nedeni, kullanım kolaylığı ve ülkemiz insanı için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmış olmasıdır (Esen, 2010).

3.4.4 Glaskow Koma Skalası

Bilinç seviyelerini anlayabilmek, sınıflayabilmek ve ortak bir terminoloji amacı ile bazı bilinç değerlendirme araçları yapılmıştır. Günümüzde en sık kullanılan değerlendirme araçlarından biri GKS'dir. Hastanın bilincini kolay ve güvenilir bir şekilde yansıtmışından, GKS'nin bir çok hekim ve hemşire tarafından kullanılmaktadır (Sepit, 2005).

GKS, 1974 yılında geliştirilen, beyin fonksiyonlarının ve koma şiddetinin belirlenmesinde kullanılan geçerli bir puanlama sistemidir.

Konuşmayan hastalar için (endotrakeal tüpü olan hastalar gibi) el yazısı veya resimlerle hazırlanmış kartlar kullanarak ya da baş veya göz kapaklarını hafifçe hareket ettirerek alternatifler denenmelidir. Endotrakeal tüpü veya trakeostomisi olan hastalarda GKS nin kullanılması durumunda bu durum puanlama çizelgesine not edilmelidir.

Göz açma, sözel ve motor yanıt olmak üzere başlıca 3 fonksiyon değerlendirilir ve puanlanır.

Göz Açma

- Spontan gözlerini açar 4 puan verilir.
- Sözel uyararla gözlerini açar 3 puan verilir.
- Ağrılı uyararla gözlerini açar 2 puan verilir.
- Hasta sözel ve ağrılı uyarana rağmen tepki yoksa 1 puan verilir

Motor Yanıt

- İstemli hareket eder ise 6 puan verilir.
- Ağrılı uyarana yanıt veriyorsa 5 puan verilir.
- Ağrılı uyararla ekstremitayı geri çekiyorsa 4 puan verilir.
- Anormal fleksiyon yanıtı (dekortikasyon postürü) varsa 3 puan verilir.
- Anormal ekstansiyon yanıtı (deserebre postürü) varsa 2 puan verilir.
- Hastada herhangi bir tepki yoksa 1 puan verilir.

Sözel Yanıt

- Hasta oryente ise 5 puan verilir.
- Uyumsuz ama kendiliğinden yanıt veriyorsa 4 puan verilir.
- Anlamsız kelimeler söylüyorsa 3 puan verilir.
- İnlemeler, mırıltılar, anlamsız sesler çıkarıyorsa 2 puan verilir.
- Hastada herhangi bir yanıt yoksa 1 puan verilir.

Toplam puan 13-15 puan ise hasta uyanık, 8-12 arasında ise prekoma, 8 ve altında ise koma olarak değerlendirilir (Keskin, 2008).

3.4.5 Yüz Anksiyete Skalası (Face Skala)

Tek Boyutlu Bireysel Anksiyete Değerlendirme Yöntemleri arasında olan yüz ifadesi skalası (Face Scale), sıfır ile on arası puanlama sistemi olan anksiyete yok (0), hafif anksiyete var (2), orta şiddette anksiyete var (4), çok anksiyete var (6), şiddetli anksiyete var (8) ve çok şiddetli anksiyete var (10) ifadeleriyle hastanın yüz ifadesine yakın görüntünün belirlenerek bu belirlenen görüntüye göre puanlama yapılması esasına dayanır. Hastalar, müzik dinletilmeden (0.dakika) müzik dinletilirken (30. ve 60. Dakika) ve müzik dinletildikten yarım saat sonra (90.dakikada) araştırmacı dışında, aynı hemşire tarafından değerlendirilmiştir (İyigün ve ark.,2016; Çiftçi, 2011).

3.4.6 Durumluk Kaygı Envanteri

Bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 geliştirilmiş olan DurumlukKaygı Envanteri, durumluk 20 kısa anlatımlı maddeden oluşan iki ayrı envanteri içerir. 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Durumluk Kaygı Envanteri, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplandırmasını gerektirmekte ve toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar, envantere yer alan her bir ifade için “(1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla” seçeneklerinden kendilerine en uygun olanı işaretlemektedir. Envanterin maddelerinde iki tip ifade vardır: 1-Doğrudan (direkt) ifadeler, 2- Tersine dönmüş ifadeler. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları yansıtmaktadır. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerindekiler 1’e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar anksiyetenin yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadeler ise, 1 değerindeki cevaplar yüksek anksiyeteyi, 4 değerindekiler düşük anksiyeteyi gösterir. Durumluk Kaygı Envanteri’nde 10 tersine dönmüş ifade vardır. Durumluk kaygı envanterinde, 20 maddenin değerlendirilmesi yapılırken 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeler için pozitif (toplam kaygı puanını arttıran), kalan maddeler içinse negatif (toplam kaygı puanını azaltan) puanlar verilmektedir.

Değerlendirmede, her madde için 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilmekte olup elde edilecek toplam puana 50 eklenmektedir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20’dir. Hesaplanan toplam kaygı

puanı ne kadar yüksekse envanteri dolduran kişinin kaygı düzeyi o kadar fazladır (Öner ve Lecompte, 1985).

3.4.7 Bilgilendirilmiş Onam Formu (Hasta İçin)

Araştırmacı tarafından geliştirilen bilgilendirilmiş onam formunda: hastaya yapılan araştırmanın konusu, amacı , maliyeti, riski, uygulanacak işlemler, araştırmadan çekilmesi ve hastadan alınan bilgiler hakkında ne yapılacağı konusunda bilgileri içermektedir (EK-7).

3.4.8 Bilgilendirilmiş Onam Formu (Hasta Yakını İçin)

Araştırmacı tarafından geliştirilen bilgilendirilmiş onam formunda: hastaya yapılan araştırmanın konusu, amacı , maliyeti, riski, uygulanacak işlemler, araştırmadan çekilmesi ve hastadan alınan bilgiler hakkında ne yapılacağı konusunda bilgileri içermektedir (EK-7).

3.5 Hemşirelik Müdahalesi

- Yoğun bakım ünitesine aynı anda gelen iki hastadan ilki deney grubu ikinci hasta kontrol grubuna alınmıştır.
- Müziğin anksiyete üzerine olan etkisinin incelenmesi için, anksiyetenin psikolojik ve fizyolojik belirtilerinin belirlendiği durumluluk kaygı envanteri, yüz anksiyete skalası ve yaşam bulguları formları müzik dinletimine başlamadan önce (0. Dakika) uygulama ve kontrol grubundaki hastalara dolurulmuştur.
- Durumluk kaygı envanteri araştırmacı tarafından tek tek okunarak hastanın doldurmasına yardımcı olunmuş, aynı zamanda yüz anksiyete skalası objektif olması için araştırmacı dışında aynı hemşire tarafından değerlendirilmiş, son olarak araştırmacı hastaların yaşam bulgularını (kan basıncı, nabız, solunum) her hastanın başında olan ve hastaya bağlanan tansiyon manşonu, ekg elektrotu ve pulso oksimetresi olan monitör yardımıyla ölçerek yaşam bulguları değerlendirme formuna kayıt edilmiş kayıttan sonra müzik dinletimine geçilmiştir.
- Yoğun bakım ünitesindeki sirkülasyonun ve gürültünün yoğun olması nedeni ile hastaların dış uyarandan etkilenmesini engellemek amacıyla

uygulamada kullanılacak müzik kulaklık ve MP3 yardımıyla hastalara dinletilmiştir.

- Müzik türüne, alanında uzman Yrd. Doç. Dr. Rahmi Oruç'un (2015 yılında) görüş ,önerileri ve konuyla ilgili literatür taranarak karar verilmiştir. Çalışma sırasında, yumuşak enstrümantal müzik (öğleden sonra etkili olan insana sefa (neşe-huzur) veren Rast Makamı) dinletilmiştir.

- Hastaların rahat edebilecekleri ameliyatlarına uygun bir pozisyon verildikten sonra mp3 çalar sağ ellerine verilerek isterlerse müziğin sesine müdahale edebilecekleri; sesi açıp kapatabilecekleri, müziği durdurabilecekleri ve yeniden dinlemeye başlayabilecekleri iletilmiştir. Araştırmacı, bu süre içinde bireyin yanında konuşmadan ve müdahale etmeden bulunmuş, diğer ekip üyelerinin katılımıyla uygulamaya başlanmıştır.

- Literatüre göre 25–90 dakikalık arasında müzik dinletmenin uygun olacağı belirtilmektedir (Almerud ve Petersson, 2003). Yapılan birçok benzer araştırmada müziği 60 dakika süreyle kullanılmıştır (Akın, 2007; Almerud ve Petersson, 2003). Uygulama grubundaki hastalara müzik 60 dakika süre ile dinletilmiştir. Müzik dinletimini 30. dakikasında, müzik dinletiminin bittiği 60. dakikada ve son olarak müzik dinletimi bittikten yarım saat sonra (90. dakikada) hastaların sistolik kan basıncı,diyastolik kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı, oksijen satürasyonu ve yüz anksiyete skalası değerleri ölçülüp kaydedilmiştir.

- Uygulama tamamlandıktan sonra araştırmacı bireyin kulaklığını çıkarmış ve uygulama sonrası formlarını doldurmuştur.

- Müzik dinletimi bittikten yarım saat sonra (90. dakikada) tekrar durumlilik kaygı envanteri araştırmacı tarafında okunarak hastanın doldurulmasına yardım olunmuş aynı zamanda müzik dinletimi öncesi yüz anksiyete skalasını dolduran aynı hemşire tarafından tekrar yüz anksiyete skalasını değerlendirmiştir.

- Kontrol grubundaki hastaların sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı, oksijen satürasyonu, yüz anksiyete skalası ve durumlilik kaygı envanteri değerleri uygulama grubundaki hastalarda eş zamanlı olarak ölçülüp, kaydedilmiştir.

3.6 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenlerini; ameliyat sonrası mekanik ventilatör desteğinde olan hastaların sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı, oksijen saturasyonu , yüz anksiyetesi ve durumluluk kaygı değerleri oluşturmuştur.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; ameliyat sonrası mekanik ventilatör desteğinde olan hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mekanik ventilatöre bağlı kalma ve yoğun bakımda yatış süreleri oluşturmuştur.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında Paired Sample t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin takiplerinin değerlendirmesinde Repeated Measures Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni Test; normal dağılım göstermeyen değişkenlerin takiplerinin değerlendirmesinde Friedman Test ve ikili karşılaştırmalarında Dunn's Test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.8 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için; Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından, Kocaeli Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Ana Bilim Dalı'ndan yazılı onam alınmıştır.

Araştırma hakkında hastalara ve hasta yakınlarına bilgi verilmiş, hastalardan aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Tüm izinler alındıktan sonra Helsinki Bildirgesi temel alınarak çalışma yapılmıştır.

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada ameliyat sonrası mekanik ventilasyon bağlı hasta sayısının az olması.

4. BULGULAR

Çalışma Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Ünitesi Yoğun Bakım Biriminde ; %50,0'si (n=15) deney grubunda, %50,0'si (n=15) kontrol grubunda yer almak üzere toplam 30 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların %46,7'si (n=14) kadın, %53,3'ü (n=16) erkektir ve yaşları 41 ile 68 arasında değişmekte olup, ortalama 58,53±5,98 yıldır.

Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımları

Tanımlayıcı Özellikler		n (%)
Yaş (yıl)	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	58,5 (41-68)
	<i>Ort±Ss</i>	58,53±5,98
Cinsiyet	Kadın	14 (46,7)
	Erkek	16 (53,3)
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	1 (3,3)
	İlkokul	5 (16,7)
	Ortaokul	9 (30,0)
	Lise	9 (30,0)
	Yüksekokul	6 (20,0)
Ventilatöre bağlı kalma süresi (gün)	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	4,5 (1-10)
	<i>Ort±Ss</i>	4,80±2,25
Yoğun bakımda yatma süresi (gün)	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	12 (5-18)
	<i>Ort±Ss</i>	12,07±3,86
Glaskow Koma Skalası puanı	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	10 (9-10)
	<i>Ort±Ss</i>	9,83±0,38
Ramsey Sedasyon Skalası puanı	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	1 (1-2)
	<i>Ort±Ss</i>	1,17±0,38
	Uyanık; endişeli, huzursuz veya ikisi birden	25 (83,3)
	Uyanık; koopere, oryante, sakin	5 (16,7)

Eğitim düzeyleri incelendiğinde; %3,3'ünün (n=1) okur-yazar olmadığı, %16,7'sinin (n=5) ilkokul, %30,0'unun (n=9) ortaokul, %30,0'unun (n=9) lise ve %20,0'sinin (n=6) yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür.

Ventilatöre bağlı kalma süreleri 1 ile 10 gün arasında değişmekte olup, ortalama $4,80 \pm 2,25$ gün; yoğun bakımda yatma süreleri 5 ile 18 gün arasında değişmekte olup, ortalama $12,07 \pm 3,86$ gündür.

Hastaların hiğbirinde anksiyolitik kullanımı, fiziksel tespit, yoğun bakım deneyimi, nörolojik ve psikiyatrik hastalık tanısı bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların bilinç durumunun değerlendirildiği Glaskow Koma Skalası puanları 9 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama $9,83 \pm 0,38$; Ramsey Sedasyon Skalası puanları 1 ile 2 arasında değişmekte olup, ortalama $1,17 \pm 0,38$ 'dir. Ramsey Sedasyon Skalasına göre hastaların %83,3'  (n=25) uyanık ve endişeli, huzursuz veya ikisi birden; %16,7'si (n=5) uyanık ve koopere, oryante, sakindir.

Tablo 2: Gruplara Göre Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumu Değerlendirmesi

		Deney grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=15)	Test değerisi p
Yaş (yıl)	<i>Medyan</i>	63 (41-66)	56 (51-68)	$t=1,565$
	<i>(Min-Mak)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	$60,20 \pm 6,65$	$56,87 \pm 4,88$	a0,129
Cinsiyet; n (%)	Kadın	7 (46,7)	7 (46,7)	$\chi^2=0,001$
	Erkek	8 (53,3)	8 (53,3)	b1,000
Eğitim düzeyi; n (%)	İlkokul ve altı	3 (20,0)	3 (20,0)	$\chi^2=1,846$
	Ortaokul	3 (20,0)	6 (40,0)	c0,701
	Lise	5 (33,3)	4 (26,7)	
	Yüksekokul	4 (26,7)	2 (13,3)	
a Student t Test	b Pearson Chi-Square Test		c Fisher Freeman Halton Test	

Deney grubu yaşları 41 ile 66 arasında değişmekte olup, ortalama $60,20 \pm 6,65$ yıl; kontrol grubunun yaşları 51 ile 68 arasında değişmekte olup, ortalama $56,87 \pm 4,88$

yıldır. Gruplara göre yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol gruplarının %46,7'si ($n=7$) kadın, %53,3'ü ($n=8$) erkektir. Cinsiyete göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubunun %20,0'si ($n=3$) ilkokul ve altı, %20,0'si ($n=3$) ortaokul, %33,3'ü ($n=5$) lise ve %26,7'si ($n=4$) yüksekokul eğitim düzeyinde; kontrol grubunun %20,0'si ($n=3$) ilkokul ve altı, %40,0'ı ($n=6$) ortaokul, %26,7'si ($n=4$) lise ve %13,3'ü ($n=2$) yüksekokul eğitim düzeyindedir. Eğitim düzeyine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3: Gruplara Göre Ventilatöre Bağlı Kalma ve Yoğun Bakımda Yatma Sürelerinin Değerlendirmesi

		Deney grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=15)	Test değeri ^ap
Ventilatöre bağlı kalma süresi (gün)	<i>Medyan</i>	4 (1-8)	6 (2-10)	$t=-2,682$
	<i>(Min-Mak)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	3,80±1,82	5,80±2,24	0,012*
Yoğun bakımda yatma süresi (gün)	<i>Medyan</i>	10 (5-16)	16 (8-18)	$t=-1,986$
	<i>(Min-Mak)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	10,73±3,37	13,40±3,96	0,057

^aStudent t Test

* $p<0,05$

Deney grubunun ventilatöre bağlı kalma süreleri 1 ile 8 gün arasında değişmekte olup, ortalama 3,80±1,82 gün; kontrol grubunun vantilatöre bağlı kalma süreleri 2 ile 10 gün arasında değişmekte olup, ortalama 5,80±2,24 gündür. Deney grubu ventilatöre bağlı kalma süreleri kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,012$; $p<0,05$).

Deney grubunun yoğun bakımda yatma süreleri 5 ile 16 gün arasında değişmekte olup, ortalama 10,73±3,37 gün; kontrol grubunun yoğun bakımda yatma

süreleri 8 ile 18 gün arasında değişmekte olup, ortalama $13,40 \pm 3,96$ gündür. Gruplara göre yoğun bakımda yatma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,057$; $p>0,05$); Deney grubu sürelerinin düşük olması dikkat çekici düzeydedir.

Tablo 4: Gruplara Göre Glaskow Koma Skalası ve Ramsey Sedasyon Skalası Puanlarının Değerlendirmesi

		Deney grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=15)	Test değeri^d_p
Glaskow Koma Skalası puanı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	9-10 (10)	9-10 (10)	$Z=-0,482$
	<i>Ort±Ss</i>	$9,87 \pm 0,35$	$9,80 \pm 0,41$	$0,630$
Ramsey Sedasyon Skalası puanı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-2 (1)	1-2 (1)	$Z=-0,482$
	<i>Ort±Ss</i>	$1,13 \pm 0,35$	$1,20 \pm 0,41$	$0,630$
	Uyanık; endişeli, huzursuz veya ikisi birden	13 (86,7)	12 (80,0)	
	Uyanık; koopere, oryante, sakin	2 (13,3)	3 (20,0)	

^dMann Whitney U Test

Gruplara göre Glaskow Koma Skalası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre Ramsey Sedasyon Skalası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5: Müzik Dinletiminde Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60.Dakikasında ve Müzik Dinletiminden Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Değişimi

<i>Sistolik Kan Basıncı (mmHg)</i>		Deney Grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=15)	<i>Test değeri ^ap</i>
Müzik dinletimi öncesi	<i>Min-Mak</i>	120-180 (146)	102-169 (140)	$t=1,885$
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	149,93±17,21	137,73±18,22	0,070
Müzik dinletiminin 30.dk	<i>Min-Mak</i>	125-177 (142)	118-160 (145)	$t=1,107$
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	146,73±16,70	140,80±12,34	0,278
Müzik dinletiminin 60.dk	<i>Min-Mak</i>	107-159 (126)	116-160 (142)	$t=-1,693$
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	130,13±15,56	138,93±12,78	0,102
Müzik dinletiminden sonra(90.dk)	<i>Min-Mak</i>	100-160 (125)	112-165 (140)	$t=-1,946$
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	125,33±18,01	136,73±13,80	0,062
		<i>Test değeri</i> $F=50,871$ ^e p $0,001^{**}$	$F=2,096$ $0,154$	
Farklar				
Müzik dinletiminin 30.dk- Müzik dinletimi öncesi	<i>Min-Mak</i>	-17-12 (-4)	-19-26 (4)	$Z=-1,746$
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	-3,20±7,08	3,07±10,75	$0,081$
		^f p 0,612	1,000	
Müzik dinletiminin 60.dk- Müzik dinletimi öncesi	<i>Min/Mak</i>	-40/-5 (-19)	-14/18 (2)	$Z=-4,195$
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	-19,80±9,86	1,20±9,41	$0,001^{**}$
		^f p $0,001^{**}$	1,000	
Müzik dinletiminden sonra (90.dk)- Müzik dinletimi öncesi	<i>Min/Mak</i>	-48/-9 (-22)	-22/18 (0)	$Z=-3,968$
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	-24,60±11,96	-1,00±11,38	$0,001^{**}$
		^f p $0,001^{**}$	1,000	

^aStudent t Test

^dMann Whitney U Test

^eRepeated

Mesures Test

^fBonferroni Test

$^{**}p<0,01$

Gruplara göre uygulama öncesi ($p=0,070$), uygulamanın 30. dakikasında ($p=0,278$), uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,102$) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ($p=0,062$) sistolik kan basıncı ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Uygulama öncesi ölçümlerin uygulama grubunda yüksek, uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ölçümlerin ise deney grubunda düşük olması dikkat çekici düzeydedir.

Deney grubunda; sistolik kan basıncı ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Uygulama öncesine göre uygulamanın 30. dakikasındaki ölçümlerindeki değişim anlamlı bulunmazken ($p=0,612$; $p>0,05$); uygulamanın 60.dakikasında ($p=0,001$) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ($p=0,001$) ölçümlerdeki düşüş anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Kontrol grubunda; sistolik kan basıncı ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,154$; $p>0,05$).

Uygulama öncesine (0.dk) göre uygulamanın 30.dakikasında sistolik kan basıncı ölçümlerindeki değişim bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,081$; $p>0,05$); deney grubu uygulama öncesine (0.dk) göre uygulamanın 60.dakikasında ($p=0,001$) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ($p=0,001$) değişimleri kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 6: Müzik Dinletiminde Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60.Dakikasında ve Müzik Dinletiminden Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Değişimi

<i>Diastolik Kan Basıncı (mmHg)</i>		Deney grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=15)	<i>Test değeri^a p</i>
Müzik dinletimi öncesi	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	70-96 (85) 82,07±7,71	56-84 (74) 73,40±7,33	<i>t=3,155 0,004**</i>
Müzik dinletiminin 30.dk	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	69-88 (82) 79,60±6,94	52-90 (72) 73,60±8,54	<i>t=2,112 0,044*</i>
Müzik dinletiminin 60.dk	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	65-86 (76) 75,40±5,79	62-84 (76) 75,33±7,01	<i>t=0,028 0,978</i>
Müzik dinletiminden sonra (90.dk)	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	58-80 (70) 70,67±6,22	58-85 (78) 73,67±8,72	<i>t=-1,085 0,287</i>
		<i>Test değeri e p</i>	<i>F=18,007 F=2,005</i>	<i>d0,001** d0,167</i>
Farklar				
Müzik dinletiminin 30.dk- Müzik dinletimi öncesi	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	-8-7 (-3) -2,47±3,27	-5-14 (0) 0,20±4,84	<i>Z=-1,635 d0,102</i>
		<i>f p</i>	<i>0,067 1,000</i>	
Müzik dinletiminin 60.dk- Müzik dinletimi öncesi	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	-16-5 (-7) -6,67±5,54	-5-10 (2) 1,93±4,33	<i>Z=-3,693 d0,001**</i>
		<i>f p</i>	<i>0,002** 0,636</i>	
Müzik dinletiminden sonra (90.dk)- Müzik dinletimi öncesi	<i>Min/Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	-26/-4 (-10) -11,40±5,85	-10/15 (-2) 0,27±6,32	<i>Z=-4,220 d0,001**</i>
		<i>f p</i>	<i>0,001** 1,000</i>	
<i>^aStudent t Test</i>		<i>^dMann Whitney U Test</i>		<i>^eRepeated</i>
<i>Mesures Test</i>				
<i>^fBonferroni Test</i>		<i>*p<0,05</i>		<i>**p<0,01</i>

Deney grubu uygulama öncesi (0dk) (p=0,004) ve uygulamanın 30. dk (p=0,044) diastolik kan basıncı ölçümleri kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Gruplara göre uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,978$) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ($p=0,287$) diastolik kan basıncı ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Deney grubunda; diastolik kan basıncı ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Uygulama öncesine (0.dk) göre uygulamanın 30.dakikasındaki ölçümlerindeki değişim anlamlı bulunmazken ($p=0,067$; $p>0,05$); uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,002$) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ($p=0,001$) ölçümlerdeki düşüş anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Kontrol grubunda; diastolik kan basıncı ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,167$; $p>0,05$).

Uygulama öncesine (0.dk) göre uygulamanın 30. dakikasında diastolik kan basıncı ölçümlerindeki değişim bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,102$; $p>0,05$); deney grubu uygulama öncesine göre uygulamanın 60.dakikasında ($p=0,001$) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ($p=0,001$) değişimleri kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 7: Müzik Dinletiminde Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60.Dakikasında ve Müzik Dinletiminden Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Hızı Değerlerinin Değişimi

<i>Nabız Hızı (kez/dk)</i>		Deney grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=15)	<i>Test değeri ^ap</i>
Müzik dinletimi öncesi	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	60-130 (87) 89,20±18,19	52-124 (100) 99,47±19,06	<i>t=-1,509 0,142</i>
Müzik dinletiminin 30.dk	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	60-128 (87) 87,60±16,80	46-120 (100) 97,60±18,09	<i>t=-1,569 0,128</i>
Müzik dinletiminin 60.dk	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	58-110 (86) 83,67±13,05	59-116 (100) 95,67±15,27	<i>t=-2,314 0,028*</i>
Müzik dinletiminden sonra(90.dk)	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	59-118 (80) 82,53±13,59	54-113 (97) 95,00±15,69	<i>t=-2,326 0,027*</i>
		<i>Test değeri ^ep</i>	<i>F=4,538 F=2,097</i>	<i>^d0,024* ^d0,132</i>
Farklar				
Müzik dinletiminin 30.dk- Müzik dinletimi öncesi	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	-10-4 (-1) -1,60±3,81	-21-16 (-3) -1,87±8,08	<i>Z=-0,208 ^d0,835</i>
		<i>^fp</i>	<i>0,759 1,000</i>	
Müzik dinletiminin 60.dk- Müzik dinletimi öncesi	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	-20-6 (-4) -5,53±7,28	-16-14 (-2) -3,80±8,05	<i>Z=-0,460 ^d0,645</i>
		<i>^fp</i>	<i>0,064 0,533</i>	
Müzik dinletiminden sonra(90.dk)- Müzik dinletimi öncesi	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	-20-8 (-6) -6,67±6,75	-24-16 (-6) -4,47±9,59	<i>Z=-0,604 ^d0,546</i>
		<i>^fp</i>	<i>0,011* 0,557</i>	

^aStudent t Test

^dMann Whitney U Test

^eRepeated

Mesures Test

^fBonferroni Test

**p*<0,05

Gruplara göre uygulama öncesi (0.dk) (*p*=0,142) ve uygulamanın 30. dakikasında (*p*=0,128) nabız hızı ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

Deney grubu uygulamanın 60.dakikasında ($p=0,028$) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ($p=0,027$) nabız hızı ölçümleri kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Deney grubunda; nabız hızı ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,024$; $p<0,05$). Uygulama öncesine göre (0.dk) uygulamanın 30. dakikasında ($p=0,759$) ve uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,064$) ölçümlerindeki değişim anlamlı bulunmazken ($p>0,05$); uygulama öncesine göre (0.dk) uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ölçümlerdeki düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,011$; $p<0,05$).

Kontrol grubunda; nabız hızı ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,132$; $p>0,05$).

Uygulama öncesine göre (0.dk) uygulamanın 30. dakikasında ($p=0,835$), uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,645$) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ($p=0,546$) nabız hızı ölçümlerindeki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8: Müzik Dinletiminde Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60. Dakikasında ve Müzik Dinletiminden Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Solunum Hızı Değerlerinin Değişimi

<i>Solunum Hızı (kez/dk)</i>		Deney grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=15)	<i>Test değeri ^dp</i>
Müzik dinletimi öncesi	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	27(16-32) 24,87±6,01	22(12-32) 22,73±5,51	<i>Z=-1,025 0,305</i>
Müzik dinletiminin 30.dk	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	24(16-30) 23,60±5,03	24(12-78) 26,60±15,14	<i>Z=-0,083 0,934</i>
Müzik dinletiminin 60.dk	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	22(16-28) 22,13±3,81	26(18-32) 24,53±5,00	<i>Z=-1,343 0,179</i>
Müzik dinletiminden sonra(90.dk)	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	22(16-24) 21,07±2,49	24(16-32) 24,00±5,24	<i>Z=-1,604 0,109</i>
		<i>Test değeri ^gp</i>	$\chi^2=9,779$ 0,021*	$\chi^2=3,026$ 0,388
Farklar				
Müzik dinletiminin 30.dk- Müzik dinletimi öncesi	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	-2(-7-2) -1,27±2,28	0 (-4-50) 3,87±13,07	<i>Z=-1,951 0,048*</i>
		^h p	1,000	1,000
Müzik dinletiminin 60.dk- Müzik dinletimi öncesi	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	-2(-12-2) -2,73±3,83	1(-6-8) 1,80±3,84	<i>Z=-2,783 0,005**</i>
		^h p	0,242	0,588
Müzik dinletiminden sonra(90.dk)- Müzik dinletimi öncesi	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	-10-4 (-4) -3,80±4,41	-6-8 (0) 1,27±4,22	<i>Z=-2,731 0,006**</i>
		^h p	0,043*	1,000

^dMann Whitney U Test

^gFriedman Test

^hDunn's Test

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Gruplara göre uygulama öncesi (0.dk) ($p=0,305$), uygulamanın 30. dakikasında ($p=0,934$), uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,179$) ve uygulamadan yarım

saat (90.dk) sonrası ($p=0,109$) solunum hızı ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Deney grubunda; solunum hızı ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,021$; $p<0,05$). Uygulama öncesine (0.dk) göre uygulamanın 30. dakikasında ($p=1,000$) ve uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,242$) ölçümlerindeki değişim anlamlı bulunmazken ($p>0,05$); uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ölçümlerdeki düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,043$; $p<0,05$).

Kontrol grubunda; solunum hızı ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,388$; $p>0,05$).

Deney grubu uygulama öncesine (0.dk) göre uygulamanın 30. dakikasında solunum hızı ölçümlerindeki değişim kontrol grubundan düşük bulunurken ($p=0,048$; $p<0,05$); deney grubu uygulama öncesine (0.dk) göre uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,005$) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ($p=0,006$) solunum hızı ölçümlerindeki değişimler kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 9: Müzik Dinletiminde Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60.Dakikasında ve Müzik Dinletiminden Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Değişimi

<i>Oksijen Satürasyonu (%)</i>		Deney grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=15)	<i>Test değeri ^dp</i>
Müzik dinletimi öncesi	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	98(94-100) 98,13±2,00	99(93-100) 98,53±1,92	<i>Z=-0,664 0,506</i>
Müzik dinletiminin 30.dk	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	99(95-100) 98,33±1,91	99(94-100) 98,53±1,85	<i>Z=-0,324 0,746</i>
Müzik dinletiminin 60.dk	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	99(94-100) 98,13±1,96	99(94-100) 98,53±1,73	<i>Z=-0,492 0,623</i>
Müzik dinletiminden sonra (90.dk)	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	98(95-100) 98,13±1,81	99(94-100) 98,60±1,80	<i>Z=-0,819 0,413</i>
		<i>Test değeri ^gp</i>	$\chi^2=2,077$ 0,557	$\chi^2=1,880$ 0,598
Farklar				
Müzik dinletiminin 30.dk- Müzik dinletimi öncesi	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	0 (0-1) 0,20±0,41	0(-3-2) 0±1,07	<i>Z=-0,562 0,574</i>
		<i>^hp</i>	0,498	1,000
Müzik dinletiminin 60.dk- Müzik dinletimi öncesi	<i>Medyan (Min-Mak) Ort±Ss</i>	0(-2-1) 0±0,85	0(-1-1) 0±0,53	<i>Z=-0,266 0,790</i>
		<i>^hp</i>	1,000	1,000
Müzik dinletiminden sonra(90.dk)- Müzik dinletimi öncesi	<i>Medyan(Min-Mak) Ort±Ss</i>	0(-1-1) 0±0,65	0(-3-1) 0,07±1,16	<i>Z=-0,732 0,464</i>
		<i>^hp</i>	1,000	1,000

^dMann Whitney U Test

^gFriedman Test

^hDunn 's Test

Gruplara göre uygulama öncesi (p=0,506), uygulamanın 30. dakikasında (p=0,746), uygulamanın 60. dakikasında (p=0,623) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası (p=0,413) oksijen satürasyon ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Deney grubunda; oksijen satürasyon ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,557; p>0,05).

Kontrol grubunda; oksijen satürasyon ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,598; p>0,05).

Uygulama öncesine göre uygulamanın 30. dakikasında (p=574), uygulamanın 60. dakikasında (p=0,790) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası (p=0,646) oksijen satürasyon ölçümlerindeki değişimler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 10: Müzik Dinletiminde Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60.Dakikasında ve Müzik Dinletiminden Yarım Saat Sonra (90. Dakikada)Yüz Anksiyete Skalası Değerlerinin Değişimi

<i>Anksiyete Düzeyi</i>		Deney grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=15)	<i>Test değeri p</i>
Müzik dinletilmeden önce	Hafif anksiyete	1 (6,7)	1 (6,7)	$\chi^2=4,372$ 0,207
	Orta anksiyete	4 (26,7)	8 (53,3)	
	Çok anksiyete	3 (20,0)	4 (26,7)	
	Siddetli anksiyete	7 (46,7)	2 (13,3)	
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	6 (2-8)	4 (2-8)	
	<i>Ort±Ss</i>	6,13±2,07	4,93±1,67	
Müzik dinletimi 30.dk	Hafif anksiyete	1 (6,7)	1 (6,7)	$\chi^2=1,642$ 0,795
	Orta anksiyete	4 (26,7)	7 (46,7)	
	Çok anksiyete	7 (46,7)	5 (33,3)	
	Siddetli anksiyete	3 (20,0)	2 (13,3)	
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	6 (2-8)	4 (2-8)	
	<i>Ort±Ss</i>	5,60±1,72	5,07±1,67	
Müzik dinletimi 60.dk	Hafif anksiyete	4 (26,7)	2 (13,3)	$\chi^2=3,921$ 0,280
	Orta anksiyete	6 (40,0)	3 (20,0)	
	Çok anksiyete	5 (33,3)	8 (53,3)	
	Siddetli anksiyete	0 (0)	2 (13,3)	
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	4 (2-6)	6 (2-8)	
	<i>Ort±Ss</i>	4,13±1,60	5,33±1,80	
Müzik dinletildikten 30 dk sonra	Hafif anksiyete	8 (53,3)	2 (13,3)	$\chi^2=11,506$ 0,005**
	Orta anksiyete	6 (40,0)	3 (20,0)	
	Çok anksiyete	1 (6,7)	8 (53,3)	
	Siddetli anksiyete	0 (0)	2 (13,3)	
	<i>Medyan (Min-Mak)</i>	2 (2-6)	6 (2-8)	
	<i>Ort±Ss</i>	3,07±1,28	5,33±1,80	
	<i>Test değeri</i>	$\chi^2=37,235$	$\chi^2=3,000$	
	<i>g</i>	0,001**	0,392	

Gruplara göre uygulama öncesi ($p=0,207$), uygulamanın 30. dakikasında ($p=0,795$) ve uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,280$) anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$)

Deney grubu uygulamadan yarım saat sonrası (90.dk) anksiyete düzeyi, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,005$; $p < 0,01$)

Deney grubunda; uygulama öncesine göre uygulamadan yarım saat sonrasına (90.dk) kadar geçen sürede anksiyete düzeylerinde görülen düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p < 0,01$).

Kontrol grubunda; uygulama öncesine göre uygulamadan yarım saat sonrasına (90.dk) kadar geçen sürede anksiyete düzeylerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,392$; $p > 0,05$).

Tablo 11: Müzik Dinletiminde Önce, Müzik Dinletiminin 30. Dakikasında, Müzik Dinletiminin 60. Dakikasında ve Müzik Dinletiminden Yarım Saat Sonra (90. Dakikada) Durumluk Kaygı Envanteri Puanı Değerlerinin Değişimi

<i>Durumluk Kaygı Envanteri Toplam Puanı</i>		Deney grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=15)	<i>Test değeri</i> ^a <i>p</i>
Müzik dinletimi öncesi	<i>Medyan</i> (<i>Min-Mak</i>)	63(50-72)	37-70 (64)	$t=0,184$
	<i>Ort±Ss</i>	61,73±7,21	61,2±8,58	0,855
Müzik dinletiminden sonra(90.dk)	<i>Medyan</i> (<i>Min-Mak</i>)	42(34-72)	37-72 (66)	$t=-5,620$
	<i>Ort±Ss</i>	43,73±8,43	62,33±9,66	0,001**
<i>Test değeri</i>		$t=8,058$	$t=-0,910$	
<i>ip</i>		0,001**	0,378	

^aStudent t Test

ⁱPeared Samples t Test

** $p < 0,01$

Gruplara göre uygulama öncesi kaygı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,855$; $p > 0,05$).

Deney grubu uygulamadan yarım saat sonra (90.dk) kaygı puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Deney grubunda; uygulama öncesine göre uygulamadan yarım saat sonra (90.dk) kaygı puanlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Kontrol grubunda; uygulama öncesine göre uygulamadan yarım saat sonra (90.dk) kaygı puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,378$; $p>0,05$).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Ünitesi Yoğun Bakım biriminde yapılan 30 hastanın (15 deney, 15 kontrol) yaşam bulgusu ve anksiyete düzeylerine müzik dinletiminin etkisi, müzik uygulanan ve uygulanmayan bireylerde yaşam bulguları ve anksiyete düzeylerinde değişiklik olma durumu tartışılmıştır.

5.1 Bireylere Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %53.3'ünün erkek, %46.7'sinin kadın, kontrol grubu hastaların %53.3'ünün erkek, %46.7'sinin kadın olduğu saptanmıştır. İki grubun cinsiyetlerine göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 2, $\chi^2=0,001$ $p>0,05$). Chlan (1998) tarafından yapılan çalışmada hastaların %59'unun kadın, %41'inin erkek olduğu, Wong ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada hastaların %75'inin erkek, % 25 'inin kadın olduğu, Angela ve arkadaşları tarafından (2005) yapılan çalışmada hastaların %71'inin erkek, % 29'unun kadın olduğu saptanmıştır. Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada hastaların %53 'ünün erkek, %46 sının kadın olduğu saptanmıştır. Araştırma bulguları bu çalışmaların sonuçları ile uyum göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastalardan deney grubunun yaşları 41 ile 66 arasında değişmekte olup, ortalama $60,20 \pm 6,65$ yıl; kontrol grubunun yaşları 51 ile 68 arasında değişmekte olup, ortalama $56,87 \pm 4,88$ yıldır. Gruplara göre yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 2 , $p > 0,05$). Wong ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada yaş ortalaması 58.25 ± 15.53 yıl, Almerud ve Petersson'un (2003) çalışmasında 66.45 yıl, Angela ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında 69.4 yıl, Akın (2007)'de çalışmasında ise 45.31 ± 14.73 yıl olarak bulunmuştur. Araştırma bulguları bu çalışmaların sonuçları ile uyum göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastalardan deney grubunun %20,0'si (n=3) ilkokul ve altı, %20,0'si (n=3) ortaokul, %33,3'ü (n=5) lise ve %26,7'si (n=4) yüksekokul eğitim düzeyinde; kontrol grubunun %20,0'si (n=3) ilkokul ve altı, %40,0'ı (n=6) ortaokul, %26,7'si (n=4) lise ve %13,3'ü (n=2) yüksekokul eğitim düzeyindedir. Eğitim düzeyine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 2, $p > 0,05$). Bu bulgular çalışmaya alınan bireylerin homojen olduğunu yansıtmaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların ventilatöre bağlı kalma süre ortalamaları deney grubunun ventilatöre bağlı kalma süreleri 1 ile 8 gün arasında değişmekte olup, ortalama $3,80 \pm 1,82$ gün; kontrol grubunun ventilatöre bağlı kalma süreleri 2 ile 10 gün arasında değişmekte olup, ortalama $5,80 \pm 2,24$ gündür. Deney grubu ventilatöre bağlı kalma süreleri kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 3, $p = 0,012$; $p < 0,05$). Deney grubunun yoğun bakımda yatma süreleri 5 ile 16 gün arasında değişmekte olup, ortalama $10,73 \pm 3,37$ gün; kontrol grubunun yoğun bakımda yatma süreleri 8 ile 18 gün arasında değişmekte olup, ortalama $13,40 \pm 3,96$ gündür. Gruplara göre yoğun bakımda yatma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 3, $p = 0,057$; $p > 0,05$). Chlan (1998) tarafından yapılan çalışmada hastaların mekanik ventilatöre bağlanma gün sayısı ortalaması 7.4 gün, Angela ve arkadaşları tarafından (2005) yapılan çalışmada hastaların mekanik ventilatöre bağlanma gün sayısı ortalaması 2.5 gün olarak saptanmıştır. Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada hastaların mekanik ventilatöre bağlanma gün sayısı ortalaması 8.3 saptanmıştır. Bu çalışmaların tümünde deney ve kontrol gruplarında mekanik ventilatöre bağlanma günlerine göre dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu araştırma bulgularına göre deney

grubunun mekanik ventilasyona bađlı kalma sűrerinin dűşűk olması műzik terapi sonucu olduđu sűylenebilir.

Çalışmaya katılan hastaların bilinç durumunun değerlendirildiği Glasgow Koma Skalası puan ortalamaları incelendiğinde deney grubundaki hastaların Glasgow Koma Skalası puan ortalamaları $9,87\pm0,35$ artı entűbe, kontrol grubundaki hastaların Glasgow Koma Skalası puan ortalamalarının $9,80\pm0,41$ artı entűbe olduğu belirlendi. Her iki grup arasında Glasgow Koma Skalası puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4, $p>0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların Ramsey Sedasyon Skalası puanları 1 ile 2 arasında değişmekte olup, ortalama $1,17\pm0,38$ 'dir. Ramsey Sedasyon Skalasına gűre hastaların %83,3'ű uyanık ve endişeli, huzursuz veya ikisi birden; %16,7'si uyanık ve koopere, oryante, sakindir. Her iki grup arasında Ramsey Sedasyon Skalası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4, $p>0,05$).

5.2 Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Yařam Bulguları Deđerleri ve Műzik Dinletimi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalıřmada uygulamaya bařlamadan űnce gruplar arasında anksiyetenin fizyolojik belirtileri yűnűnden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıřtır, farkın olmaması grupların benzer űzelliklere sahip olduđunun, çalıřmanın sađlıklı olduđunun da bir gűstergesidir (Tablolar 5, 6, 7, 8, 9).

Deney grubundaki hastaların sistolik kan basıncı değer ortalamaları; uygulamaya başlamadan űnce (0 dk.) $149,93\pm17,21$ mm/hg, uygulamadan yarım saat sonra (90. dakikada) $125,33\pm18,01$ mm/hg, olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların sistolik kan basıncı değer ortalamaları; uygulamaya başlamadan űnce $137,73\pm18,22$ mm/hg, uygulamadan yarım saat sonra (90. dakikada) $136,73\pm13,80$ mm/hg olarak saptanmıştır (Tablo 5). Deney grubundaki hastaların ortalama nabız hızı műzik uygulamaya başlamadan űnce $89,20\pm18,19$ atım, uygulama bittikten yarım saat sonra (90. dakikada) $82,53\pm13,59$ atım olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların nabız hızı uygulama űncesi $99,47\pm19,06$ atım, uygulama bittikten yarım saat sonra (90. dakikada) $95,00\pm15,69$ atım olarak saptanmıştır (Tablo 7, $p<0,05$). Uygulamanın 60. dk ve uygulamadan yarım saat (90. dk) sonra deney ve kontrol grubu arasında sistolik kan basıncı ve nabız hızı ortalamaları istatistiksel olarak fark

saptanmıştır ($p<0,01$). Deney grubunun sistolik kan basıncı ve nabız hızı değerlerindeki değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Chlan ve arkadaşları (2001) tarafından mekanik ventilatöre bağlı olan hastalara uygun müzik dinletimesinin hastaların anksiyetesine olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma sonucunda; hastaların sistolik kan basıncı ve nabız hızı değerlerinde azalma olduğu, uygulama ve kontrol gruplarında hastaların sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Almerud ve Petersson (2003) tarafından yapılan çalışmada hastalara uygulanan müzik dinletimi sonucunda; hastaların sistolik kan basıncı ve nabız hızı değerlerinde azalma olduğu, uygulama ve kontrol grupları arasında yapılan istatistik sonucunda; hastaların sistolik kan basıncı ve nabız hızı değerleri arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Chang ve arkadaşları (2005) tarafından mekanik ventilatör desteğinde olan hastalarda müziğin anksiyete düzeyine ve fizyolojik değerlerine olan etkisini araştırdığı çalışma sonucunda; hastaların sistolik kan basıncı değerlerinde azalma olduğu saptanmıştır. Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada uygulanan müzik terapi sonucunda; uygulama ve kontrol grupları arasında hastaların sistolik kan basıncı değerlerinde istatistiksel olarak fark saptanmış, nabız hızı değerleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Han ve arkadaşları tarafından (2010) yapılan Çin'deki mekanik ventilasyonlu hastaların fizyolojik stres yanıtı ve kaygı düzeyine müzik müdahalesinin etkileri: randomize kontrollü çalışma sonucunda uygulama ve kontrol grubu arasında sistolik kan basıncı ve nabız hızı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yapılan bu çalışma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir. Anksiyetenin belirtilerinden olan sistolik kan basıncı ve nabız hızı değerindeki artış müzik dinletimi sonucu sistolik kan basıncı ve nabız hızı değerlerini azalttığı saptanmıştır. Bu bağlamda müzik dinletiminin sistolik kan basıncı ve nabız hızı değerlerinin düşürülmesinde kullanılabilecek bir girişim olduğu söylenebilir.

Deney grubunda sistolik kan basıncı ve nabız hızı ölçüm değerlerinde zamanlar arası farklı ortaya koymak için yapılan ileri analizde (Bonferroni testi), tüm zamanlarda yapılan sistolik kan basıncı ve nabız hızı ölçüm değerlerinin diğer zamanlarla değişimi incelenmiştir. Yapılan ölçümler sonucunda grubunun sistolik kan basıncı ve nabız hızı değerlerinde istatistiksel olarak farklar saptanmıştır ($p<0,05$). Sonuç olarak, müziğin dinletim süresince ve sonrasında etkisinin devam ettiğini

göstermekte olup müzik dinletiminin sistolik kan basıncını ve nabız hızı değerini düşürdüğü söylenebilir (Tablo 5, Tablo 7).

Kontrol grubunda; sistolik kan basıncı ve nabız hızı ölçüm değerlerinde zamanlar arası farklı ortaya koymak için yapılan ileri analizde (Bonferroni testi), istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 5, Tablo 7).

Almerud ve Petersson tarafından (2003) yapılan mekanik ventilasyona bağlı yoğun bakım hastalarında müzikle tedavinin yapıldığı çalışmada uygulama grubu hastalarının sistolik kan basıncı ve nabız hızı değerlerinin uygulanan müzik süresi boyunca ölçülen tüm değerlerde azaldığı ancak müzik uygulaması bittikten sonra arttığı saptanmıştır. Angela ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada uygulama grubu hastalarının sistolik kan basıncı ve nabız hızı değerlerinin uygulanan müzik süresi boyunca 5 defa ölçüldüğü, ölçülen tüm değerlerde de nabız hızı değerlerinin azaldığı, zamanlar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada uygulanan müzik uygulama sonucu; uygulama grubunun sistolik kan basıncı ve nabız hızı değerlerinde müzik uygulandığı sürece değişim olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçları literatürle kısmen uyum göstermektedir.

Deney grubundaki hastaların diyastolik kan basıncı değerleri; uygulamaya başlamadan önce $82,07\pm 7,71$ mm/hg, uygulamadan yarım saat sonra (90. dk) $70,67\pm 6,22$ mm/hg olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların diyastolik kan basıncı değeri; uygulamaya başlamadan önce $73,40\pm 7,33$ mm/hg, uygulamadan yarım saat sonra (90. dk) $73,67\pm 8,72$ mm/hg olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama grubu uygulama öncesi ($p=0,004$) ve uygulamanın 30. dakikasında ($p=0,044$) diastolik kan basıncı ölçümleri kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p<0,05$), uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,978$) ve uygulamadan yarım saat (90 dk) sonrası ($p=0,287$) diastolik kan basıncı ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Wong ve arkadaşları tarafından (2001) yapılan çalışmada uygulama grubuna uygulanan müzik terapi sonucunda; hastaların diastolik kan basıncı değerlerinde azalma olduğu, ancak uygulama ve kontrol grupları arasında yapılan R-ANOVA Analizi sonucunda; hastaların diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark saptanmamıştır. Çiftçi (2011) tarafından ön test son test kontrol gruplu yaptığı çalışma sonucunda; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada bulunan bulgular literatür sonuçları ile uyum göstermektedir.

Diyastolik kan basıncı ölçüm değerlerinde zamanlar arası farklı ortaya koymak için yapılan ileri analizde (Bonferroni testi), müzik dinletimi öncesi yapılan diyastolik kan basıncı ölçüm değerlerinin diğer zamanlarla değişimi incelenmiştir.

Deney grubunda; diastolik kan basıncı ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Uygulama öncesine göre uygulamanın 30. dakikasındaki ölçümlerindeki değişim anlamlı bulunmazken ($p=0,067$; $p>0,05$); uygulamanın 60.dakikasında ($p=0,002$) ve uygulamadan yarım saat (90 dk) sonrası ($p=0,001$) ölçümlerdeki düşüş anlamlı bulunmuştur (Tablo 6, $p<0,01$).

Kontrol grubunda ise; diastolik kan basıncı ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,167$; $p>0,05$).

Wong ve arkadaşları tarafından (2001) yapılan çalışmada uygulama grubundaki hastaların diastolik kan basıncı değerlerinin 30 dakika uygulanan müzik uygulama süresi boyunca 7 farklı zaman diliminde yapılan ölçümlerde diyastolik kan basıncı değerlerinin azaldığı ve zamanlar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada uygulama grubundaki hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin 60 dakika uygulanan müzik uygulama süresi boyunca 4 farklı ölçüm sonucunda diyastolik kan basıncı değerleri arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Bu çalışmada da kontrol grubundaki bu değişimin müziğin anksiyetenin fizyolojik belirtilerinden olan diastolik kan basıncına olumlu bir şekilde etkilendiğini göstermesi açısından önemli bir sonuç olarak düşünülebilir. Yapılan bu çalışmalarda büyük ölçüde benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların solunum hızı uygulama başlamadan önce $24,87\pm 6,01$, uygulamadan yarım saat sonra (90. dakikada) $21,07\pm 2,49$ olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların solunum hızı uygulamaya başlamadan önce $22,73\pm 5,51$, uygulamadan yarım saat sonra (90. dakikada) $24,00\pm 5,24$ olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında yapılan Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi sonucunda; Gruplara göre uygulama öncesi (0.dk) ($p=0,305$), uygulamanın

30.dakikası ($p=0,934$), uygulamanın 60.dakikası ($p=0,179$) ve uygulamadan yarım saat sonrası (90. Dk) ($p=0,109$) solunum hızı ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Chlan ve arkadaşları (2001) tarafından mekanik ventilatöre bağlı olan hastalara uygun müzik dinletimesinin hastaların anksiyetesine olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma sonucunda; hastaların solunum hızı değerlerinde azalma olduğu, uygulama ve kontrol gruplarında hastaların sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P=0.001<0.05$). Wong ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada uygulama grubuna uygulanan müzik terapi sonucunda; hastaların solunum hızı değerlerinde azalma olduğu, uygulama ve kontrol grupları arasında yapılan R-ANOVA Analizi sonucunda; hastaların solunum değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$). Almerud ve Petersson (2003) tarafından yapılan çalışmada hastalara uygulanan müzik terapi sonucunda; solunum hızı değerlerinde azalma olduğu, uygulama ve kontrol grupları arasında yapılan istatistik sonucunda; hastaların solunum hızı değerleri arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Chang ve arkadaşları (2005) tarafından mekanik ventilatör desteğinde olan hastalarda müziğin anksiyete düzeyine ve fizyolojik değerlerine olan etkisini araştırdığı çalışma sonucunda; hastaların solunum hızı değerlerinde azalma olduğu saptanmıştır. Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada hastalara uygulanan müzik terapi sonucunda; hastaların solunum hızı değerlerinde azalma olduğu saptanmıştır. Han ve arkadaşları tarafından (2010) yapılan Çin'deki mekanik ventilasyonlu hastaların fizyolojik stres yanıtı ve kaygı düzeyine müzik müdahalesinin etkileri: randomize kontrollü çalışma sonucunda solunum hızı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Anksiyetenin fizyolojik belirtilerinden biri solunum hızındaki değerindeki artmadır. Müzik terapinin solunum hızı değerini azalttığı saptanmıştır. Bu bağlamda müzik terapinin solunum hızı değerinin düşürülmesinde kullanılacak bir girişim olduğu söylenebilir. Yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde müzik terapi uygulanan hastaların solunum hızı değerlerinde azalma olduğu, uygulama ve kontrol gruplarında hastaların solunum hızı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Müzik terapinin anksiyete yaşayan hastaların solunum hızı değerlerinin azaltılmasında kullanılacak bir müdahale olduğu görülmektedir. Bu çalışma bulguları literatürle uyum

sağlamamaktadır. Bu çalışmada mekanik ventilasyonda ayarlanan solunum frekansına bağlı olarak solunum hızında değişim olmadığı düşünülmektedir.

Deney grubunda solunum hızı ölçüm değerlerinde zamanlar arası farklı ortaya koymak için yapılan ileri analizde (Bonferroni testi), deney grubunda; solunum hızı ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 8, $p=0,021$; $p<0,05$). Kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,388$; $p>0,05$).

Wong ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada uygulama grubu hastalarının solunum hızı değerlerini uygulanan müzik terapi süresi boyunca 7 farklı zaman diliminde ölçüm yapılmış, ölçülen 7 değerde de solunum hızı değerlerinin azaldığı ve zamanlar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Angela ve arkadaşları (2004) tarafından çalışmada uygulama grubu hastalarının solunum hızı değerlerinin 30 dakika uygulanan müzik terapi süresi boyunca 5 defa ölçüldüğü, ölçülen tüm değerlerde de solunum hızı değerlerinin azaldığı, zamanlar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada müzik terapi boyunca 4 farklı ölçümü sonucunda zamanlar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çiftçi (2011) tarafından yapılan çalışmada hastaların müzik dinletilmediği ve müzik dinletildiği süreler içerisinde; solunum hızı ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda solunum hızı değerlerinin dört farklı ölçüm ile değerlendirilmesi sonucunda, müzik terapiden öncesine (0 dk.) göre müzik terapiden yarım saat sonrası (90.dk) ölçümlerdeki düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,04$; $p<0,05$). Çalışmamızın sonucu incelenen diğer araştırma sonuçlarına kısmen paraleldir. Çalışma sonucumuza göre müziğin etkisinin kısa süreli olmadığı müzik dinletimi bittikten sonrada devam ettiği söylenebilir.

Deney grubundaki hastaların oksijen satürasyonu ortalaması uygulamaya başlamadan önce $98,13\pm 2,00$, uygulamadan yarım saat sonra (90. dakikada) $98,13\pm 1,81$ olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların oksijen satürasyonu ortalaması uygulamaya başlamadan önce (0.dk) $98,53\pm 1,92$, uygulama bittikten yarım saat sonra (90. dakikada) $98,60\pm 1,80$ olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 9).Zamanlar arası farklı ortaya koymak için yapılan ileri analizde (Bonferroni testi), deney ve kontrol grubunun farklı

zamanlarda yapılan oksijen satürasyon ölçümlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (Tablo 9, $p=0,557$; $p>0,05$ $p=0,598$; $p>0,05$).

Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada hastalara uygulanan müzik uygulaması sonucunda ; hastaların oksijen satürasyon değerlerinde istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. Yılmaz ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir pilot çalışmada, yoğun bakımda mekanik ventilasyon desteğinde olan yetişkin yaş grubu hastalara 60 dakika süre ile Klasik Batı Müziği eserleri (Barok Dönemi) kulaklık ile dinletirilerek, hastaların sedasyon ihtiyacına ve yaşam bulgularına etkileri incelenmiş ve oksijen satürasyonu değerinde ise bir yükselme olduğunu belirlemiştir.

Farklı hasta gruplarıyla müzik sinletimin anksiyete üzerine etkisine bakıldığı çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi müzik dinletiminin oksijen satürasyonu değerleri üzerine etkisi bulunmamış, farklı zamanlarda ölçülen oksijen satürasyonu değerleri üzerine etkisi ve zamanlar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

5.3 Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Müzik Uygulama Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puan Ortalamalarının (Yüz Anksiyete Skalası) ve Müzik Dinletimi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmada deney grubundaki hastaların yüz skalası anksiyete puanları ortalama değeri; 6,93 , kontrol grubundaki hastaların yüz skalası anksiyete puanları değeri; müzik terapiye başlamadan önce ortalama 4,93'dür. Gruplara göre uygulama öncesi ($p=0,207$), uygulamanın 30.dk ($p=0,795$) ve uygulamanın 60. dk ($p=0,280$) anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre uygulamadan yarım saat (90. dk) sonrası anksiyete puan düzeyleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuş müziğin hastalar üzerinde anksiyetesinin azalması için olumlu bir etkisinin var olduğunu göstermiştir (Tablo 10, $p=0,005$; $p<0,01$).

Çiftçi (2011) tarafından müziğin yoğun bakım ünitesinde serebro vasküler olay tanısıyla yatan hastalarda konfor, anksiyete ve ağrıya etkisinin incelendiği çalışmada müzik dinledikten sonra yüz skalası anksiyete puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir düşme olduğu saptanmış olup ($p<0,05$), müziğin hastalar üzerinde anksiyetesinin azalması için olumlu bir etkisinin var olduğunu göstermiştir.

Lee ve arkadaşları tarafından (2016) yapılan yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara müzikle müdahale ve aromaterapinin anksiyete üzerine etkilerinin karşılaştırıldığı, randomize kontrollü bir çalışmada, yüz skalası ile anksiyete puanlarına bakılmış ve müzik sonrası anksiyete puanlarının düştüğü belirtilmiştir.

5.4 Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluk Anksiyete Puanları ve Müzik Dinletimi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmada deney ve kontrol grubundaki bireylerin müzik dinletimi öncesi durumluk anksiyete ortalama puanları, deney grubunda 63, kontrol grubunda 64, olarak bulunmuştur. Uygulamaya başlamadan önce (0. dakikada) her iki gruptaki mekanik ventilasyona bağlı hastaların DKE toplam puan ortalamalarına göre arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo11, $p>0.05$).

Yoğun bakım ünitesinde bulunan hastalar, bilinmeyen ve ölüm korku, uykusuzluk, gürültü, ajitasyon, rahatsızlık, ağrı, susama, hareketsizlik ve engellenme ile hayal kırıklığı, nefes darlığı, karışıklık, iletişim sorunları gibi sayısız stres faktörüne duyarlıdır ve bu durum anksiyete yaratır (Wong ve ark.,2001; Chlan, 2009). Hastaların uygulama öncesi anksiyete düzeylerinin yüksek olması bu durumlara bağlı olabilir.

Anksiyete, iyileşme ve genel olarak bir kişinin iyilik hali üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Stres tepkisinin uzatılmış aktivasyonu, miyopati, yorgunluk, hipertansiyon ve bağışık baskılamaya neden olabilir. Bu yan etkiler, mekanik ventilasyon desteğinde kalma sürecini uzatabilir ve yaşamı tehlikeye sokabilir, bu da iyileşme süresi ve hasta mortalitesinde artışa neden olur (Wong ve ark.,2001; De Lattre ve ark, 2015; Hetland ve ark, 2015).

Anksiyetenin şiddetli belirtilerini hafifletmek, hasta konforunu artırmak güvenliğini kolaylaştırmak ve iyileşmeyi sağlamak için standart uygulama, sedatif ve analjezik ilaçların kullanılmasını içerir (Chlan ve ark., 2013; Hetland ve ark., 2015). Bu güçlü ilaçlar sıklıkla uzun süreli yüksek dozlarda uygulanır ve uzamış mekanik

ventilasyon desteği ve YBÜ'de kalış sürelerinin uzamasına neden olabilecek hipotansiyon, bağırsak dismotiliği, hareketsizlik, zayıflık, deliryum ve travma sonrası stres bozukluğu gibi yan etkilere neden olmaktadır (Chlan, 2013). Sürekli sedasyon ve yoğun bakımda yatışların uzaması, organ yetmezliğinde artış oranları ve tekrarlayan entübasyonlar arasında kuvvetli bir korelasyon vardır.

Yoğun bakım ünitesindeki hastalarla ilgilenen hemşirelerin, anksiyete tedavisinde önem taşımaktadır. Anksiyete tedavisinde kullanılan yardımcı ilaçlar arasında empatik temas, çevresel stres kontrolleri, hastanın kontrol hissi, müzik ve gevşeme tekniğini arttırmak için bakıma ilişkin seçenekler bulunmaktadır (Frazier ve ark., 2003). Mekanik ventilasyon YBÜ hastalarının semptom yönetimi büyük bir sorun olabilir, ancak hemşirelerin kanıta dayalı stratejiler uygulamak şarttır.

Çalışmada, deney grubunun uygulama öncesi durumluk anksiyete puanlarının $61,73 \pm 7,21$ iken müzik dinletilerek yapılan uygulamadan sonra $43,73 \pm 8,43$ 'e düştüğu saptanmıştır (Tablo 11, $p=0,001$; $p<0,01$). Buna karşın kontrol grubununu aynı süre içerisinde durumluk anksiyete pualarında fark saptanmamıştır (Tablo 11, $p=0,378$; $p>0,05$). Müzik dinletimin hastaların anksiyetesini azalttığı saptanmıştır.

Chlan (1999) tarafından mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzikle tedavinin anksiyete üzerine etkisi araştırılmıştır. Anksiyetenin ölçümünde Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği ile değerlendirilmiş ve araştırmanın sonucunda, müzikle tedavinin mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların anksiyetesini azalttığı saptanmıştır.

Wong ve arkadaşları (2001) tarafından mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzikle terapinin anksiyete üzerine etkisini değerlendirilmek için yaptıkları bir çalışmada; pretest ve posttest yöntemi ile hastaların anksiyete düzeyleri Durumluk Sürekli Anksiyete Ölçeği kullanılmış. Bu çalışmanın sonucunda; müzikle tedavi mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalar arasında anksiyeteyi azaltan invaziv olmayan bir hemşirelik girişimi olarak tanımlanmıştır.

Han ve arkadaşları (2010) tarafından yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara müzik müdahalesinin fizyolojik stres üzerine ve anksiyete düzeyine etkisi araştırılmıştır. Araştırmada Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin Çince versiyonunu öntest ve sontest olarak uygulamıştır. Müzik

dinletilen deney grubunda ($p < 0.001$) için anksiyetede anlamlı bir azalma olduğunu, ancak kontrol grubunda ($p > 0.05$) anlamlı bir azalma olmadığını göstermiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Anestezi ve Reanimasyon Ünitesi Yoğun Bakım biriminde “ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon bağlı olan hastalarda müzik dinlemenin anksiyete üzerine etkisini incelemek” amacı ile yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Deney ve kontrol grubundaki hastalar yaş grubu, cinsiyet, ameliyat sonrası yoğun bakımda bulunma günü ve saati açısından eşitlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş grubu, eğitim düzeyi, cinsiyet, mekanik ventilatöre bağlanma gün sayısı, Glaskow Koma Skalası puanı ve Ramsey Sedasyon Skalasına bakımından dağılımı incelendiğinde, iki grupta da dağılımın benzer olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).
2. Çalışmaya katılan hastaların ventilatöre bağlı kalma süre ortalamaları deney grubunun ventilatöre bağlı kalma süreleri 1 ile 8 gün arasında değişmekte olup, ortalama $3,80 \pm 1,82$ gün; kontrol grubunun ventilatöre bağlı kalma süreleri 2 ile 10 gün arasında değişmekte olup, ortalama $5,80 \pm 2,24$ gündür. Deney grubu ventilatöre bağlı kalma süreleri kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p = 0,012$; $p < 0,05$).
3. Deney grubu ile kontrol grubu arasında uygulamaya başlamadan önce ölçülen sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı ve oksijen saturasyonu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).
4. Uygulama öncesi deney grubunun sistolik kan basıncı ortalama değeri $149,93$ mm/ hg iken uygulamadan yarım saat sonra uygulama grubunun sistolik kan basıncı ortalama değeri $125,33$ mm/ hg düşmüş, uygulama öncesi kontrol grubunun ortalama değeri $137,73$ mm/ hg iken uygulama sonrası ortalama değeri $136,73$ mm/ hg olarak sabit kalmıştır. Müzik dinletiminden sonra deney ve kontrol grubundaki hastaların sistolik kan basıncı değerleri

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Müzik dinletilen hastalarda sistolik kan basıncı değeri düşmüştür.

5. Uygulama öncesi deney grubunun nabız hızı ortalama değeri 89,20 atım iken uygulamadan yarım saat sonra uygulama grubunun nabız hızı ortalama değeri 82,53 atıma düşmüş, uygulama öncesi kontrol grubunun ortalama değeri 99,47i atım iken uygulama sonrası ortalama değeri 95,00 atım olarak belirlenmiştir. Müzik dinletiminden sonra deney ve kontrol grubundaki hastaların nabız hızı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Müzik dinletilen hastaların nabız hızı değeri düşmüştür.

6. Müzik dinletiminden sonra deney ve kontrol grubundaki hastaların diyastolik kan basıncı, solunum hızı ve oksijen saturasyonu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

7. Müzik dinletiminden sonra deney grubunda farklı zamanlarda ölçülen sistolik kan basıncı değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Uygulama öncesine göre (0.dk) uygulamanın 30.dk ölçümlerindeki değişim anlamlı bulunmazken ($p=0,612$; $p>0,05$); uygulamanın 60.dakikası ($p=0,001$) ve uygulamadan yarım saat sonrası (90. dk) sonrası ($p=0,001$) ölçümlerdeki düşüş anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

8. Müzik dinletiminden sonra deney grubunda farklı zamanlarda ölçülen diastolik kan basıncı değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Uygulama öncesine göre (0.dk) uygulamanın 30.dakikasında diastolik kan basıncı ölçümlerindeki değişim bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,102$; $p>0,05$); deney grubunda uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,001$) ve uygulamadan yarım saat sonrası (90. dk) ($p=0,001$) düşüş kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

9. Müzik dinletiminden sonra deney grubunda farklı zamanlarda ölçülen nabız hızı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Uygulama öncesine (0.dk) göre uygulamanı

30.dakikasında ($p=0,759$) ve uygulamanın 60. dakikasında ($p=0,064$) nabız hızı ölçümlerindeki değişim anlamlı bulunmazken ($p>0,05$); uygulama öncesine (0.dk) göre uygulamadan yarım saat (90 dk) sonrası ölçümlerdeki düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,011$; $p<0,05$).

10. Müzik dinletiminden sonra deney grubunda farklı zamanlarda ölçülen solunum hızı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubunda uygulama öncesine göre (0.dk) uygulamanın 30. dk solunum hızı ölçümlerindeki değişim kontrol grubundan düşük bulunurken ($p=0,048$; $p<0,05$); deney grubu uygulamanın 60.dk ($p=0,005$) ve uygulamadan yarım saat (90.dk) sonrası ($p=0,006$) solunum hızı ölçümlerindeki değişimler kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$)

11. Müzik dinletiminden sonra deney grubunda farklı zamanlarda ölçülen oksijen saturasyonu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$)

12. Deney ve kontrol grubundaki hastaların durumluk anksiyete ortalama puanları, deney grubunda 63 , kontrol grubunda 64, olarak bulunmuştur. Uygulamaya başlamadan önce her iki gruptaki mekanik ventilasyona bağlı hastaların DKE toplam puan ortalamalarına göre arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) .

13. Deney ve kontrol gruplarının uygulama sonrası durumlilik anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun puan ortalaması $43,73\pm 8,43$ düşerken kontrol grubunun $62,33\pm 9,66$ olarak görülmüştür ($p<0,01$). Müzik terapi uygulanan hastaların durumlilik anksiyete puanları düşmüştür.

14. Deney grubunda uygulama öncesi (yüz anksiyete skalası) anksiyete puan ortalamalarının 6,13 ve uygulamanın 30.dakikasında 5,60, uygulamanın 60. dakikasında 4,13, uygulamadan yarım saat sonra (90. dk) ise yüz skalası anksiyete puan ortalamasının 3,07'ye düştüğü görülmüştür. Uygulama süresince hastaların yüz anksiyete skala puan ortalamaları düşmüş ve uygulama öncesi ve uygulamadan yarım saat sonrası yüz skalası anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşme olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müzik dinletiminden sonra hastalarda yüz anksiyete skala puanları düşmüştür.

6.1 ÖNERİLER

Müzik dinletiminin ameliyat sonrası mekanik ventilasyona bağı olan hastaların anksiyete belirtilerinden sistolik kan basıncı, nabız hızı, durumluluk anksiyete puanı ve yüz anksiyete puanı değerlerini olumlu yönde etkilediğı ve bu değerleri azalttığı, diyastolik kan basıncı, solunum hızı, ve oksijen saturasyonu değerlerini etkilemediğı saptanmıştır. Bu sonuçtan yola çıkarak müzik dinletiminin ameliyat sonrası mekanik ventilasyona bağı olan hastalarda anksiyete yönetiminde kullanılabilecek bir hemşirilik müdahalesi olduğu söylenebilir.

Bu sonuçlar doğrutusunda;

1. Ameliyat sonrası mekanik ventilasyon bağı olan hastalara hastaların yaşam bulgularını ve anksiyete düzeylerini belirgin düzeyde azaltması nedeniyle alternatif terapötik yaklaşım olarak rutin uygulanan hemşirelik bakımına müzik dinletiminin dahil edilmesi,
2. Araştırmanın daha geniş hasta gruplarını kapsayacak şekilde deneysel çalışmanın yapılması.

KAYNAKLAR

A. Mofredj,S. Alaya,K. Tassaious,H. Bahloul,A. Mrabet (2016) Music Therapy, a Review of the Potential Therapeutic Benefits for the Critically ill (Erişim :30.11.2017)

Abacıoğlu,S. (2009) Katarakt Cerrahisi Yapılacak Hastalarda 1. ve 2. Göz Cerrahileri Öncesi, Hastaların Endişe Düzeylerinin Araştırılması. Afyon KocatepeÜniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana BilimDalı, Yüksek Lisans Tezi.

Akbulut, S.(2011) Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Preoperatif Vizitin Anksiyete Üzerine Etkisi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

Akın ,E. (2007) Mekanik Ventilatör Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Anksiyetenin Fizyolojik Belirtilerine Etkisi ,Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İzmir Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(2):83-88

Akın Korhan,E.,(2011) Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Refleksolojinin Sedasyon Düzeyi ve Yaşamsal Belirtiler Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Programı, Doktora Tezi.

Almerud, S., Peterson, K. (2003) Music Therapy A Complementary Treatment For Mechanically Ventilated Intensive Care Patients, Intensive and Critical Care Nursing 2003, 19(1): 21-30.

Altun, T. (2010) Ameliyat Sürecinde Hasta Kaygısı Üzerine Etki Eden Faktörler. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı,Uzmanlık Tezi.

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 2005; 14(5):609-622.

Arnon S., Shapsa A., Forman L., Regev R., Bauer S., Litmanovitz I., Dolfin T., (2006) Live Music Is Beneficial To Preterm Infants In The Neonatal Intensive Care Unit Environment. Birth, Jun;33(2):131-6.

Arslan, S., Özer,N. (2009) Yoğun Bakım Hastalarının Duyusal Girdi Sorunlarında Tamamlayıcı Tedaviler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Dergisi, 13:2.

Aydinoğlu ,B. (2007) Yoğun Bakım Ekibinde Hemşire ve Hasta Bakımı. Yoğun Bakım Dergisi , 7(1):26-30

Ayoub CM., Rizk LB., Yaacoub CI., Gaal D., Kain ZN. (2005) Music And Ambient Operating Room Noise In Patients Undergoing Spinal Anesthesia. Anesth Analg, May;100(5):1316-9.

Babacan, S.S., (1999) Sezeryan Sonrası Ağrı Kontrolünde İlaç Dışı Farklı İki Yöntemin (Masaj/ Dokunma ve Müzik/ Gevşeme) Etkililiğinin Karşılaştırılarak İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.

Bahçıvan G., Sütçüççek H., Tangül Ö.C. (2011) Yoğun Bakımda Yatan Hasta ve Yakınlarıyla İletişim. İç Hastalıkları Dergisi, 18:117-122.

Barnason, S., Zimmerman ,L., Nieveen, J. (1995) The Effects of Music Interventions on Anxiety in the Patient After Coronary Artery Bypass Grafting. Heart Lung , 24:124-32.

Batuman, A. (2011) Günübirlık Cerrahilerde Çocuklara Bilgilendirme Videosu Gösteriminin Preoperatif Anksiyete ve Taburcu Sonrası Davranış Değişimlerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

Bayrak, A. (2016) Elektif Kolesistektomi Girişimlerinde Preoperatif Anksiyete Düzeyinin İntraoperatif Hemodinami ve Postoperatif Ağrı Üzerine Etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestiyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı,Uzmanlık Tezi.

Bekiroğlu, T. (2011). Klasik Türk Müziğinin Hipertansiyon Hastalarının Kan Basınçlarına ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Berbal P.,Maix J.,Quintea S., (2007) Estudia Comparita De La Eficacia De La Musica Frente Al Diazem Para Disminuir La Ansiedad Prequirurgica ;Un Ensayo Clinica Controlado yaleatorizado. Rev Esp Anestesiol Reanim. June- July; 54 (6): 355-8.

Besel, J.M. (2006). The Effects Of Music Therapy On Comfort In The Mechanically Ventilated Patient In The Intensive Care Unit, Approved for the Division of Graduate Education , 1-101.

Biley, S. (2000) Music Therapy, Journal of Advanced Nursing, 44(4):120-127.

Bradt, J., Dileo, C. (2009) Music For Stres and Anxiety Reduction in Coronary Heart Disease Patients, Cochrane Database Syst Rev. Apr 15;(2): 65-77.

Burns SJ., Harbuz MS., Hucklebridge F., Bunt L. (2001) A Pilot Study into the Therapeutic Effects of Music Therapy at a Cancer Help Center. Alternative Therapies in Health and Medicine (Electronic Journal), 7(1): 48-56. (Erişim: 12.12.2017)

Byers, J.F., Smyth, K.A. (1997) Effect of A Music İntervention on noise annoyance, heart rate, and blood pressure in cardiac surgery patients. Send to Am J Crit Care. 1997 May;6(3):183-91.

Cantekin, I. (2012) Müzik Terapisinin Hemodiyaliz Hastalarının Algıladıkları Stresörler ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Atatürk Üniveristesesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Cantürk, A. (2011) Elektif Cerrahi Operasyonu Planlanan Erişkin Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Değerlendirilmesinde Sosyo Demografik Faktörlerin Etkisi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AnaBilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

Cengar, H. (2005) Mekanik Ventilatore Bağlı Hastalarda İletişimde İletişim Gereksinim Tablosunun Etkinliğinin Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü .Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Chan, M.F., Wong, O.C., Chan, H.L., Fong, M.C., Lai, S.Y., Lo, C.W., Ho, S.M., Ng, S.Y., Leung, S.K. (2006). Effects Of Music On Patients Undergoing A C-Clamp Procedure After Percutaneous Coronary İnterventions. Journal of Advanced Nursing 53(6): 669-679.

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 and Health* 2005, 28:453-461.

Chlan L.L., Weinert, C.R., Heiderscheit, A., Tracy MF., Skaar DJ., Guttormson, JL., Savi K. (2013) Effects Of Patient-Directed Music Intervention on Anxiety and Sedative Exposure in Critically ill Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 309:2335-44.

Chlan, L. (1998) Effectiveness Of A Music Therapy Intervention On Relaxation And Anxiety For Patients Receiving Ventilatory Assistance. *Heart and Lung* 1998; 27(3):169-175.

Chlan, L. (1999) A Single Session Of Music Therapy Decreased Anxiety And Improved Relaxation In Adults Who Required Mechanical Ventilation. *Evidence-Based Nursing* 1999, 2:49.

Chlan, L. (2002) Integrating Nonpharmacological, Adjunctive Interventions Into Critical Care Practice: A Means To Humanize Care?, *American Journal of Critical Care*, 11: 1416.

Chlan, L. (2003). Description of Anxiety Levels By Individual differences and Clinical Factors In Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 32, 275-282.

Chlan, L.(2000) Music Therapy as a Nursing Intervention for Patients Supported by Mechanical Ventilation. *AACN* 11:128-38.

Chlan, L., Engeland, WC., Savik, K.(2013) Does music influence stress in mechanically ventilated patients? *Intensive Crit Care Nurs* 29:121-7.

Chlan, L., Savik, K.,(2011)Patterns of Anxiety in Critically ill Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support *Nursing Research* May/June Vol 60, No 3S, S50-S57 (Erişim :21.11.2017).

Chlan, L., Tracy ,M.F. (1999) Music Therapy In Critical Care: Indications and Guidelines for Intervention. *Crit Care Nurs* 19:35-41.

Chlan, L., Tracy, M., Nelson, B. et al. (2001). Feasibility Of A Music Intervention Protocol For Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support. *Medical Complete*, 7:6, 80-83.

Chlan, L.L., Engeland W.C., Anthony A. Et al. (2007). Influence of Music on the Stres Response in Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support: A Pilot Study, *American Journal of Critical Care*, 16(2): 141-145.

Chlan,L.(2009) A Review of the Evidence For Music İntervention to Manage Anxiety in Critically İll Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support. *Arch Psychiatr Nurs*, 23:177–9.

Clark, M., Isaacks-Downton, G., Wells, N. et al. (2006). Use of Preferred Music to Reduce Emotional Distress and Sympton Activity During Radiation Therapy, *Journal of Music Therapy*, 43 (3): 247-255.

Çam, S. Y. (2003) Kanser Hastalarına Dinletilen Müziğin Kemoterapi Yan Etkilerine ve Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi . Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi.

Çam,O. , Engin,E. (2014) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, sf: 281.

Çelik S.(2007) Kardiyak Cerrahi Girişim Sonrası Solunum Komplikasyonları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*.11(2):67-73.

Çelik, S. (2006) Mekanik Ventilasyonda Hasta Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* .10 (1-2):19-2.

Çelik,S. (2007)Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabul ve Taburculuk Kriterleri. *Yoğun Bakım Dergisi*. 11(2): 96-101.

Çetin, A. (2014) Elektif Cerrahi Planlanan Hastaların Preoperatif Dönemdeki KaygıDüzeylerinin Belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık BilimleriEnstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı,Yüksek Lisans Tezi.

Çınar, Ş. (2008). Mekanik Ventilasyon Desteğinede Olan Hastalarda El Massajı ve Akupressur Uygulamsının Anksiyete Ve Maliyet Etkisi, Doktora Tezi , Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü .

Çiftçi, H. (2011) Müziğin Yoğun Bakım Ünitesinde Serebrovasküler Olay Tanısıyla Yatan Hastalarda Konfor,Anksiyete ve Ağrıya Etkisinin İncelenmesi ., Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

De Lattre, S., Guétin, S., Tondut, G., Carr, J., Conseil, M., Cisse, M., (2015) Musicothérapie Enrénation: Un Exemple D'utilisation De la Séquence en «U». Réanimation 24:344–50

Dikensoy, Ö. (2006) Mekanik Ventilasyon Nedir ?, 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi.13-16 Eylül 2006, Antalya doi: 10.1097/01.NAJ.0000437118.81177.42

Elif S., Kurucu M., Eser O. (2011) Beyin Cerrahi Yoğun Bakımında Takip Edilen Hastaların Hasta Yakını Ziyaret Sıklığının ve Hemşire ile Olan İletişimin Hastanın İyileşmesine Etkisi.Kocatepe Tıp Dergisi. 12:151-155.

Elliott, D.(1994) The effects of music and muscle relaxation on patient anxiety in a coronary care unit. Heart Lung ,23:27-35.

Erer ,S., Atıcı ,E.(2010) Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 36 (1) 29-32,

Erkan, M., Şahin ,S. (1982) Türklerde Müzikle Ruh ve Sinir Hastalıklarının Tedavisi. Kayseri Üniversitesi Gevher Nesibe Bilim Haftası ve Tıp Günleri, Kayseri 11 – 13 Mart; s.572-579.

Eşkin, M. (2009) Pediatrik Olgularda Premedikasyon Yöntemlerinin Preoperatif vePostoperatif Anksiyete Üzerine Etkinliğinin İncelenmesi. GenelkurmayBaşkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Anesteziyoloji veReanimasyon Ana Bilim Dalı,Uzmanlık Tezi.

Evans, D. (2002), The Effectiveness of Music as an Intervention for Hospital Patients : A Systematic Review, 37(1): 8-18.

Finnigan E, Starr E., (2010) Increasing Social Responsiveness in a Child with Autism. A Comparison of Music and Non-Music Interventions. *Autism*. Jul;14(4):321-48. doi: 10.1177/1362361309357747. (Erişim : 19.11.2017).

Firmeza, MA., Rodrigues, AB., Melo GA., Aguiar, MI., Cunha, GH., Oliveira, PP., Grangeiro, AS. (2017) Control Of Anxiety Through Music İn A Head And Neckoutpatient Clinic: A Randomized Clinical Trial .*Rev Esc Enferm USP*. 51:e03201. doi:10.1590/s1980220x2016030503201. (Ulaşım : 20.11.2017)

Foley, J., Lipe, A. (2004) Music Therapy Model Demonstration Program For
Frazier, S., Moser, D., Daley, L., McKinley, S., Riegel, B., Garvin, B.(2003). Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety. *American Journal of Critical Care*, 12, 19-27

Gedik ,A. (2015) Nöroşirurji Hastalarında Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı DüzeylerininBelirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Gençel ,Ö. (2006) Müzikle Tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* . Ekim Cilt:14 No:2 697-706.

Gökalp, K. (2015) Müzik Terapisinin Yaşlı Kanser Hastalarının Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi

Gries, M. L., Fernsler, J. (1988) Patient perceptions of the mechanicalventilation experience. *Focus on Critical Care*. 15, 52-59

Güler,Ö. (2013) Selim ve Malign Tiroid Hastalarında Tiroidektomi Öncesi AnksiyeteninDeğerlendirilmesi: STAI- STATE, APAIS ve SMILEY-VAS SkorlarınınKarşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi.

Güvenç ,R., O. (1985) Türklerde ve Dünyada Müzikle Ruhi Tedavinin Tarihçesi ve Günümüzdeki Durumu. İstanbul Üniversitesi Cerrah Paşa Tıp Fakültesi.

Hamel, M.B., Phillips, R.S, Davis, R.B. et al. (2000). Outcomes and Cost Effectiveness of Ventilator Support and Aggressive Car efor Patients with Acute Respiratory Failure due to Pneumonia or Acute Respiratory Distress Syndrome, *The American Journal of Medicine*, 109:614-620.

Hayes A, Buffum M, Lanier E, Rodahl E, Sasso C. Gastroenterol Nurs. (2003) A Music Intervention to Reduce Anxiety Prior to Gastrointestinal Procedures. Jul-Aug;26(4):145-9.

Henry, LL.(1995) Music Therapy, A Nursing Intervention For The Control of Pain and Anxietyin The ICU: A Review Of The Research Literature. Dimens Crit Care Nurs. 14:295–304.

Hetland,B., Lindquist, R., Chlan, LL. (2015) The Influence Of Music During Mechanical Ventilation and Weaning From Mechanical Ventilation: A Review. Heart Lung 44:416–425.

Hong Kong Chinese day patients. Journal of Clinical Nursing 13, 297–303

Hweidi IM. (2007) Jordanian Patients Perception Of Stressors İn Critical Care Units: A Questionnaire Survey. International Journal of Nursing Studies 2007;44(2):227-35

Iriarte Roteta A.,(2003). Music Therapy Effectiveness to Decrease anxiety in Mechanically Ventilated Patients. Enferm Intensiva. Apr-Jun;14(2):43-8. (Erişim : 20.11.2017).

İnel,M. (2016) Omurilik Cerrahisi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,Yüksek Lisan Tezi.

İşkey ,M. (2008)Anjiografi İşlem Öncesi ve İşlem Sırasında Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Bulgularına Etkisi. T.C. Cumhuriyet Üniveristesesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

İyigün,E., Pazar,B.,Taştan,S., (2016) A Study on Reliability and Validity of the Turkish Version of the Face Anxiety Scale on Mechanically-Ventilated Patients,Gulhane Military Medical Academy School of Nursing, Intensive and Critical Care Nursing 37, 46—51.

J Crit Care. Oct;35:195-9. doi:10.1016/j.jcrc.2016.05.021. (Erişim : 28.11.2017).

Jaber,S., Bahloul, H., Guétin, S., Chanques ,G., Sebbane, M., JJ ,E. (2007)Effects Of Music Therapy İnintensive Care Unit Without Sedation İn Weaning Patients Versus Non Ventilated Patients. Ann Fr Anesth Reanim .26:30–8.

Jasemi, M., Aazami, S., Zabih, R.E, (2016) Indian J Palliat Care. 2016 Oct-Dec;22(4):455-458.

Johnston, M., Sexton, D. (1990). Distress during mechanical ventilation: Patients' Perceptions. Critical Care Nurse, 10, 48-52.

Kabul, S. (2013) Acil Servislerde Yapılan Girişimsel İşlemler Sırasında Dinletilen Müziğin Stres Hormonları , Ağrı ve Anksiyete üzerine Etkisi . Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Kaplan, T. , Han, S. (2014) Mekanik Ventilatörlerin Tarihsel Süreç İçindeki Gelişimi. <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/210201494818-147.pdf>, 2014.024 147-150 (Ulaşım : 15 Eylül 2016).

Karaaslan , Ş. (2014) Müziğin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya.

Karahan, S., (2006) Tarihsel Süreçler İçerisinde Türklerde Müzikle Terapi,T.C İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müzik Anasanat Dalı Yüksek Lisans Tezi

Kavaklı, Ö., Uzun, Ş., Arslan, F. (2009) Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 51:168-173.

Khorshid, L., Akın E. (2007) Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda Anksiyete Yönetiminde Müzik Terapinin Yeri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2007;11(2):83-88

Kim J, Wigram T, Gold C., (2009) Emotional, Motivational and İnterpersonal Responsiveness of Children with Autism in İmprovisational Music Therapy.Autism. Jul;13(4):389-409. doi: 10.1177/1362361309105660. (Erişim :19.08.2017).

Kişi ,S. (2011) Meme Kanseri Cerrahilerinde Gabapentin Uygulamasının Preoperatif Anksiyete ve Postoperatif Analjezi Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi.

Ko, CH., Chen, YY., Wu, KT., Wang, SC., Yang, JF., Lin, YY., Lin, CI., Kuo HJ., Dai, CY., Hsieh, MH., (2017) Effect Of Music On Level Of Anxiety In Patients Undergoing Colonoscopy Without Sedation , Journal of the Chinese Medical Association. 80,154-160.

Korhan, E.A., Khorshid, L., Uyar, M. (2011) The Effect Of Music Therapy On Physiological Signs Of Anxiety In Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support, Journal of Clinical Nursing, 20, 1026–1034.

Learidi, S., Pietroletti, R., Angeloni, G., Necozone, S., Ranelletta, G., Del Gusto .B (2007) Randomized Clinical Trial Examining The Effect of Music Therapy in Stress Response Today Surgery. Br J Surg. Aug;94(8):943-7.

Learkner E., Egerod I., Hansen HP. (2015) Nurses Experiences Of Caring For Critically Ill, Non-Sedated Mechanically Ventilated Patients In The Intensive Care Unit: A Qualitative Study. Intensive and Critical Care Nursing. S0964-3397(15)00007-5.

Lee D, Henderson A, Shum D. (2004) The effect of music on preprocedure anxiety in Lee, OK., Chung ,YF., Chan, MF., Chan, WM.(2005), Music And Its Effect On The Physiological Responses And Anxiety Levels Of Patients Receivingmechanical Ventilation: A Pilot Study, Journal of Clinical Nursing. 2005;14(5):609-20.

Lefevre, M. (2004) Playing with Sound: The Therapeutic Use of Music in Direct Work with Children, Child and Family Social Work, 9: 333-345

Li, D., Puntillo, K. (2006). A Pilot Study On Coexisting Symptoms Inintensive Care Patients. Applied Nursing Research. 19, 216-219.

Lin HH, Chang WK, Chu HC, Huang TY, Chao YC, Hsieh TY. (2007) Effects of music on gastric myoelectrical activity in healthy humans. Send to Int J Clin Pract. Jul;61(7):1126-30. Epub

Lindgren, V.A., Ames, N.J. (2005). Caring For Patients on Mechanical Ventilation. AJN, American Journal of Nursing. 105(5): 50-60.

Liu Y., Petrini MA., (2015) Effects of Music Therapy on Pain, Anxiety, and Vital Signs in Patients After Thoracic Surgery, *Complementary Therapies in Medicine; Kidlington* Vol. 23, Iss. 5, (Oct 2015): 714-718. (Ulaşım : 27.11.2016).

Logan, J., & Jenny, J. (1997). Qualitative Analysis Of patients Workduring Mechanical Ventilation and Weaning. *Heart and Lung*, 26, 140-147.

Malathum, P. (2004) The Effect of Music Therapy on Anxiety, Physiological Responses and Weaning Parameters in Patients During Weaning From Mechanical Ventilation. *Critical Care Medicine* 2004;2:123.

McCartney, J. R., Boland, R. J. (1994) Anxiety And Delirium İn The İntensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 10, 673-680.

McClurkin SL, Smith CD. , (2016) The Duration of Self-Selected Music Needed to Reduce Preoperative Anxiety. , *American Society of PeriAnesthesia Nurses* 2016 Jun;31(3):196-208.doi: 10.1016/j.jopan. 2014.05.017 (Ulaşım 17.10.2016).

Na HJ, Yang S.Hyun , (2009) Effects of Listening to Music on Auditory Hallucination and Psychiatric Symptoms in People With Schizophrenia , *J Korean Acad Nurs*. Feb;39(1):62-71. doi: 10.4040/jkan.2009.39.1.62. (Erişim : 22.12.2017).

Nayir, N. (2012) Açık Kalp Ameliyatında Preoperatif Anksiyete ile Postoperatif Komplikasyonlar Arasındaki İlişki. *Afyon Kocatepe Üniversitesi SağlıkBilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.

Nillson ,U. (2009) The Effect of Music İnversion in Stress Respense to Cardiac Surgery in Anrandomized Clinical Trial. *Heart Lung* ,38:201-7 (Ulaşım 17.10.2016).

Nural N., Alkan S. (2014) Mekanik Ventilasyonda Olan Hastalarla İletişim: Olgu Sunumları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 18(1) : 29-34.

Nural N., Alkan S. ,(2014) Mekanik Ventilasyonda Olan Hastalarla İletişim: Olgu Sunumları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2014;18(1) : 29-34. (Erişim 19.06.2016).

Ovayolu, N., Ucan, Ö., Pehlivan, S., Pehlivan, Y., Buyukhatipoğlu, H., Savas, M. C., Gulsen, M. T. (2006). Listening To Turkish Classical Music Decreases Patients' Anxiety, Pain, Dissatisfaction And The Dose Of Sedative And Analgesic Drugs During Colonoscopy: A Prospective Randomized Controlled Trial, *World J Gastroenterol*, December 14; 12(46): 7532-7536.

Perel, A., Stock, M.C. (1992). *Handbook of Mechanical Ventilatory Support*, 1st Ed Williams and Wilkins Philadelphia. p.81.

Peruzzi, W.T. (1990). Full and Partial Ventilatory Support: The Significance of Ventilator Mode, *Respiratory Care* 1990, 35: 174.

Phipps M.A., Carroll D.L., Tsiantoulas A. (2010) Music As A Therapeutic Intervention On An Inpatient Neuroscience Unit, *Complementary Therapies In Clinical Practice* 16:138–142.

Pittman S, Kridli S. (2011) Music intervention and preoperative anxiety: an integrative *Int Nurs Rev*. Jun;58(2):157-63. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00888.x. Epub 2016 Feb 15.

Polat, S. (2014) Pregabalin Premedikasyonunun Preoperatif Anksiyolitik ve Postoperatif Analjezik Etkilerinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi

Rotondi, A., Chelluri, L., Sirio, C. A., Mendelsohn, A., Schulz, R., Belle, S. (2002). Patients' Recollections Of Stressful Experiences while Receiving Prolonged Mechanical Ventilation In An Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 30, 746-752.

Ruth McCaffrey, Rozzano C. Locsin. (2002) Music Listening as a Nursing Intervention: A Symphony of Practice. *Holist Nurs Pract*. 2002 Apr;16(3):70-7.

Sarıcaoğlu, F., Akıncı, S. D., Dal, D., Aypar Ü. (2005) Yoğun Bakım Hastalarında Analjezi ve Sedasyon. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 36:86-90.

Savran Y.,Başoğlu T. (2014) Mekanik Ventilatörden Ayrılamama Sürecinde Anksiyetenin rolü.Yoğun Bakım Dergisi. 2014; 5:43-6.

Singh J., Subhashni D. (2013) , Music Soothes the Mechanically Ventilated Patient,AJN The American Journal of Nursing: November 2013 - Volume 113 - Issue 11 - p 64.

Smolen, D., Topp, R., Singer, L. (2002).The Effect of Self-Selected Music During Colonoscopy on Anxiety, Heart Rate, and Blood Pressure, Applied Nursing Research, 16(2):126-136.

Solanki MS1, Zafar M, Rastogi R,(2013) Music As A Therapy: Role İn Psychiatry., Volume 6, Issue 3, June 2013. Pages 193-199 Asian Journal of Psychiatry Review Music as a therapy: Role in psychiatry Asian J Psychiatr. 2013 Jun;6(3):193-9. doi: 10.1016/j.ajp.2012.12.001.

Şıvđın,S. (2013) Elektif Operasyon Planlanan Hastalarda Psikolojik ve FarmakolojikPremedikasyonun Preoperatif Anksiyete Düzeyi Ölçülerek Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

Taşdemir, A. (2012) STAI Testi ile Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

Thomas, L.A. (2003) Clinical Management of Stressors Perceived byPatients on Mechanical Ventilation. AACN Clin Issues, 14(1): 73-81.

Thompson,M.,Moe, K.,(2014) The Effects of Music on Diminishing Anxiety Among Preoperative Patients <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2014.10.005> (Erişim:25.11.2017).

Tosun, N., Yava, A., Ünver, V., Akbayrak, N., Hatipoğlu, S. (2009) Experience of Patients on Prolonged Mechanical Ventilation: A Phenomenological Study. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29:648-58

Tracy, M.F., Lindquist, R., Watanuki, S. et all. (2003). Nurse Attitudes Towards The Use of Complementary and Alternative Therapies İn Critical Care, Heart Lung, 32(3): 197-209.

Tsay, L.S., Wang, J-C., Lin, K-C. et all. (2005). Effects of Acupressure Therapy for Patients Having Prolonged Mechanical Ventilation Support, *Journal of Advanced Nursing*, 52(2):142-150.

Tuna ,H.L. (2014) Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hemşire Hasta İletişimine Yönelik Düşüncelerinin İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Isparta.

Turgut, P.(2015) Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yaralarına İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. T.C Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.

Turhan,Y.(2007) Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi.

Twiss E., Seaver J., Mccaffrey R. (2006). The Effect Of Music Listening On Older Adults Undergoing Cardiovascular Surgery. *Nurs Crit Care*. 11(5):224-231.

Uçan, Ö., Ovayolu, N., Savaş, C.M., Torun, S., Gülşen, M., Büyükberber M. (2006). Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi İşleminde Dinletilen Müziğin, Hastanın Nabzına, Kan Basıncına ve Oksijen Saturasyonuna Etkisi. *Hastane Yönetimi*. 10 (2):56-60.

Uzelli Yılmaz D., Akın Korhan S., Baysan B., Tan E., Erem A., Çelik S., Oyur Çelik G. (2016) Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Sedasyon Düzeyi ve Yaşamsal Belirtiler Üzerine Etkisi: Bir Pilot Çalışma İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2016; 1(3):21-27.

Vizeli, M. (2010) Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin Anksiyete Düzeyine Etkisi, T.C Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü . İstanbul

Wang SM, Kulkarni L, Dolev J, Kain ZN. 2002 Music and Preoperative Anxiety: A Randomized, Controlled Study. *Anesth Analg*. Jun; 94(6): 1489-94.

White., JM.(2000) State of the Science of Music Interventions. *Critical Care and Perioperative Practice*. *Crit Care Nurs Clin North Am*. Jun;12(2):219-25. (Erişim : 3.03.2017)

Wigram, T., Gold, C. (2006). Music Therapy in the Assesment and Treatment of Austistic Spectrum Disrder: Clinical Application and Research Evidence, Child: care, Health and development, 32(5): 535-542.

Wojnicki-Johansson, G. (2001) Communication Between Nurse and Patient During Ventilator Treatment: Patient Reports and Evaluations, Intensive andCritical Care Nursing. 17:29-39.

Wong H.,Lopes-Nahos V.,Molassiotis A.(2001)Effects of Music Therapy on Anxiety in Ventilator Depent Patients . Heart Lung. September-October ;30(5):376-87

Yaşar, E. (2010). Genel Anestezi Altındaki Hastalarda Müziğin İntraoperatif ve Postoperatif Etkileri, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı.

Yıldırım, YK. (2002) Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Yıldız, D. (2011) Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi.

Yung, P.M., Chui-Kam, S., French, P., Chan, T.M.(2002) A Controlled Trial of Music and Pre-operative Anxiety in Chinese Men Undergoing Transurethral Resection of the Prostate. J Adv Nurs. August ;39(4):352-9.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Mehtap GÜNGÖR ÇAĞLAR

Doğum Yeri ve Tarihi : POLATLI /01.08.1986

Yabancı Dili : İNGİLİZCE

İletişim (Telefon/e-posta):05069136134 /mehtapgungorcaglar@hotmail.com

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

Lise : Sincan Yabancı Dil Ağırlıklı Lise

Lisans : Aban İzzet Baysal üniversitesi Bolu Sağlık Meslek Yüksekokulu / Bolu

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği 2018

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl :

1- Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Ünitesi Yoğun Bakım Birimi (2009\2016)

2- Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Servisi (2017\)

EKLER

EK-1 Hasta Tanıtım Formu.....	109
EK-2 Hasta İzlem Formu.....	110
EK-3 Ramsey Sedasyon Ölçeği (RSÖ).....	111
EK-4 Glaskow Koma Skalası (GKS).....	112
EK-5 Yüz İfadesi Skalası (Face Skala).....	113
EK-6 Durumluk Kaygı Envanteri (Stai-1).....	114
EK-7 Bilgilendirilmiş Onam Formu (Hasta İçin).....	115
EK-8 Bilgilendirilmiş Onam Formu (Hasta Yakını İçin).....	116
EK-9 Kurum Onayı.....	117
Ek-10 Etik Kurul Onayı.....	120

EKLER

Ek-1 Hasta Tanıtım Formu

Tarih:

Hastanın isminin baş harfleri.....

1. Hastanın Tanısı.....

2. Hastanın Yaşı.....

3. Hastanın Cinsiyeti 1. Kadın 2. Erkek

4. Hastanın Eğitim Durumu

(1) Okur-yazar değil (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Yüksekokul

5. Hastanın mekanik ventilatöre bağlanma süresi:.....

6. Hastanın post-op hangi saatte olduğu.....

7. Hastane ve yoğun bakımda yatma süresi.....

8. Anksiyolitik kullanma durumu.....

9.Fiziksel tespitinin olup olmadığı

1. Evet 2. Hayır

10.Daha önce yoğun bakım deneyiminin olup olmadığı

1.Evet 2. Hayır

11. Nörolojik ve psikiyatrik hastalık tanısı olup olmadığı

1.Var 2.Yok

Ek-2 Hasta İzlem Formu

ZAMAN	KAN BASINCI	NABİZ HIZI	SOLUNUM HIZI	OKSİJEN SATÜRAYONU
Müzik Dinletimine Başlamadan Önce	Sistolik			
	Diastolik			
Müzik Dinletiminin 30.Dakikasında	Sistolik			
	Diastolik			
Müzik Dinletiminin 60.Dakikasında	Sistolik			
	Diastolik			
Müzik Dinletiminden Yarım Saat Sonra	Sistolik			
	Diastolik			

Ek-3 Ramsey Sedasyon Skalası

RAMSEY SEDASYON SKALASI	
1	Uyanık,endişeli,huzursuz veya ikisi birden
2	Uyanık,koopere,oryante,sakin
3	Uyuyor,sözlü uyarıya yanıt veriyor
4	Uyuyor,ağrılı uyarıya ılımlı yanıt veriyor
5	Uyuyor,ağrılı uyarıya yavaş yanıt var
6	Uyuyor,ağrılı uyarıya yanıt yok

Ek-4 Glaskow Koma Skalası

Göz açma, sözel ve motor yanıt olmak üzere başlıca 3 fonksiyon değerlendirilir ve puanlanır.

Göz Açma

- Spontan gözlerini açar 4 puan verilir.
- Sözel uyarı ile göz açmaya 3 puan verilir.
- Ağrılı uyarı ile göz açmaya 2 puan verilir.
- Hastada herhangi bir tepki yoksa 1 puan verilir

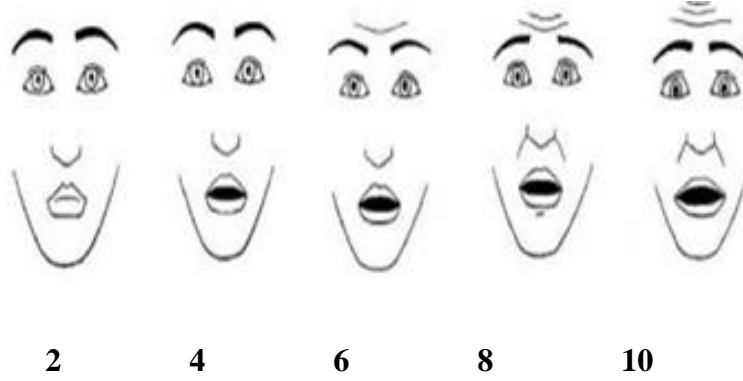
Motor Yanıt

- Spontan ve istemli ise 6 puan verilir.
- Ağrılı uyarıyı lokalize ediyorsa 5 puan verilir.
- Ağrılı uyarıya ekstremitayı geri çekiyorsa 4 puan verilir.
- Anormal fleksiyon yanıtı (dekortikasyon postürü) varsa 3 puan verilir.
- Anormal ekstansiyon yanıt (deserebre postürü) varsa 2 puan verilir.
- Hastada herhangi bir tepki yoksa 1 puan verilir.

Sözel Yanıt

- Hasta oryente ise 5 puan verilir.
- Uyumsuz ama kendiliğinden yanıt veriyorsa 4 puan verilir.
- Birbiriyle bağlantısız kelimeler söylüyorsa 3 puan verilir.
- İnemeler, mırıltılar, anlamsız sesler çıkarıyorsa 2 puan verilir.
- Hastada herhangi bir yanıt yoksa 1 puan verilir.

EK -5 Yüz Anksiyete Skalası (Face Anxiety Skala)



Müzik Terapiye Başlamadan Önce	
Müzik Terapisinin 30. Dakikasında	
Müzik Terapisinin 60. Dakikasında	
Müzik Terapiden Yarım Saat Sonra (90. Dk)	

2-Hafif Anksiyete Var

4-Orta Şiddette Anksiyete Var

6-Çok Anksiyete Var

8-Şiddetli Anksiyete Var

10-Çok Şiddetli Anksiyete Var

Ek-6 Stai -1 Durumluk Kaygı Envanteri Formu

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifade hastaya okunup, sonrada o anda nasıl hissettiği öğrenilip ifadelerin sağ tarafındaki kutucuklardan uygun olanı karalamak suretiyle işaretlenir.

		Hiç	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 ediyorum	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 endişeliyim	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

EK-7 Bilgilendirilmiş Onam Formu (Hasta İçin)

Bu araştırma, ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon bağlı olduğunuz için bu durumdan kaynaklı yaşadığınız kaygıyı azaltmak amacıyla yapılacaktır. Size müzik uzmanı tarafından uygunluğu kanıtlanmış bir müziği, kulaklık yoluyla MP3 Player ile 60 dakika süre ile dinlettirecektir.

Bu araştırma size ve/veya bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmayacağınıza karar vermekte tümüyle özgürsünüz. Katılıp katılmama yönündeki kararınız, burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Katılmayı tercih ederseniz, araştırma kapsamında vereceğiniz kimliğiniz gizli tutulacak ancak sizden elde edilen bilgiler kullanılacaktır. Fikrinizi değiştirdiğinizde araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda hastalığınızın gerektirdiği tıbbi bakım size hiçbir aksama olmadan verilecektir.

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih, Hastanın Adı-Soyadı

Açıklamaları Yapan Araştırıcının Adı-Soyadı

İmzası

İmzası

EK-8 Bilgilendirilmiş Onam Formu (Hasta Yakını İçin)

Bu araştırma, ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon bağlı olan hastanızın yaşadığı kaygıyı azaltmak amacıyla yapılacaktır. Hastanıza müzik uzmanı tarafından uygunluğu kanıtlanmış bir müziği kulaklıklı MP3 Player ile 60 dakika süre ile dinlettirilecektir.

Bu araştırma hastanıza ve/veya bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya hastanızın katılıp katılmayacağınıza karar vermekte tümüyle özgürsünüz. Katılıp katılmama yönündeki kararınız, burada hastanıza verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Katılmayı izin verirseniz, araştırma kapsamında vereceğiniz hastanızın kimliğiniz gizli tutulacak ancak hastanızdan elde edilen bilgiler kullanılacaktır. Fikrinizi değiştirdiğinizde hastanız araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda hastanızın hastalığının gerektirdiği tıbbi bakımda hiçbir aksama olmadan verilecektir.

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih, Hasta Yakınının Adı-Soyadı


Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı




İmzası

İmzası

EK-9 Kurum Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/10/2016-E.20668

 **T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 48398777-604.02/
Konu : Mehtap GÜNGÖR ÇAĞLAR HK.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : 07/09/2016 tarihli, 1676 sayılı ve "ANKET İZİNİ HK." konulu yazı


İlgi yazınıza istinaden, Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Mehtap GÜNGÖR ÇAĞLAR'ın "Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Ünitesinde Mekanik Ventilasyona Bağlı Hastalarda Müzik Dinlemenin Anksiyete Belirtileri Üzerine Etkisi" adlı tez çalışmasını Fakültemiz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında yapması Dekanlığımızca uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr. Ahmet KÜÇÜK
Rektör Yardımcısı

EK :
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalının yazısı (3 sayfa)

Mevcut Elektronik İmzalar
AHMET KÜÇÜK (Rektör Yardımcılığı (Eğitim Öğretim) - Rektör Yardımcısı) 31/10/2016 14:07
Evrakı Doğrulamak İçin : https://ebys.kocaeli.edu.tr/en/validen/validate_dec.aspx?V=BEL548116H

Fakülte Sekreterliği / Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 41380 Umuttepe / KOCAELİ
Tel:90 262 353 70 04 Faks:90 262 303 70 05
E-Posta: ilpedek@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ: <http://tip.kocaeli.edu.tr/>



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI
AKADEMİK KURULU

Tarih: 25.10.2016

Sayı : 04 / 2016

Anabilim Dalı Akademik Kurulu 25.10.2016 tarihinde aşağıda adı ve imzaları bulunan üyelerle toplanarak aşağıdaki kararları belirtilen nispetlerle almışlardır:

2. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Mehtap GÜNGÖR ÇAĞLAR'ın "Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Ünitesinde Mekanik Ventilasyona Bağlı Hastalarda Müzik Dinlemenin Anksiyete Belirtileri Üzerine Etkisi" adlı tez çalışmasını, Yoğun Bakım Ünitimizde yapmasının uygun olduğuna,

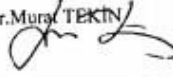
oybirliği ile, karar verilmiştir.


Yrd.Doç.Dr.Z.İpek ARSLAN AYDIN

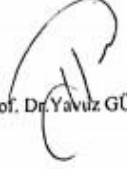

Doç.Dr. Alparslan KUŞ



Doç.Dr. Tülay HOŞTEN


Doç.Dr. Dilek İÇLİ


Doç.Dr. Murat TEKTİN


Prof. Dr. Tülay ŞAHİN


Prof. Dr. Yavuz GÜRKAN


Prof.Dr.Zehra Nur BAYKARA


Prof.Dr.Mine SOLAK



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
Başkanlığı



Sayı : 23273814-604.02/76192
Konu : Mehtap Güngör Çağlar'ın tez
çalışması hk.

18/10/2016

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 28.09.2016 tarih ve 69627 sayılı yazınız

İlgi yazı ile sormuş olduğunuz, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Mehtap GÜNGÖR ÇAĞLAR'ın "Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Ünitesinde Mekanik Ventilasyona Bağlı Hastalarda Müzik Dinlemenin Anksiyete Belirtileri Üzerine Etkisi" adlı tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygundur.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr. Zeynep Mine SOLAK
Anabilim Dalı Başkanı

DAĞITIM
Gereği:
Tıp Fakültesi Dekanlığına

Bilgi:
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığına

Ek-10 Etik Kurul Onayı



Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2016 /89

16.06.2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Elçin Babaoğlu
(Mehtap Güngör Çağlar)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 6 Haziran 2016 tarihinde, 07 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "*Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Mekanik Ventilasyona Bağlı Hastalarda Müzik Dinlemenin Anksiyete Üzerine Etkisi*" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı