T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

MÜZİĞİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE SEREBRO VASKÜLER OLAY TANISIYLA YATAN HASTALARDA KONFOR, ANKSİYETE VE AĞRIYA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

HATİCE ÇİFTÇİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI:
DOÇ. DR. GÜRSEL ÖZTUNÇ

ADANA 2011

KABUL ONAY FORMU

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan " Müziğin Yoğun Bakım Ünitesinde Serebro Vasküler Olay Tanısıyla Yatan Hastalarda Konfor, Anksiyete Ve Ağrıya Etkisinin İncelenmesi" adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: 23/02/2011

İmza
Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ
Çukurova Üniversitesi
Adana Sağlık Yüksek Okulu
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı
Jüri Başkanı

İmza
Prof.Dr.Z.Nazan ALPARSLAN
Çukurova Üniversitesi
Biyoistatistik Ana Bilim Dalı
Üye

İmza
Yrd.Doç.Dr. Sevban ASLAN
Çukurova Üniversitesi
Adana Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Anabilim Dalı
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun …../…../….. tarih ve ……. Sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Halil KASAP
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmam sırasında sabır, özveri ve bilimsel desteğini esirgemeyen, öğrencilik ve meslek hayatımın önemli aşamasında yanımda olan tez danışmanım Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ' a, çalışmanın istatistiksel analizinde sabırla rehberlik eden sayın Prof. Dr. Z. Nazan ALPARSLAN' a, manevi desteğini her zaman hissettiğim merhum anneme ve sevgisi ile bana güç veren ablam Yasemin ÇOLAKÇA, ağabeyim Kenan ÇİFTÇİ, babam Sadrettin ÇİFTÇİ, minik yeğenlerim Seminay ve Zübeyde, her zaman yanımda olan arkadaşlarım Arş. Gör. Uz. Hemşire Saliha BOZDOĞAN, Uz. Hemşire Durdu Gül İNAN, hemşire Yasemin ÇİÇEK, Uz. Hemşire Gülşah KUMAŞ, Uz. Hemşire Derya GÜREL, Uz Hemşire Vecihe DÜZEL'e araştırmanın uygulandığı Adana Devlet Hastanesi Başhekimi Sayın Uz. Dr. Mehmet YAĞCI, Yoğun Bakımdan Sorumlu Başhekim Yardımcısı Sayın Op. Dr. Ahmet Hamdi GÜNDOĞAN ve nöroloji uzmanlarına, araştırmanın her aşamasında büyük katkısı olan hemşire Emine BOZ GÖK ve Seher TUĞAL'a yardımlarını esirgemeyen yoğun bakım hemşireleri başta Serpil KIZILKAYA, Nida Can ASLANTAŞ ile yoğun bakımda görevli diğer hemşire arkadaşlarıma, başhemşire muavinleri Döndü KOCAÇİFTÇİ, Birgül BURUNKAYA, Emine BULUT, Güner SEFA ve araştırmaya katılan hastalara teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

HATİCE ÇİFTÇİ

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY FORMU ii
TEŞEKKÜR iii
İÇİNDEKİLER iv
ŞEKİLLER DİZİNİ viii
ÇİZELGELER DİZİNİ ix
SİMGELER VE KISALTMALAR xi
ÖZET xii
ABSTRACT xiii
1.GİRİŞ 1
2.GENEL BİLGİ 3
2.1.Yoğun Bakım Kavramı Ve Serebro Vasküler Olay 3
2.1.1.Yoğun Bakım 3
2.1.2.Serebro Vasküler Olay 5
2.2.Konfor 8
2.3.Anksiyete 10
2.3.1.Anksiyete İle İlgili Tanımlar 11
2.3.2.Anksiyete Tipleri 11
2.3.2.1.Objektif ve Gerçekçi Anksiyete 11
2.3.2.2.Nevrotik Anksiyete 11
2.3.2.3.Moral Anksiyete 11
2.3.3.Durumluk Ve Kaygı Kavramlarının Tanımlanması 12
2.3.3.1.Durumluk Kaygı (A-State) 12
2.3.3.2.Sürekli Kaygı (A-Trait) 12
2.3.4.Anksiyetenin Oluş Nedenleri 12
2.3.4.1.Psikolojik Varsayımlar 12
2.3.4.2.Biyolojik Varsayımlar 13
4.3.5.Anksiyete Bozukluğu ve Organizmaya Genel Etkileri 13
2.4.Ağrı 14

2.4.1.Ağrının Tanımı ve Tarihçesi 14
2.4.2.Ağrı Sınıflaması 15
2.4.2.1.Fizyolojik-Klinik Ağrı Sınıflaması 15
2.4.2.2.Süresine Göre Ağrı Sınıflaması 15
2.4.2.3.Kaynaklandığı Bölgelere Göre Ağrı Sınıflaması 16
2.4.2.4.Mekanizmalarına Göre Ağrı Sınıflaması 16
2.4.3.Ağrı Ölçüm Yöntemleri 18
2.4.3.1.Tek Boyutlu Ölçekler 18
2.4.3.2.Çok Boyutlu Ölçekler 19
2.5.Müzik Ve Tedavi 20
2.5.1.Müziğin Tanımı 20
2.5.2.Müziğin Tarihçesi 20
2.5.3.Müzikle Tedavi 23
2.5.3.1.İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavide 24
2.5.3.2.Batı Medeniyetinde Müzikle Tedavi 25
2.5.3.3.Günümüzde Müzikle Tedavi 26
3.GEREÇ YÖNTEM 28
3.1.Araştırmanın Tipi 28
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri 28
3.3.Araştırmanın Amacı 28
3.4.Araştırmanın Hipotezleri 28
3.5.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi 39
3.6.Verilerin Toplanması 30
3.7.Veri Toplama Araçları 30
3.7.1.Anket Formu 30
3.7.2.Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale –VAS) 31
3.7.3.Yüz İfadesi Skalası (Face Scale) 31
3.7.4.STAI-1 (State-Trait Anxiety Inventory) Durumluk ve STAI-2 Sürekli Kaygı Envanteri 31
3.7.5.Genel Konfor Ölçeği 32
3.8.Veri Toplama Aracının Uygulanması 32

3.9.Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri 35
3.10.Verilerin Değerlendirilmesi 35
3.11.Araştırmanın Etiği 35
4.BULGULAR 36
4.1.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı 36
4.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşam Bulguları, Ağrı, Anksiyete Ve Konfor Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı 36
4.3.Hastaların Kullandıkları Gevşeme Yöntemlerine Göre Dağılımı 37
4.4.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Yaşam Bulgu Ortalamalarının Dağılımı 38
4.5.Hastaların Müzik Dinleme Sırasında Yaşam Bulgu Ortalamalarının Dağılımı 42
4.6.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı 43
4.7.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Anksiyetelerinin (Yüz Skalası) Dağılımı 44
4.8.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzey Ortalamalarının Dağılım 45
4.9.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Genel Konfor Ortalamalarının Dağılımı 46
4.10.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Genel Konfor Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı 47
4.11.Hastaların Dinledikleri Müzik Hakkındaki Yorumları 51
5.TARTIŞMA 53
5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşam Bulguları, Ağrı, Anksiyete ve Konfor Puan Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi 53
5.2.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Yaşam Bulgu Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi 54
5.3.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi 55

5.4.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Anksiyete Puan Ortalamalarının (Yüz Skalası) Dağılımının İncelenmesi 56
5.5.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Durumluk Kaygı Düzey Ortalamalarının İncelenmesi 56
5.6.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Genel Konfor Ölçeği Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi 58
5.7.Hastaların Müzik Dinledikten Sonra Müzik Hakkındaki Yorumlarının İncelenmesi 58
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER 59
6.1.Sonuçlar 59
6.2.Öneriler 63
KAYNAKLAR 65
EKLER 70
EK-1:Sosyo - Demografik Özellikleri İçeren Anket Formu 70
EK-2:Yaşam Bulguları Formu 71
EK-3:Vas Sayısal Skala İle Ağrı Değerlendirme Formu 72
EK-4:Yüz Skalası İle Anksiyete Değerlendirme Formu 73
EK-5:STAI-1 Durumluk Kaygı Envanteri Formu 74
EK-6:STAI-2 Sürekli Kaygı Envanteri Formu 75
EK-7:Türkçeye Uyarlanan Genel Konfor Ölçeği 76
EK-8:Aydınlatılmış Onam Formu 77
EK-9:Genel Konfor Ölçeği Kullanımı İzin Belgesi 80
EK-10:Etik Kurul İzin Belgesi 81
EK-11:Hastalara Dinletilen Müziğin CD'si 82
ÖZGEÇMİŞ 83

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Beyin damar hastalıklarının (BDH) klinik sınıflaması 6
Şekil 2: İskemik inme risk faktörleri 7
Şekil 3: Araştırmanın akış şeması 34

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı 37
Çizelge 4.2. Hastaların Kullandıkları Gevşeme Yöntemlerine Göre Dağılımı 38
Çizelge 4.3.1. Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Sistolik Tansiyon Arteriyel Ortalamalarının Dağılımı 39
Çizelge 4.3.2. Hastaların Müzik Dinleme Durumularına Göre Diastolik Tansiyon Arteriyel Ortalamalarının Dağılımı 40
Çizelge 4.3.3. Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Kalp Hızı Ortalamalarının Dağılımı 40
Çizelge 4.3.4. Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Solunum Hızı Ortalama Dağılımı 41
Çizelge 4.3.5. Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Pulse Oksimetre Değer Ortalamalarının Dağılımı 42
Çizelge 4.4. Hastaların Müzik Dinleme Sırasında Yaşam Bulgu Ortalamalarının Dağılımı 43
Çizelge 4.5. Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı 44
Çizelge 4.6. Hastaların Yüz Skalasına Göre Anksiyetelerinin Dağılımı 44
Çizelge 4.7.1. Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Durumluluk Kaygı Düzey Ortalamalarının Dağılımı 45
Çizelge 4.7.2. Hastaların Sürekli Kaygı Düzey Ortalamalarının Dağılımı 46
Çizelge 4.8. Hastaların Müzik Dinlemeden Önce Ve Sonra Genel Konfor Ölçeği Ortalamalarının Dağılımı 46
Çizelge 4.9.1. Hastaların Müzik Dinlemeden Önce Genel Konfor Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı 47
Çizelge 4.9.2. Hastaların Müzik Dinlemeden Yapılan Son Testteki Genel Konfor Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı 48

Çizelge 4.9.3. Hastaların Müzik Dinledikten Sonra Genel Konfor Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı 49
Çizelge 4.9.4. Hastaların Müzik Dinleme Durumunun Genel Konfor Ölçeği Puanlarında Yarattığı Değişim 50
Çizelge 4.10.1. Hastaların Dinledikleri Müzik Hakkındaki Olumlu Yorumları 51
Çizelge 4.10.2. Hastaların Dinledikleri Müzik Hakkındaki Olumsuz Yorumları 52

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Bkn	:Bakınız
BDH	:Beyin Damar Hastalıkları
Dk	:Dakika
GKÖ	:Genel Konfor Ölçeği
GİA	:Geçici İskemik Atak
IASP	:Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı
mm/Hg	:Milimetre civa
MSS	:Merkezi Sinir Sistemi
pO2	:Parsiyel Oksijen
STAI-I	:Durumluk Kaygı Envanteri
STAI-2	:Sürekli Kaygı Envanteri
SPSS	:Statistical Package for Social Sciences
SS	:Standart Sapma
SVO	:Serebro Vasküler Olay
VAS	:Visual Analog Scales
WHO	:World Health Organization
%	:Yüzde
=	:Eşittir
>	:Büyüktür
<	:Küçüktür
±	:Artı- Eksi

ÖZET

Müziğin Yoğun Bakım Ünitesinde Serebro Vasküler Olay Tanısıyla Yatan Hastalarda Konfor, Anksiyete ve Ağrıya Etkisinin İncelenmesi

Yoğun bakım üniteleri, fiziki durumu ağır olan hastaların monitörize edilerek, yaşam fonksiyonlarının desteklendiği özel dikkat gerektiren bölümlerdir. Bu ünitelerde hastalar sıklıkla ağrı, anksiyete yaşamakta ve bu durum konforlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışma, yoğun bakımda Serebro Vasküler Olay (SVO) tanısıyla yatan hastalarda müziğin ağrı, anksiyete ve konfor üzerine olan etkisini araştırmak amacıyla kendinden kontrollü deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırma Adana Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitesinde az iki gün yatan bilinci açık, işitme sorunu olmayan, Türkçe konuşabilen, 24 saat içerisinde analjezik, sedatize edici ilaç almamış, araştırmaya katılmayı kabul eden, erişkin, serebro vasküler hastalığı olan hastalarda yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, yedi ayrı form kullanılmıştır. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve yaşam bulguları ile ilgili olan birinci ve ikinci form literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Üçüncü form, ağrı şiddetini ölçmede kullanılan Visual Analogue Scale (VAS); dördüncü, beşinci ve altıncı form, anksiyete düzeyini ölçmede kullanılan yüz skalası ile durumluk (STAI-1) ve sürekli (STAI-2) kaygı envanteri; yedinci form, hastaların genel rahatlığını belirlemede kullanılan genel konfor ölçeğidir. Elde edilen veriler SPSS for Windows 11.5 (Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar programında değerlendirilmiş ve t-testi yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, müziğin hastaların sistolik tansiyon arteriyel değerini, ağrı ve anksiyeteyi azaltarak pO_2 ile konfor düzeyini arttırdığı saptanmış olup sonuçlar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, müziğin ağrı, anksiyete ve konfora olumlu etkisi nedeniyle, uygulama alanında kullanılmasının hasta yararına katkı sağlayacağı ve bağımsız hemşirelik uygulamaları arasına dahil edilmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Ağrı, anksiyete, konfor, müzikle tedavi, yoğun bakım.

ABSTRACT

Examination The Effect of Music on Comfort, Anxiety and Pain at the Cerebrovascular Accident Patients in Critical Care Unit

Critical care units are special units where patients, whose clinical status are severe, were monitorized and vital functions were supported. In these units patients frequently experience pain and anxiety, and their comfort is affected negatively. This half-experimental study was conducted on cerebrovascular accident patients in clinical care unit for the purpose of examining effects of music, on the patients' pain, anxiety and comfort status.

The population of this study include adult patients that were hospitalized in critical care unit of Adana State Hospital who were conscious, who had no hearing problem, who can speak Turkish, who have not given analgesic in 24 hours, who had accepted to be included in the study and who had cerebrovascular disease. Seven different data collecting forms were used in the study. First and second forms were about characteristic features and life findings of the patients and were developed by the investigator. Third form was VAS (Visual Analogue Scale) scale that was used to evaluate pain level. Fourth, fifth and sixth forms were to evaluate anxiety levels and included occasion (STAI-1) and continuous (STAI-2) anxiety scales. Seventh form was general comfort scale which determined general comfort status of patients. All data were analized with SPSS 11.5 (Statistical Package for Social Sciences) computer program and evaluated with t-test.

Accordining to results of this study were meaningful statistically, as the music has a decreasing effect on the level of systole arterial tension, pain and anxiety, and has an increasing effect on comfort status and value of pO2($p<0,05$). It was emphasized that music is an effective intervention on managing comfort, anxiety and pain status of the patients. For that reason, it was considered that use of music as a nurse intervention would provide positive contribution for patients, and it was suggested that use of music should be included to independent nursing applications.

Key Words: Pain, anxiety, comfort, music theraphy, critical care unit.

1.GİRİŞ

Hastaların yaşamsal işlevleri risk taşıyacak derecede bozulduğunda, yaşam işlevlerinin sürdürülmesi ve özel tedavi yöntemlerinin uygulanması için yoğun bakım ünitesinde tedavi görmeleri gerekir. Yoğun bakım ünitesi, tedavi yöntemleri, teknik donanımı, fiziksel görünümü ve duyusal çevresi açısından hastanenin diğer bölümlerinden farklıdır[1].

Yoğun bakımda yatan hastalarda, trakeostomi, entübasyon ve ventilasyon gibi yardımcı araçların kullanımı nedeniyle sözlü ifade güçlüğüne bağlı anksiyete de artma, ağrı ve sedatif kullanımına bağlı bilinç seviyesinde değişmeler olmakta, tanı ve tedavi amaçlı invaziv ve non invaziv araçların varlığına bağlı hareket kısıtlılığı nedeniyle konforda değişimler gözlenmektedir[2].

Müzik, insan yaşamının her döneminde var olan bir kavramdır ve insan üzerindeki etkisinin çok yönlü olması, tedavide de kullanılmasına neden olmuştur. Aslında müziğin kendisi tedavi edici değildir. Ancak acı çeken, ağrı - stresi olan, yardım isteyen ve müzik aracılığı ile kendini ifade yolu bulan hastalar için kullanıldığında tedavi edici özellik gösterir[3].

Tüm dünyada farklı uygulama ve modellerle profesyonel olarak geliştirilmektedir. Müzikle tedavinin önemi ve hastaların iyileşmesine olan etkisi 1800'lü yılların başında Florance Nigtingale tarafından vurgulanmış, hem ağrıyı hem de anksiyeteyi azaltan ve hastaların konforunu artıran bir hemşirelik girişimi olarak tanımlamıştır[4].

Etkili bir tedavi ekibinin amacı; sadece yatan hastaları tedavi etmeye yönelik girişimleri uygulamak değil, aynı zamanda sık sık beklenmeyen sonuçlarla, devam eden zor tedavilerin uygulandığı dönemlerde insanlara yardım etmeye yönelik alternatif bakımları geliştirmek olmalıdır[3].

Bir psikososyal girişim olan müzik tedavisi geleneksel tedavileri destekleyen bir tedavi girişimi olduğu için, yoğun bakımda yatan sağlıkla ilgili sorunların tedavisinde non-invaziv tedavi olarak kullanılmaktadır[5].

Alternatif terapötik olarak bilinen progresif gevşeme, derin nefes alıp verme egzersizi, terapötik dokunma, müzik tedavisi gibi farklı bağımsız hemşirelik girişimleri hastaların fiziksel, emosyonel ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasına yardım için kullanılmaktadır. Ancak ülkemizde bir hemşirelik girişimi olarak ya da hemşirelikte müziğin kullanımı azdır[5].

Bu çalışma ülkemizde müziğin tedavi girişimlerinde etkisini gösteren çok az çalışma olması ve ağrı, anksiyete ve hastanın konforuna yönelik çalışmaların daha önce sınırlı sayıda yapılmasından yola çıkılarak planlanmıştır. Bu araştırmada beklenen yarar; Serebro Vasküler Olay tanısıyla yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalara dinletilen müziğin hastaların ağrı, anksiyete ve genel konforuna olan etkisini değerlendirmek, müzik gibi nonfarmakolojik yöntemlerin, farmakolojik yöntemlerle beraber kullanılmasını sağlamak ve bu alanda yapılacak araştırmalara örnek oluşturmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Yoğun Bakım Kavramı Ve Serebro Vasküler Olay

2.1.1.Yoğun Bakım

Yoğun bakım kavramının ortaya çıkışı, tıbbın bilgi birikimi ve teknoloji bakımından belirli bir düzeye gelmesiyle; bir dizi ileri takip, tedavi, bakım, destek olanakları geliştirmesiyle olmuştur. Yoğun bakım birimleri; bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle hayatta kalmak için destek gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, mekân ve çalışma düzeni bakımından kendine özgü nitelikleri olan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yirmi dört saat hastanın yaşamsal göstergelerin gözlendiği ve tedavisinin yapıldığı kliniklerdir[6,1].

Günümüzde giderek çoğalması ve çeşitlenmesi söz konusu olan yoğun bakım birimlerinin adlandırılmasında "kritik bakım" ile "yoğun ve kritik bakım" terimleri de kullanılmaktadır. Yoğun bakım tıbbı çok özel eğitim, uygulama, araştırma ve araştırma sonuçlarından yararlanma süreçlerini kapsayan ekip çalışmasının söz konusu olduğu bir alandır[7].

Yoğun bakım felsefesine uygun ilk uygulamaları modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale yapmıştır. Florence Nightingale Kırım Savaşı sırasında kritik hastaları ayrı bir mekânda bir arada toplayarak, deneyimli hemşirelerin gözetimi altında tedavi etmenin daha başarılı sonuçlar vereceğini düşünmüş ve düşüncesini pratiğe dökmüştür[6,8].

Nightingale, "Hemşirelik Üzerine Notlar" (1859) kitabında ameliyathanelerin yanında ayrılan küçük bir odada hastalara operasyonun etkisi geçinceye veya uyanıncaya kadar yoğun bakım verilmesinden söz etmektedir[7].

Yoğun bakımda hasta duyduğu gereksinimleri bazen açık olarak ifade edemeyebilir. Hastanın davranışlarının anlamını keşfetmek için hemşirenin hasta ile birlikte tepkileri paylaşması, gereksiniminin doğasını tam olarak tanımlaması ve bu

gereksinimi karşılamak için uygun hemşirelik girişimlerini ve uygulanan girişimlerin hastaya yardımcı olup olmadığını değerlendirmesi gerekir[9].

Teknolojik ve tıbbi gelişmelerin tümü, fonksiyonel ve işletim ihtiyaçlarını karşılayarak bakım ve tedavi ünitelerinin daha verimli çalışabilmesini sağlamıştır. Hastanelerin sayısı arttıkça ve kullanımı yaygınlaştıkça işletimsel ve fonksiyonel verimliliğin artırılması ihtiyacı ortaya çıkmıştır[10].

1950'lerin sonlarında yoğun bakım üniteleri güncel yaşama geçtiğinde, yaşam bulgular aralıklı olarak bir hemşire tarafından izlenmekte, sürekli ölçümler yapılamamakta ve/veya invaziv işlemler gerekmekteydi. Son yıllarda bilgisayar ve diğer teknoloji kullanımındaki artış, yoğun bakım ünitelerini önemli ölçüde değiştirmiştir[11].

Amerika Birleşik Devletleri'nde, Yoğun bakım Hekimleri Derneği 1988'de, yoğun bakımların tasarımı için bir rehber hazırlamıştır. Bu rehber daha sonra, Yoğun Bakım Hemşireleri tarafından tekrar ele alınmış ve Critical Care Medicine Dergisi'nin 1995 yılında çıkan 23. sayısında yayınlanmıştır. Böylece yoğun bakım ünitelerinin tasarımı için tıp, hemşirelik ve mimarlık görüşlerini içeren, multidisipliner bir rehber ortaya çıkmıştır[12].

Günümüzde yoğun bakım birimlerinde, insan hayatı için ciddi tehdit olan hastalıklara karşı eğitimli personelin ileri teknoloji ürünü donanımı kullanarak mücadele etmesi söz konusudur. Bu birimlerin neredeyse tıbbın tüm dalları için kurulabilmesi olanaklıdır ve bu olanakların kullanımı büyük ölçüde hastanenin bütçe olanaklarına bağlıdır. Yoğun bakım birimleri hastane bütçesinin yaklaşık % 20'sini kullanmaktadır[13].

Yoğun bakım birimleriyle ilgili temel ayrım dahili ve cerrahi yoğun bakım şeklindedir ve yatak sayısı fazla olmayan hastaneler karma yoğun bakım birimleri kurmaktadır. Yoğun bakım gereksinimi sürekli olmayan branşların, gerektiğinde mevcut yoğun bakım birimlerinde hastalarını takip etme yoluna gitmektedir. Yoğun bakım birimleri ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış olup kritik hasta bakımı konusunda eğitilmiş hekim ve hemşire grupları tarafından çalıştırılmaktadır. Günümüzde bu birimler hastalarının durumuna, personelinin niteliklerine, donanımının ve mekânının özelliklerine göre üçe ayrılmakta; üç basamak halinde sınıflandırılmaktadır[13,14,15].

Birinci basamakta temel monitörizasyon (nabız, ateş, kan basıncı, EKG, oksijen satürasyonu) ile takip yapılmakta, müdahale yelpazesinde ise hastanın ilk

stabilizasyonunu, sıvı ve kan ürünleri replasmanı, entübasyon, kardiyo pulmoner resusitasyon yer almaktadır[13,14,15].

İkinci basamak yoğun bakım birimlerinde, birinci basamak yoğun bakım birimlerine göre daha detaylı gözlem ve uygulama yapılabilmekte, tek organ yetmezliği olan hastalara destek tedavileri (diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez, mekanik ventilasyon) verilebilmektedir[13,14,15].

Üçüncü basamak yoğun bakım birimlerinde beyin cerrahisi, kardiyovasküler cerrahi, ciddi travma vakaları gibi durumu ağır, yüksek riskli hastalar takip edilmektedir. Bu birimlerin olanaklarıyla, solunum yetmezliği veya çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike durumlara karşı mücadele edilebilmekte; solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerinin hepsi yapılabilmektedir. Üçüncü basamakta yer alanlar en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen yoğun bakım birimleridir[13,14,15].

Yoğun bakım birimleri tıbbi aktivite ve hasta bakımı açısından hastanelerin diğer birimlerinden ayrı ve kimi zaman ayrıcalıklıdır. Yerleşim biçimi, teknik donanım, insan gücü ve profesyonel beceri açısından kendilerine özgü nitelikleri vardır. İdeal bir yoğun bakım biriminde medikal ve paramedikal personelin özellikleri, teknik donanımın kapsamı ve hasta bakım kriterleri kesin şekilde tanımlanmış olmalıdır[13,14].

2.1.2.Serebro Vasküler Olay

Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi edilen nörolojik hastalıklar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kronik hastalıklar sınıflamasında yer almaktadır[16].

Beyin damar hastalıkları (BDH)- serebrovasküler hastalıklar (SVH)- terimi beynin bir bölgesinin geçici veya kalıcı olarak, iskemi veya kanama nedeniyle etkilendiği ve/veya beyni besleyen damarların patolojik bir süreç ile doğrudan tutulduğu tüm hastalıkları kapsar (Şekil 1)[17,18,19].

A-	Asemptomatik BDH
B-	Fokal beyin disfonksiyonu ile giden BDH
1-	Geçici iskemik ataklar (GİA)
2-	İnme
a)	İskemik inme (serebral infarkt)
b)	Kanayıcı inme (beyin kanaması, subaraknoid kanama)
C-	Vasküler demans
D-	Hipertansif ensefalopati

Şekil 1**:** Beyin damar hastalıklarının (BDH) klinik sınıflaması

Asemptomatik BDH kategorisi vasküler hastalığa ait serebral veya retinal semptomları olmayan hastaları ifade etmektedir[19].

Geçici iskemik ataklar (GİA)-" ***transient" iskemik ataklar (TİA)-*** terimi iskemik kökenli olduğu düşünülen, genellikle bir damar alanına lokalize edilebilen, kısa (tanım gereği maksimum 24 saat), fokal serebral fonksiyon kaybı epizodlarını ifade eden klinik bir kategoridir[19].

Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre, *inme*; vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterize klinik bir sendromdur[19].

İnme sadece gelişmiş ülkelerde değil, tüm dünyada da koroner kalp hastalığı ve tüm kanserlerin ardından üçüncü sıklıkta gelen ölüm nedenidir[20]. Amerika Birleşik Devletlerin'de her yıl yaklaşık 700000 inme ve kabaca 600000 iskemik lezyon ve 100000 intraserabral veya subaraknoid kanama ve bunlara bağlı olarak gelişen 175000 ölüm gerçekleşmektedir[21].

Vasküler demans, iskemik veya kanayıcı inme veya iskemik-hipoksik beyin lezyonları sonucu gelişen, günlük yaşam aktivitelerini bozacak ölçüde ağır kognitif tutulum ile karakterize, kompleks bir hastalık olarak tanımlanabilir[19].

Hipertansif ensefalopati sendromu, sıklıkla kan basıncı iyi kontrol altında olmayan kronik hipertansiyonlu hastalarda ortaya çıkar. Kan basıncının hızla yükselmesi ile birlikte baş ağrısı, bilinç bozukluğu, epileptik nöbetler ve bazen geçici nörolojik defisitler görülür[19].

Beyin damar hastalıklarında risk faktörleri; inmenin alt tipi, risk faktörünün değiştirilebilirliği ve inme ile ilişkisinin bilimsel kesinliği dikkate alınarak sınıflanabilir. Şekil 2'de İskemik inme ile ilişkili risk faktörleri sıralanmıştır[19,22,23].

I-Değiştirilemeyen risk faktörleri

- Yaş
- Cins
- Soygeçmişte inme veya GİA öyküsü
- Irk
- Düşük doğum tartısı

II- İnme ile ilişkisi kesin ve değiştirilebilen risk faktörleri

- Hipertansiyon
- Kalp hastalıkları (atriyal fibrilasyon, koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği)
- Sigara
- Diyabet
- Yüksek kan kolesterolü ve lipidler
- Diyet, obezite, fizik inaktivite
- Menopoz sonrası hormon tedavisi
- Orak hücreli anemi
- Asemptomatik karotis stenozu

III- İnme ile ilişkisi veya değiştirilmesinin etkisi kesin olmayan risk faktörleri

- Metabolik sendrom
- Hiperhomosistinemi
- Alkol kullanımı
- Madde kullanımı
- Oral kontraseptif kullanımı
- Hiperkoagülabilite
- Lipoprotein (a) yüksekliği
- İnflamatuvar süreçler
- Migren
- Uyku apnesi

Şekil 2: İskemik inme risk faktörleri

2.2.Konfor

Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğin uygulamalarında kullanılabilecek bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Bu bilgi, özellikle davranış ve sosyal bilimler alanında sıklıkla kavram ve kuram terimleri ile açıklanır. Hemşirelik mesleği de geçmişten günümüze dek, sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerle kendini yenilemeyi başaran, birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplinidir. Bu nedenle hemşirelik uygulamalarının bilimsel bir temele oturtulması gereği vardır. Hemşirelik bilimselleşme yolunda alt yapısını oluştururken ilgili kavramları açıklamak ve tanımlamak zorundadır. Kendi kavramlarını açık seçik tanımlamak ve aydınlığa kavuşturmak her bilimin görevidir [9,24].

Kavram geliştirme sadece belirli bir zaman aralığı ile sınırlı değildir. Birey yaşamı boyunca yeni kavramlarla ya da aynı kavramla farklı düzeylerde ve farklı konumlarda karşılaşabilir. Her karşılaşmada genelleme, bütünleştirme ve ayrıştırma işlemini yapar. Bazen de kavramlar arasındaki ilişkilerden yola çıkarak, genellemelere gidebilir[9].

Hemşireler sistematik olarak bakım vermeye başladıktan sonra, çeşitli kavramları kullanmaya başlamışlar, konfor (rahatlandırma), bakım, iletişim, gibi kavramlar kuram geliştirme çalışmalarının temelini oluşturmuştur. Hemşirelerin disiplin olarak ilgili olduklarını ifade ettikleri konfor kavramının geniş tarihsel boyutları Nightingale'in çalışmalarına dayanmakta, kavram eski ve yeni hemşire kuramcıların yayınlarında yer almaktadır[25,26].

Kolcaba'nın 1988 yılında geliştirdiği konfor kuramı; karşılanan ya da karşılanmayan bireysel gereksinimlerin yoğunluğuna göre ferahlama, rahatlama ve bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesini ifade eden üstünlük olmak üzere üç düzeyde ve holistik yaklaşımdan kaynaklanan fiziksel, psikolojk, sosyokültürel ve çevresel olmak üzere dört boyutta ele alınmaktadır[25,26,27].

Kolcaba, birinci aşamada, konfor kavramı düzeylerini karşılanan ya da karşılanmayan bireysel gereksinimlerin yoğunluğuna göre ferahlama, rahatlama ve bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesini ifade eden üstünlük olmak üzere üç düzeyde ele almıştır. İkinci aşamada da holistik görüşe göre temellendirdiği konfor kavramı boyutlarını fiziksel, psikospritüel, sosyokültürel ve çevresel olmak üzere dört boyutta ele almıştır. Kolcaba ardından oluşturduğu taksonomik yapıyı test etmek üzere

48 maddeden oluşan, 4'lu likert tipte Genel Konfor Ölçeği(GKO) geliştirme çalışmalarına başlamış ve sonuçlarını 1992 yılında yayınlamıştır. Ardından 1994 yılında konfor kuramını geliştirerek 2003 yılında da "Comfort theory and practice: a vision for holistic care and research" (Konfor kuramı ve uygulama: bütüncül sağlık bakımı ve araştırma için bir görüş) adlı kitabı yayınlamıştır. Ülkemizde Genel Konfor Ölçeğini Kuğuoğlu ve Karabacak 2008 yılında yapmış olduğu çalışma ile Türkçeye uyarlamıştır[25,26,28,29].

Kolcaba'nın konfor kuramı ile hastanın var olan destek sistemleri ile karşılanmayan konfor belirlenir, belirlenen gereksinimlerini karşılamak üzere girişimler planlanır, girişimlerin başarıya ulaşmasını etkileyen değişkenler dikkate alınır ve değerlendirilir. Hastada beklenen sonuç konforda artıştır[29].

Konfor kavramına benzer ve farklı kavramlar irdelendiğinde ise karşımıza rahatlık ve ergonomi kavramları çıkmaktadır. Konforu içeriksel açıdan ifade edersek; konfor, ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamanın o andaki deneyimidir. Konforun sonucunda bireyde oluşabilecek tepkilere baktığımızda; ferahlama, rahatlama ve üstünlük karşımıza çıkmaktadır[25,26,30].

Konforu örneklememiz gerekirse; Fiziksel Konfor bedensel algılarla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen uyku ve dinlenme, hastalığa karşı tepkileri, beslenme ve hidrasyon düzeyi ile atıkların elimine edilmesi gibi fizyolojik faktörleri içermektedir. Psikospiritüel konfor, akılsal, ruhsal ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam veren öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik, meme kanseri tanısı ve ardından gelen radyoterapi ile baş etme ve kendinin farkında olma ile ilgili duyguları kapsamaktadır. Çevresel konforun tanımı dış etkenler, durumlar ve bunların üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Sosyokültürel konfor ise kişilerarası ilişki, aile ve finansal destek, eğitim gibi konuları içeren sosyal ilişkilerden oluşmaktadır. Ayrıca aile öyküsü, gelenekler, dil, giyinme biçimleri gibi kültürel boyut da eklenebilir[25,26,30].

Kolcaba ve Fox yaptıkları çalışmada, meme kanserli radyoterapi alan kadınların yaşadıkları anksiyete ile konforları arasında ilişki olduğunu; anksiyete artışının bireylerde konforu olumsuz etkilediğini göstermiştir[30].

Sonuç olarak; Yoğun bakıma, Serebro Vasküler Olay tanısıyla yatan hastaların uzun süre yatmaları nedeniyle konforları hastalıkları ve hastalıklarının neden olduğu sorunlarla birlikte yatağın rahatlığı, odanın ısısı, gürültü gibi nedenlerle değişebilmektedir. Yoğun bakımlarda hastaların sadece tedavileri değil, onlar için olabilecek en konforlu bakımı sağlayabilmek yoğun bakım çalışanları için en önemli yaklaşımlardan biridir[31].

Bu anlamda sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin, sağlık bakımında bireyin konfor gereksinimlerini tanımlamak, karşılanamayan gereksinimlere yönelik hemşirelik girişimlerini uygulamakla sorumlu olduğu belirtilmektedir[27,32].

2.3.Anksiyete

19. yüzyılın sonlarına doğru bazı bilim adamaları, kalpte meydana gelen çarpıntıların bazılarının fizyolojik nedenlerden çok psikolojik nedenlerden kaynakladığını ileri sürmüşlerdir. 1894'te Freud, Lopez Ibor'un "angst" sözcüğü, İngilizce'de "anxiety" karşılığında kullanılmıştır[33,3435].

Birçoğumuz, hayatının herhangi bir döneminde endişe, korku ve anksiyete durumları ile karşılaşır. İnsan yaşamındaki çeşitli stresörler organizmanın zorlanmasına ve buna bağlı olarak kaygı düzeyinin artmasına neden olur. Anksiyete, stres sonucu psikolojik alanda ortaya çıkan tepkidir[36].

Modern dünya insan yaşamını daha verimli ve stressiz yapmak için tasarlanmış yeni teknolojik aletlerle doludur. Çoğumuz için tüm bu modern cihazlara sahip olmanın stresi azaltmakta yetersiz kalması bir yana stresi arttırdığı görülmektedir[37].

Freud, insanın ilk anksiyetesini doğum sırasında yaşadığını çünkü güvenli, sakin bir ortamdan bilinmeyen bir takım uyarılarla dolu bir ortama geçiş ve fizyolojik gereksinimlerin otomatik olarak karşılanmamasının, bebekte ilk anksiyete duygusunu yarattığını ifade etmektedir. Anne yoksunluğunun algılanması organizmanın yaşamındaki algıladığı ilk tehdit niteliğini taşıdığı için primer anksiyeteyi ortaya çıkarır[37,38].

Anksiyete, korku, fobi, stres gibi kavramlar günlük yaşamda, literatürde duygu ve anlam birliği içinde birbirinin yerine kullanılabilmektedir[37,38].

2.3.1.Anksiyete İle İlgili Tanımlar

Anksiyete;

Belirsiz, spesifik olmayan bir tehdide karşı otonom sinir sistemi aktive olan ve huzursuzluk yaşayan birey ya da grubun durumudur[32].

Kişinin değer sistemi ya da güvenlik örüntüsüne spesifik veya belirli olmayan bir tehdide karşı otonom sinir sisteminin aktive olması sonucunda yaşanan belirsiz bir huzursuzluk ve endişe duygusudur[39].

Anksiyete tetikte olunması için gelen uyarıdır. Anksiyete, bilinmeyen, içten gelen, belirsiz ve kökeni ruhsal çatışmalara dayalı tepkidir[40].

Bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir[41].

Zihin Fonksiyonları ile orantılı olarak ortaya çıkan psikolojik gerginliktir[35].

NANDA tarafından, bireyin güvenliği tehdit altında olduğunda, gerginlik, endişe ve kaygı hissetmesi durumudur diye tanımlanmıştır[42].

2.3.2.Anksiyete Tipleri

2.3.2.1.Objektif ve Gerçekçi Anksiyete: Gerçekçi ve normal olarak tanımlanır. Her hangi bir tehlike veya tehdit karşısında geçici olarak oluşur. Tehlike bir dış uyarıcıdır, gözlemlenir ve yaşam boyunca zaman zaman tüm insanlar tarafından yaşanabilir.

2.3.2.2.Nevrotik Anksiyete: Bu anksiyete bireyin kendisinden kaynaklanan genel bir uyarılmışlık ve endişe durumudur. Bireyin baskılanmış cinsel ve saldırganlık duygularından oluşan bir iç tehlikeden kaynaklanır ve patolojik olarak tanımlanır.

2.3.2.3.Moral Anksiyete: Bireyin duyduğu içsel suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur. Bireyin duygu, düşünce ve belleğindeki çelişki ve çatışmaların sonucu ortaya çıkar[35,41].

2.3.3.Durumluk ve Sürekli Kaygı Kavramlarının Tanımlanması

2.3.3.1.Durumluk Kaygı (A-State): Kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Bireyin gerilim ve huzursuzluğunun belirtisi olarak otonom sinir sisteminin uyarılmasına bağlı terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler görülebilir. Stresin yoğunluğuna paralel olarak durumluk kaygı seviyesi yükselir, etken ortadan kalktığında ise düşer[43].

2.3.3.2.Sürekli Kaygı (A-Trait): Kişi içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılar ve yorumlar. Objektif olarak herhangi bir tehlike veya tehdit yokken kişinin bazı durumlar tehlikeli ve tehdit edici olarak yorumlaması sonucunda hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusuna sürekli kaygı hali denir. Kaygı seviyesi yüksek kişiler çok hassastırlar ve kolaylıkla karamsarlığa bürünebilirler. Bu kişiler, durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun yaşarlar[43]

2.3.4.Anksiyetenin Oluş Nedenleri

Anksiyetenin psikolojik ve biyolojik nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir.

2.3.4.1.Psikolojik varsayımlar

Psikolojik anksiyete kendi arasında psikonalitik, davranışçı ve bilişsel olarak üç varsayıma dayanmaktadır[41].

Psikoanalitik varsayım görüşüne göre anksiyete temelde bir iç çatışmanın (intrapsişik) ürünüdür. Buradaki çatışma benlik ile alt benlik, ya da benlik ile üst benlik arasında oluşabilir. Alt benlikten haz ilkesi doğrultusunda doyum arayan dürtüler üst benliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benlik bunlar arasındaki çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa (represyon) sorun çözülür. Benlik çatışmayı çözemezse, bastıramazsa bunu tehlike olarak algılar. Bütün bu süreç bilinç dışında yaşanır. Bilinç alanında ise ortaya anksiyete çıkar. Buna “serbest yüzen anksiyete” denir. Eğer bastırma işe yaramadığında bu çatışmayla baş etmek için diğer savunma düzeneklerini kullanırsa kullandığı savunma düzeneğine göre diğer anksiyete bozukluklarının klinik tabloları gelişir[41].

Davranışçı görüşe göre anksiyete öğrenilmiş bir süreçtir. Koşullu uyaranlar koşulsuz tepkilere neden olur. Ayrıca sosyal öğrenme ile ailenin tepkileri de model olarak alınır[41].

Bilişsel (kognitif) varsayıma göre anksiyetenin nedeni olayın kendisi değil, bu olayın kişi tarafından nasıl yorumlandığı, nasıl algılandığıdır. Olayların çarpıtılmış düşünce örüntüleriyle algılanması sonucunda anksiyete ortaya çıkar[41].

2.3.4.2.Biyolojik varsayımlar

Anksiyete bozukluklarında otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin arttığı, buna bağlı olarak fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyokimyasal olarak yapılan çalışmalarda nörotransmiterler üzerinde durulmakta, noradrenalin ve seratonin düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Ayrıca bazı nörokimyasal maddelerin (sodyum laktat gibi) verilmesiyle yapay olarak panik nöbetleri ortaya çıkarılabilmektedir. Bunların dışında kalıtımsal bir yatkınlığın olduğundan da söz edilmektedir[41].

2.3.5.Anksiyete Bozukluğu ve Organizmaya Genel Etkileri

Anksiyete bozuklukları her yaşta en sık rastlanan ruhsal rahatsızlıktır. Yaşlı hastalarda anksiyete bozukluklarının özellikle yaygın anksiyete bozukluğunun tanısını koymak güçtür, çünkü belirtiler, çeşitli fiziksel hastalıklar ve bunların tedavisi için verilen ilaçların sebep olduğu organik kökenli anksiyete durumu ile karışmaktadır[44].

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan büyük alan araştırması kapsamında 65 yaşın üzerindeki kişilerde anksiyete bozukluklarının bir aylık prevalansı %5,5 olarak bulunmuştur. Bunlar arasında en sık görülen fobilerdir(%4-8); panik bozukluklar ise, ancak %1 oranındadır; genelleşmiş anksiyete bozuklukları 65 yaşın üzerinde %1-2,2 oranında görülmektedir[45].

Anksiyetenin belirtileri psişik, fiziksel ve bilişsel olarak üç grupta incelenebilir. Hastada hafif bir sıkıntı hissinden, şiddetli bir kontrolünü kaybetme, çıldırma ya da ölüm korkusuna kadar uzanan geniş bir yelpazede yer alan duygusal belirtiler psişik olarak tanımlanır. Taşikardi, çarpıntı hissi, göğüs ağrısı, baygınlık hissi, ağrı, sızı, seğirme, ürperme, yorgunluk, baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük, yutma güçlüğü, karın ağrısı, bulantı, diare, sık idrar, sıkışma hissi, cinsel

bozukluk, menstruasyon sorunları, ağız kuruması, terleme, baş ağrısı, ateş basması, ellerin buz gibi olması, hiperventilasyon gibi sistemlere ait belirtiler fiziksel olarak değerlendirilir Depersonalizasyon, derealizasyon gibi algı bozuklukları, yer, zaman, kişilerle ilgili yanılsamalar şeklinde kendisini gösteren konfüzyon, olayların anlamını değerlendirmede yanlışlıklar, konsantrasyon bozukluğu ve hatırlama güçlüğü anksiyete durumlarında ortaya çıkan başlıca bilişsel belirtilerdir[35].

Hastane ortamı, özellikle yoğun bakım üniteleri, bireyler için son derece önemli anksiyete kaynağıdır. Yoğun bakım ünitelerinin başarısı, hastaların sadece hayatta kalması ile değil, aynı zamanda fiziksel ve psikolojik olarak maruz kalacakları anksiyetenin minimum seviyede tutulması ile değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda, yoğun bakım hemşirelerinin amacı; bireyin fizyolojik, psikolojik, emosyenel ve sosyal dengesini en iyi duruma getirmek ve yaşamına doğrudan etki eden bireysel bakımı sağlamaktır[4].

2.4.Ağrı

2.4.1.Ağrının Tanımı ve Tarihçesi

Ağrı Türkçe bir kelimedir. Divan ü Lügat-it Türk adlı ilk sözlüğümüzde (XI. yüzyıl), "ağrımak" ve "ağrığ" kelimeleri vardır. Bütün dillerde olduğu gibi Türkçe'de de ağrının en eski sözcüklerden biri olma olasılığı yüksektir. Açlık, susuzluk gibi acı ve ağrı duygusu canlılığa zorunlu olarak eşlik eder[46].

Latince ceza, işkence, intikam anlamında "poena" sözcüğünden gelen ağrı (pain), tanımı oldukça güç bir kavramdır. Subjektif bir algılama olan ağrının çok farklı tanımları yapılmıştır[46].

Türk Dil Kurumu ağrıyı vücudun herhangi bir yerinde duyulan sürekli ve şiddetli acı olarak tanımlamıştır[47].

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) tarafından yapılan tanımlamaya göre; Ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, kuvvetli bir doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmişte edindiği, subjektif, primitif protektif deneyimleri ile ilgili, sensoryal, hoş olmayan emosyonel bir duyum, davranış şeklidir [46,48,49].

2.4.2.Ağrı Sınıflaması

Ağrıyı değişik biçimlerde sınıflamak mümkündür. Ağrının sınıflanması ağrıya yaklaşımda önemli noktalardan birisidir. Ağrının daha ayrıntılı olarak ele alınması, değerlendirilmesi bu sınıflamalarla daha da kolaylaşmaktadır. Ağrıyı: fizyolojik - klinik, süresine, kaynaklandığı bölgeye, mekanizmalarına göre, sınıflamak mümkündür[50].

2.4.2.1.Fizyolojik- Klinik Ağrı Sınıflaması

Fizyolojik ağrı, yoğun ağrılı uyarana karsı koruyucu bir yanıttır. Ateşten ya da vücuda zarar verecek, tahribata yol açacak uyaranlardan kaçmak için nosiseptörlerin uyarılması ile birlikte bir kaçma kurtulma reaksiyonu baslar. Bu nedenle fizyolojik ağrı vücut için hem bir koruma hem de uyarı sistemidir[50].

Klinik ağrıda ise olaya birçok fizyopatolojik süreç katılır. Deri ve başka dokulardaki ağrı reseptörlerinin tümü serbest sinir uçlarıdır. Uyarılar bu reseptörlerle spinal korda taşınır, oradan da spinotalamik yollarla beyne iletilir. Ağrı duyulur, düşünce bilgi ve geçmiş deneyimlere dayanılarak ağrı kaynağının yeri bulunur ve davranış geliştirilir[50].

Ağrı algılanması periferdeki ağrı reseptörlerinin uyarılması ile baslar. Ağrıyı algılayan reseptörlere “nosiseptör” adı verilir. Nosiseptörler vücut içinde, deride, kan damarlarında, derialtı dokusunda, kaslarda, fasiyada, periostta, vissera ve eklemlerde bulunan serbest sinir uçlarıdır. Nosiseptörler mekanik, termal ve kimyasal uyaranlara yanıt veririler[51,52].

2.4.2.2.Süresine Göre Ağrı Sınıflaması

Süresine göre ağrıyı, akut ve kronik ağrı olarak sınıflanabilen, ağrının tıpta ayrı bir dal, algoloji olarak gelişmesinde bu sınıflamanın büyük yararı olmuştur[50].

Akut ağrı bir saniyeden daha uzun altı aydan daha kısa süren, bir rahatsızlık duygusu ya da şiddetli rahatsızlığı olduğunu bildiren ve bunu yaşayan bireyde ki durumdur. Akut ağrı ani başlar ve hastanın hekime başvurması için bir uyarı işlevi görür. Ani olarak doku hasarı ile başlayan, neden olduğu lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkinin olduğu, yara iyileşmesi süresince giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklidir[42,50,53].

Akut ağrılı hastalığın olağan seyrinden veya bir yaralanmanın iyileşme süresinden çok daha uzun altı aydan fazla, hatta yıllar boyu, aralıklarla devam eden ağrıya kronik ağrı adı verilir[42,54].

Ağrı, birinci basamak sağlık merkezine başvuran hastaların en sık yakınma nedenidir ve bu hastaların yaklaşık %10- 20'si kronik ağrıdan yakınmaktadır. Genel bir sağlık uygulaması örneğinde, tıbbi tedaviye ihtiyacı olan kronik ağrılı hastaların yüzdesi %14 olarak tespit edilmiş ve bunların da % 6'sının ağrı nedeniyle ciddi maluliyette oldukları saptanmıştır[54].

Çeşitli kronik ağrılar akut ağrılardan daha farklı bir biçimde, endüstri toplumlarının sağlık sistemlerinde tedavi maliyetlerini yükselten bir ekonomik boyut içerir hale gelmektedir. Dünyada her yıl kronik ağrıya bağlı olarak 700 milyon işgünü ve 60 milyar dolar zarar meydana geldiği tahmin edilmektedir[55].

2.4.2.3.Kaynaklandığı Bölgelere Göre Ağrı Sınıflaması

Somatik, visseral, sempatik ağrı biçiminde kaynaklandığı bölgeye göre sınıflama yapılır[50,56].

Somatik ağrı, daha çok somatik sinir lifleriyle taşınan ağrıdır. Ani olarak başlar, keskindir, iyi lokalize edilir, batma, sızlama, zonklama tarzındadır. Sinirlerin yayılım bölgesinde algılanır. Genellikle travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülen ağrı somatik ağrı olarak adlandırılır[50,56].

Visseral ağrı, iç organlardan kaynaklanan ağrılardır. İç organların tümü ağrıya karşı her zaman hassas değildir; örn; bağırsaklar. Bağırsaklarda meydana gelen gerilme organların çeperinde bulunan sinir liflerini uyararak ağrıya yol açabilir[50,56].

Sempatik kökenli ağrılar sempatik sinir sisteminin işin içerisine girdiği/tutulduğu ağrılardır. Sempatik kökenli ağrılar diğer ağrılara göre daha farklı özellikler taşır. Primer hastalık geçtikten bir süre sonra, haftalar hatta aylar sonra başlar, şiddeti gittikçe artar. Deri hassas ve soğuktur. Soğuk ortamda daha da artar[50,56].

2.4.2.4.Mekanizmalarına Göre Ağrı Sınıflaması

Ağrı alanında önemli bir diğer sınıflama; ağrının mekanizmalarına göre sınıflanmasıdır. Bu sınıflama biçimi, ağrı tedavisine yeni boyutlar kazandırmıştır. Ağrının belirli bir mekanizmayla ortaya çıkması gibi, analjezikler de belirli biçimlerle,

belirli mekanizmalarla etkili olurlar. Bu nedenle, ağrının mekanizmasının ve ağrı kesicilerin etki mekanizmasının bilinmesi ağrının çok daha kısa sürede ve daha etkin bir biçimde tedavisine olanak sağlar[50,56].

Mekanizmalarına göre ağrı aşağıdaki biçimde sınıflanabilir:

- Nosiseptif ağrı
- Nöropatik ağrı
- Deaferantasyon ağrısı
- Reaktif ağrı
- Psikosomatik ağrı

Nosiseptif ağrı fizyopatolojik bir takım olayların ve süreçlerin nosiseptör adını verdiğimiz ağrı algılayıcılarını uyarmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Nosiseptörlerin çeşitli somatik kökenli ağrılarda Visseral ağrılarda olduğu gibi uyarılmasıyla genellikle ağrı olarak bildiğimiz ve tanımladığımız ağrı ortaya çıkar. Nosiseptif ağrının tedavisinde çeşitli periferik etkili analjezikler (nonsteroid antiinflamatuarlar), opioidler gibi merkezi etkili analjezikler kullanılabilir[50,56].

Nöropatik ağrı, periferik sinirlerde, incinme veya metabolik bir hastalık sonucunda nosiseptörlerin doğrudan etki altında kalmasıyla ortaya çıkan bir ağrıdır. Disk hernisin de olduğu gibi mekanik bir incinme doğrudan nöropatik ağrıya yol açabilir. Ya da diyabetik nöropatilerde olduğu gibi salgılanan çeşitli metabolikler sinir dokusu üzerine etkileyerek nöropatik ağrıya yol açabilir[50,56,57.]

İlginç ağrı tiplerinden birisi de deafferentasyon ağrısıdır. Periferik veya Merkezi Sinir Sistemindeki (MSS) lezyonlara bağlı olarak somatosensoryal uyaranların MSS' deki iletiminin kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Deafferentasyon ağrılarına örnek olarak brakial pleksus avülsiyonu, postherpetik nevralji, travmatik paraplejiler, fantom ağrısı verilebilir[50,56].

Vücudun çeşitli olaylara karşı bir reaksiyonu olarak, motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla reaktif ağrı ortaya çıkar. Halk arasında kulunç olarak bilinen miyofasyal ağrı sendromları, refleks sempatik distrofiler, reaktif ağrılara örnek olarak verilebilir[50,58].

Psikosomatik ağrıda hastanın psişik ya da psikososyal sorunlarını ağrı biçiminde ifade etmesidir. Buna örnek olarak somatizasyon dediğimiz klinik durum verilebilir.

Hasta bir anlamda ağrıyı kullanmakta, çeşitli kişisel, ekonomik ve toplumsal sorunlarını ağrı biçiminde ifade ederek ilgi çekmeye ve toplumun kendisi üzerinde dikkatini toplamaya çalışmaktadır. Bu tip hastalarda antidepresan ilaçların yanı sıra mutlaka psikiyatrik tedavi şarttır[34,50,56].

2.4.3.Ağrı Ölçüm Yöntemleri

Ağrı, tanımından da anlaşılabileceği gibi sonuçta subjektif bir duygudur. Bu nedenle objektif yöntemlerle kolaylıkla ölçülemeyebilir[58,59].

2.4.3.1.Tek Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçekleri kendi arasında, Sözel kategori ölçeği, Sayısal ölçekler, Görsel Kıyaslama Ölçeği, Burford Ağrı Termometresi olarak dört çeşidi bulunmaktadır[58,59].

Sözel kategori ölçeği basit tanımlayıcı ölçek olarak da adlandırılmakta olup, bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır. Hastadan bu kategorilerden durumuna uygun olanı seçmesi istenir[53,58,59].

Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan sayısal ölçek yöntemi, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar. Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10-100) düzeyine kadar ulaşır[50,53,58,59].

Görsel Kıyaslama Ölçeğinin bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler. Görsel Kıyaslama Ölçeği' nin ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir[50,53,58,59].

Bilimsel araştırmalarda da sık kullanılan bu skalanın adı Visual Analogue Scale (Görsel Analog Skalası-VAS) dır. Bunun yanı sıra ağrının yeri, yoğunluğu, niteliği, seyri, arttıran ve azaltan etkenler, birlikte görülen semptomlar, günlük etkinliklere etkisi, analjeziklerin ve diğer ağrı kontrol yöntemlerinin etkisinin tek tek değerlendirilmesi gerekir[50,53,58,59].

Burford ağrı termometresinin ülkemizde kullanımı henüz yaygın değildir. Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Bu bağlamda; 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz

ağrıyı tanımlamaktadır. Ancak Burford Ağrı Termometresinde analjeziklerin dozunu ayarlamada hatalar olabilir. Ayrıca bu ölçek ağrıyı etkileyebilen tüm faktörleri içermemektedir. Bunun yanı sıra hemşirenin ve hastanın ağrı şiddeti ve uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin yorumlarına yer vermesi diğer ölçeklere göre bir üstünlük olarak kabul edilmektedir[50,58].

Ağrı ölçümleri hasta veya hemşire tarafından veya her ikisi tarafından uygulanabilir. Ağrı ölçümünde kullanılacak yöntemin belirlenmesinde dikkate alınması gereken özellikler; yöntemin geçerli ve güvenilir olması, basit ve kolay anlaşılabilir olması, hasta ve hemşireye ek yük getirmemesi, tedavi etkinliğini gösterebilmesidir[50,58].

2.4.3.2.Çok Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ağrı ölçeklerinin kullanım sınırlılığı ağrının kompleks doğasını yeterince ortaya koyamamasından kaynaklanmaktadır. Bazı araştırmacılar tek boyutlu ölçeklerden kaynaklanan eksikliği gidermek için ağrının değişik yönlerini ortaya koyan çok boyutlu ölçekler geliştirmişlerdir. Çok boyutlu ölçeklerin ağrıyı tüm yönleriyle ele almalarına karşın, tek boyutlu ölçeklere göre ağrı değerlendirmesinin daha uzun sürmesi ve birçoğunun anlaşılmasının güç olması, bu ölçeklerin özellikle akut ağrıda ya da tedavi etkinliğini değerlendirmede ağrı şiddetini ölçmek amacıyla kullanımını sınırlamaktadır. Ancak kronik ağrılarda ağrının tüm yönlerini değerlendirmek amacıyla belirli zamanlarda uygulanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir[50,58,59].

Çok Boyutlu Ölçeklerin; Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu, Dartmountn Ağrı Soru Formu, West Haven-Yale, Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi, Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Ağrı Algılama Profili, Davranış Modelleri şeklinde çeşitleri vardır[58,59].

Yoğun bakım hastalarının çok sayıda ağrılı uyaranla karşılaşmasına, büyük bir kısmının ağrı çekmesine karşın, bu sorunun ne kadar ele alındığı ve giderilmeye çalışıldığı da tartışma konusudur. Hastanın kendisinin ağrıyı bildirmesi en önemli belirleyicidir. Ancak bu yoğun bakım hastaları için her zaman mümkün değildir. Bu nedenle, yoğun bakım ünitelerinde hemşirelere hastanın yerine düşünme ve hissetme zorunluluk ve sorumluluğu yüklenmektedir. Hemşireler ağrıya önem vermesi, analjezi yaklaşımlarını gerektirdiği gibi planlaması ve uygulaması, alternatif tedavi

yöntemlerinden müzikle tedaviyi hastalara uygulaması, yoğun bakım ünitelerinde ağrı sorunun sürekliliğinin engellenmesine önemli katkıda bulunacaktır[2].

2.5.Müzik Ve Tedavi

2.5.1.Müziğin Tanımı

Müzik, duygu ve düşünceleri seslerle anlatan ya da sesleri düzen ve estetik anlayış içerisinde ifade eden bir sanattır. Müziğin, bu özelliği ile sadece bir eğlence aracı olmadığı, insanın ruh, duygu ve düşünce dünyasını da yansıtan bir kavram olduğunun anlaşılması, müziğin insanlar üzerindeki etkileri konusunda birçok bilimsel araştırmaya olanak sağlamıştır[5].

Müzik, insanlar arasında sanat yoluyla iletişim kurma vasıtası olup, asırlardır insanların iç dünyalarındaki sevgiyi, hasreti, duyguları ifade etme aracı olarak kullanılan lisandır. Başka bir deyişle müzik, insanların iç dünyalarını ve dolayısıyla davranışlarını değiştirebilecek etki mekanizmasıdır[60].

İnsanlar ruhsal ve bedensel rahatsızlıkları ortadan kaldırabilmek için yüzyıllar boyu çeşitli tedavi yöntemleri kullanmışlardır. Müzik, geçmişten günümüze kadar birçok nedenden dolayı sağlık bakım ortamlarında kullanılmaktadır. Müzik çeşitli psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda (zeka geriliği olan çocuklarda, otistik çocuklarda, nevrotik hastalarda, madde kullanım bozukluğu olan hastalarda), yoğun bakım ünitelerinde (kardiyak bakım, yeni doğan yoğun bakım üniteleri gibi), ana çocuk sağlığı alanlarında (pediyatri, doğumhane, kadın hastalıkları, kreş gibi) ve ameliyathanelerde kullanılmaktadır. Müzikle tedavi de, yerini günümüze kadar koruyabilen bir tedavi yöntemidir[61].

2.5.2. Müziğin Tarihçesi

Aslı Yunanca olan müzik kelimesi, dünyanın her yerinde aynı anlamı taşımaktadır. Müzik, “musica” sözcüğünden gelmiştir. Musica da Eski Yunanca’da “mousike” veya “mousa”’dan alınmıştır. Birçok araştırmacı bu kelimenin etimolojisinin “muse – melek” anlamına geldiğini savunmaktadır. Mitolojiye göre Yunanlıların en büyük tanrısı Zeus’un kızları sayılan dokuz peri kızına “mousa” (müz) adı verilirdi. Eski Yunanlılar bu peri kızlarının tüm dünyanın güzelliklerini ve ahengini

düzenlemekle görevli olduklarına inanırlardı. Bugün hemen hemen tüm dillerde var olan müzik sözcüğünün "müz" kökünden türemiş olduğu kabul edilmektedir[62].

İlkel insanlar, hastalıkların kötü ruh veya cin adı verilen varlıklar tarafından meydana getirildiğine inanırlardı. Bu kötü varlıklar; sihirbaz, hekim veya şaman tarafından kontrol altına alınırdı. İlkel insanlar, müziğin ilahi bir gücü olduğuna ve iyileştirici etkilerinin bulunduğuna inanmışlardır. Müzik, dans, ritim ve şarkılar tedavi törenlerinin vazgeçilmez öğeleridir[5].

Müzikle tedavinin tarihi tıp kadar eskiye dayanmaktadır. Çünkü insanlar tedavi araçlarını çoğu kez bir arada kullanmışlardır. Homera, ameliyatlarda müziği kullanmış ve etkili olduğunu göstermiştir. Aesculape ise, sağırlığı tedavi etmek için trampet kullanmıştır. Sokratesin öğrencisi Platon (Eflatun) da M.Ö 400 yıllarında müziğin ahenk ve ritimle, ruhun derinliklerine etki ederek bireye hoşgörü ve rahatlık verdiğini belirtmiştir. Eski Roma'da ise Celcus ve Areteus, müziğin ruhu yatıştırdığı, ruh hastalıklarına iyi geldiğini ifade etmiştir. Mısırlılar da doğum sırasında müziği kullanmışlardır. Büyük Çin filozofu Konfiçyus "müzik yapıldığı zaman kişilerarası ilişkiler düzelir, gözler parlar, kulaklar keskin olur. Kanın hareketi ve dolanımı sakinleşir" ifadesi ile müziğin insanlar üzerindeki etkilerine dikkati çekmiştir[5].

Türklerde müzik, Türk tarihi kadar eskiye gitmektedir. Orta Asya Türk Kültürü en az M.Ö. 1700 yıllarına kadar uzanan yaklaşık 6000 yıllık uzun bir süreyi içermektedir[63,64,65].

Batılıların ruh hastalarını bir hasta olarak kabul etmeyip onlara işkence yaptıkları ortaçağda Türkler onları birer hasta olarak kabul etmiş; ruh sağlığına, ruh hastalarına ve tedavilerine büyük önem vermişlerdir. Ruh hastalıklarının müzikle tedavisini ilk defa düzenli ve bilinçli bir biçimde uygulayan ve bu tedavinin öncülüğünü yapanlar Türkler olmuştur[64].

Orta Asya döneminde kullanılan kopuz veya saz tedavi edici, iyi ruhları çağıran, kötü ruhları kovan önemli bir çalgı olarak kullanılmıştır. Ayrıca Altaylar ve kuzeyinde davullar da hasta tedavisinde ve dini törenlerde özellikle "şamanlar" tarafından kullanılmıştır. Şaman her şeyden önce kendine özgü tekniğiyle, ruhu göklere yükselten veya yer altına indiren bedenin vücuttan ayrıldığını hissettiren bir trans (aşkın) ustasıdır. Kendisi davul çalarak ruhları hükmü altına alır, ölülerle, şeytanlarla, cin ve perilerle irtibat kurarak hastalara şifa dağıtırdı[63].

Daha sonra İslam dini tesiri ile "Baksı" adını alan tedavi eden hekimler Altay, Kaşgar, Kırgız Türklerinde ortaya çıkmıştır. Baksı, seans süresince müzik, şiir, taklit ve dansı sanatkâr bir biçimde birleştirerek hastayı iyileştirmeye çalışmıştır. Kendisinden tamamen geçtiği zaman(trans) yaptığı dansın özellikle iyileştirici bir güce sahip olduğuna inanılmıştır[63].

Türk-İslam kültürü içinde esaslı bir yer edinen musiki özellikle saray ve tekkelerde, mehterhane çevresinde gelişmesini sürdürmüştür. Bu gelişmelerin merkezini ağırlıklı olarak mevlevihane ve enderun oluşturmuştur. Mevlevi ve diğer tarikat mensupları arasında büyük bestekârlar yetişmiş, hem dini hem din dışı musikinin gelişmesi ve ilerlemesi gözlenmiştir. Bektaşilik tarikatı içinde halk müziği varlığını sürdürmüştür[63].

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 boyunca kişiye güçlü bir moral desteği verdiğini belirtmiştir[64].

Müzik 20. yüzyılın ilk yarısında hastane ortamında kullanılmaya başlanmıştır. Thomas Edison'un 1877'de fonografı buluşu ve 1886'da disk kayıt cihazını geliştirmesi ile hastalar üzerinde müziğin etkisi incelenmeye başlanmıştır. Hastanelerdeki ilk müzikle tedavi uygulamaları çoğunlukla anestezi ve analjezi ile birlikte olmuştur. 20. Yüzyılın ortalarında, araştırmacılar müziğin etkilerinin nörolojik temelleri hakkında teoriler geliştirmeye başlamışlar ve müziğin fizyolojik parametreler üzerine etkilerini deneysel olarak araştırmışlardır[3].

Müzik, geçmişten günümüze kadar çeşitli nedenlerden dolayı sağlık bakım ortamlarında kullanılmıştır. Müziğin; stres hormonu kortizolün sentezini yaklaşık % 25 azaltmaya, vücudun tabiî kas gevşeticileri endorfinlerin salgılanmasını artırmaya, ameliyat sonrası sancıları hafifletmeye, böylece sakinleştirici ve ağrı kesici ilâçlara olan ihtiyacı azaltmaya, ameliyatlı hastaların daha hızlı ve hafif ağrılı bir şekilde iyileşmelerine, soğuk algınlığını önlemeye ve ilâç almadan doğumu kolaylaştırmaya yardımcı olduğu bilinmektedir[66].

2.5.3.Müzikle Tedavi

Müzikal seslerin ve melodilerin fizyolojik ve psikolojik etkilerini çeşitli ruhsal bozukluklara göre ayarlamak suretiyle, düzenli bir yöntem altında yapılan tedavi şekline müzikle tedavi denilmektedir. Müzikle tedavi, ruhsal ve bedensel sorunları olan çocukların ve yetişkinlerin psikiyatrik durumlarını belirlemede yol gösterici bir iletişim yöntemidir[65].

Müzikle tedavinin tanımı konusundaki tartışma bilim dünyasında yıllarca sürmüştür. Bazı çevreler müzikle tedaviyi 'alternatif' bir tedavi yöntemi olarak, bazıları da sadece bir 'rehabilitasyon' yöntemi olarak kabul etmiştir[5,62].

Prof. Dr. Rasim Adasal'a göre; Müzikle tedavi; müzikal seslerin ve melodilerin fizyolojik ve psikolojik etkilerini çeşitli ruhsal bozukluklara göre ayarlamak suretiyle düzenli bir metot altında bir tedavi aracıdır[5].

1980 yılında Amerikan Müzik Terapi Birliği, müzikle tedaviyi şöyle tarif etmiştir. "zihin ve fizik sağlığının kazanılması, sürdürülmesi ve düzeltilmesi için tedavi edici hedeflere ulaşmada kullanılan, müzikle tedavi uzmanlarınca yönlendirilen tedavi edici bir ortamda, davranışlarda arzu edilen değişikliklerin elde edilmesi için müziğin sistemli bir şekilde kullanılmasıdır. Bu değişiklikler, kişinin kendisini ve kendisiyle ilgili dünyayı anlamasını sağlayan, böylelikle kişi ile toplum arasında bir denge oluşturmayı başaran değişikliklerdir. Tedavi edici ekibin bir üyesi olarak müzikle tedavi uzmanı, özgül müzik aktivitelerinin planlanması ve uygulanmasından önce, genel tedavi hedeflerinin yansımasına ve kişisel problemlerin analizine katılır. Periyodik değerlendirmeler, uygulanan işlemlerin etkinliğin saptanmasına yardımcı olur"[62].

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 tıbba uygun bilimsel bir tedavi yöntemi olduğu kabul edildi[64].

Müzikle tedavi, dünya birçok yerde farklı meslek profesyonelleri tarafından tanımlanmıştır. Müziğin değişik biçimlerinin tek bir tanımda birleştirilmesi oldukça zor görünmektedir. Ancak bunların çoğu, müziğin terapötik süreçteki belirleyici özelliği konusu başta olmak üzere bazı temel ilkelerde birleşmektedir[61].

Araştırmacılar müziğin akıl, vücut ve ruh arasında bir denge oluşturduğunu belirtmektedirler. Müziğin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir[3].

Müzik kalp hızını, kan basıncını, vücut ısısını ve solunum hızını düşüren, hastanın dikkatini başka yöne çeken, önemli bir araçtır. Beyin dalgaları müzik ile hızlandırılıp, yavaşlatılabilmekte, kas gerilimi ve hareketlerini koordine etmeye yardımcı olarak, anksiyolitik etki yapmaktadır[67].

Chalen tarafından yapılan çalışmada; mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara kulaklı kasetçalar ile gevşemeyi sağlayıcı etkisi olan müzik türü 30 dakika dinletilmiştir. Bu çalışmada Müzikle tedavi, gevşemeyi sağlamak anksiyeteyi azaltmak amacıyla farmakolojik olmayan bir hemşirelik girişimi olarak uygulanmış, anksiyetenin değerlendirilmesi nabız hızı ve solunum hızının ölçülmesiyle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonucunda, gevşemeyi sağladığı, anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır[68].

Lee ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara 30 dakika dinletilen müziğin hastaların anksiyetesi, kan basıncı, nabız hızı ve solunum hızı değerlerini azalttığı saptanmıştır[69].

Müzikle tedavi uygulaması, kullanılması pahalı olmayan doğal bir girişimdir, yan etkisi yoktur ve kolaylıkla uygulanabildiği için hemşireler için doğal bir araçtır. Bireyin yaşam süresi içinde doğum, evlilik, ölüm gibi hayatın dönüm noktalarında deneyimlenmektedir. Müzik fiziksel, psikolojik, sosyal, emosyenel ve manevi iyileşmede kullanılmaktadır[70].

2.5.3.1.İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi

İslam tarihinde özellikle tasavvuf ekolü mensupları (süfiler) müzikle uğraşmışlar ve insanın ruhi (nefsi) hastalıklarından kurtulup olgunlaşmasına katkıda bulunduklarını savunmuşlardır[5].

Musiki biliminde, musiki icrasında, tıpta, astonimi de ve fizik biliminde engin bir birikime sahip olan Farabi, bu bilimlerin birbiriyle ilişkisini, özellikle musikinin diğer bilimlerle ilişkisini araştırmıştır. Türk Müziği makamlarının ruha olan etkileri şöyle sınıflandırılmıştır:

1. Rast makamı: İnsana sefa(neşe-huzur) verir.
2. Rehavi makamı: İnsana beka(sonsuzluk fikri) verir.

3. Kuçek makamı: İnsana hüzün ve elem verir.

4. Büzürk makamı: İnsana havf(korku) verir.

5. Isfahan makamı: İnsana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.

6. Neva makamı: İnsana lezzet ve ferahlık verir.

7. Uşşak makamı: İnsana gülme hissi verir.

8. Zirgüle makamı: İnsana uyku verir.

9. Saba makamı: İnsana cesaret, kuvvet verir.

10. Buselik makamı: İnsana kuvvet verir.

11. Hüseyni makamı: İnsana sükunet, rahatlık verir.

12. Hicaz makamı: İnsana tevazu(alçakgönüllülük) verir.

Farabi Türk müziği makamlarının zamana göre psikolojik etkilerini de şu şekilde göstermiştir:

1. Rehavi makamı: yalancı sabah vaktinde etkili

2. Hüseyni makamı: sabahleyin etkili

3. Rast makamı: güneş iki mızrak boyu etkili

4. Buselik makamı: kuşluk vaktinde etkili

5. Zirgüle makamı: öğleye doğru etkili

6. Uşşak makamı: öğle vakti etkili

7. Hicaz makamı: ikindi vakti etkili

8. Irak makamı: akşamüstü etkili

9. Isfahan makamı: gün batarken etkili

10. Neva makamı: akşam vakti etkili

11. Büzürk makamı: yatsıdan sonra etkili

12. Zirefkend makamı: uyku zamanı etkilidir[5,62].

2.5.3.2.Batı Medeniyetinde Müzikle Tedavi

18. ve 19. Yüzyılda Avrupa'da müziğin tedavide kullanılmasına ilişkin fikirler ortaya konmaya başlanmış, 20.yüzyılda bu tedavi yönteminin hak ettiği yere ulaşması için gereken temeller atılmıştır. Bir İngiliz araştırmacı, armoni, ritim ve melodinin birer tedavi faktörü olduğunu belirtmiş, bunun hastaya enerji verdiğini ve gözle görülür bir iyileşme sağladığını ifade etmiştir. İngiliz filozof ve devlet adamı Francis Bacon, ölümünden sonra yayınlanan Sylva Sylvarum adlı eserinde, her gün müzik dinlemekle

ruhunun canlandığını ve beslendiğini belirterek, " Müzik ruhun gıdasıdır" sözünü dile getirmiştir[5,62,71].

Fransız hekim Qurarin, müziğin sara hastaları üzerinde etkisinden bahsetmiş ve birkaç çarpıcı vaka örneği sunmuştur. Birçok akıl hastanesinde, hastalara konserler verilmeye, hastalardan oluşan korolar kurulmaya başlanmıştır. Zamanla müziğin fiziksel hastalıklarda kullanımı daha da yaygınlaşmış ve kan dolaşımı, solunum ve diğer sistemlere etkisi araştırılıp tespit edilmiştir [5,62,71].

Özellikle 1950'li yıllardan sonra Avrupa'da ve ABD'de müzikle tedavi hızla kliniklere girmeye başlamıştır. 1947 yılında Altshuler isimli hekim, Michigan devlet hastanesinde müziği tedavi programına aldıktan sonra, araştırmalar birbirini izlemiş ve depresyon, şizofreni, zeka geriliği, alkol ve madde bağımlılığı gibi hastalılarda müzik aktif olarak kullanılmaya başlanmıştır[5,71]

Bugün Avrupa' da ve ABD'de birçok müzik okulu bulunmaktadır. Artık hemen hemen her psikiyatri kliniğinin irtibatta olduğu bir müzikle tedavi ekibi vardır. Her gecen gün konuyla ilgili araştırmalar çoğalmakta, daha ileri bir tedavi sağlanmasının yolları aranmaktadır[62].

2.5.3.3.Günümüzde Müzikle Tedavi

Günümüzde müzikle tedavi uygulamaları çeşitli yöntemler ile yapılmaktadır. Bu yöntemler genellikle dört gruba ayrılır:

- Konser dinletilerek uygulanan tedavi yöntemi (pasif tedavi)
- Konser icra ettirilerek uygulanan tedavi yöntemi (aktif tedavi)
- Müzik yaratılması sağlanarak uygulanan tedavi yöntemi (aktif tedavi)
- Dansla uygulanan tedavi yöntemi (aktif tedavi)

Konserle uygulanan tedavide hastanın kendisine sunulan müziğin etkisinde kalması sağlanır. Bu tedavi yöntemi için bir konser düzenlenir, bir müzik topluluğu veya bir solist konser verir. Hasta burada sadece dinleyici durumunda olup, müzikle verileni alır.

Konser icra ettirilerek uygulanan tedavi yönteminde hasta aktif olup, hastalar topluluğunda ya da hastalar korosunda görev alarak, müziğin uygulamasına katılır.

Müzik icra ettirilerek uygulanan tedavi yönteminde hastadan sadece uygulamaya katılması değil, aynı zamanda kendine özgü bir çalışma göstermesi beklenir.

Dansla tedavi yönteminde ise, müziğin ritmine uyularak yapılan dansta, duyguların bedensel olarak dışa vurumu sağlanması hedeftir. İnsanın çeşitli nedenlerle dans etmesi ruhsal açıdan rahatlamasını sağlar[5,62,65].

Yoğun bakım hemşireleri hastalarının duyusal girdi sorunlarını kontrol altına almak için hasta bakımında tamamlayıcı tedavilerden müzikle tedaviye de yer vermelidir. Tamamlayıcı tedaviler, hastanın bakımını desteklemek ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla tıbbi tedaviye ek olarak uygulanır. Müzikle tedavi yöntemi; duyusal algıları harekete geçirip gevşeme etkisi oluşturarak nabız, kan basıncı ve solunum gibi fizyolojik göstergeleri düşürmenin yanı sıra, uyku bozukluğu, ağrı ve anksiyeteyi içeren yoğun bakımla ilgili komplikasyonları kontrol altına almak ya da önlemek için de etkili olabilmektedir[1].

3.GEREÇ YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma Adana Devlet Hastanesi yoğun bakımında, serebro vasküler hastalık nedeniyle tedavi görmekte olan hastalara dinletilen müziğin konfor, anksiyete ve ağrı üzerine etkisini belirlemek amacı ile kendinden kontrollü ve deneysel bir klinik çalışma olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri

Araştırma 01 Ekim 2009-20 Ocak 2010 tarihleri arasında üçüncü düzey yoğun bakım statüsün sahip olan Adana Devlet Hastanesi yapılmıştır. Yoğun bakım ünitesi toplam 21 yatak kapasitesi, 8 adet respiratörü, 21 adet hasta başı monitörü 2'şer adet EKG cihazı ve defibrilatörü ile tüm teknik donanımlara sahip bir şekilde hastalara hizmet sunmaktadır. Yoğun bakımda 27 hemşire görev yapmakta olup, 08-16 ve 16-24 vardiyası şeklinde ve hasta merkezli çalışıp hemşirelik girişimi olarak Müzikle tedavi uygulanmamaktadır. Yoğun bakıma tüm branşlardan hasta kabul edilmekte tek branş özelliği bulunmamaktadır. Yoğun bakıma 2005-2009 yılları arasında yatan hastaların, % 31,3 ile en fazla Serebro Vasküler Olay tanısıyla yatan hastalar olduğu belirlendiğinden SVO'lu hastaların çalışma grubunu oluşturması planlanmıştır.

3.3.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; yoğun bakımda SVO tanısıyla yatan hastalarda konfor, anksiyete ve ağrı üzerine müziğin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.4.Araştırmanın Hipotezleri

H_0 ;

Müziğin sistolik tansiyon arteriyel üzerine etkisi yoktur.

Müziğin diyastolik tansiyon arteriyel üzerine etkisi yoktur.

Müziğin kalp hızına etkisi yoktur.

Müziğin solunum hızına etkisi yoktur.

Müziğin pulse oksimetre değerine etkisi yoktur.

Müziğin ağrı üzerine etkisi yoktur.

Müziğin anksiyete üzerine etkisi yoktur.

Müziğin konfor üzerine etkisi yoktur.

H_1 ;

Müziğin sistolik tansiyon arteriyel üzerine etkisi vardır.

Müziğin diyastolik tansiyon arteriyel üzerine etkisi vardır.

Müziğin kalp hızına etkisi vardır.

Müziğin solunum hızına etkisi vardır.

Müziğin pulse oksimetre değerine etkisi vardır.

Müziğin ağrı üzerine etkisi vardır.

Müziğin anksiyete üzerine etkisi vardır.

Müziğin konfor üzerine etkisi vardır.

3.5.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırma kendinden kontrollü ve deneysel bir klinik çalışma olarak planlanmış olup, evreni Adana Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde 01 Ekim 2009- 20 Ocak 2011 tarihler arasında serebro vasküler olay tanısıyla yatmakta olan hastalar oluşturmuştur.

Örneklemini ise 01 Ekim 2009- 20 Ocak 2011 tarihler arasında serebro vasküler olay tanısıyla yatmakta olan ve aşağıdaki kriterleri taşıyan hastalar oluşturmuştur.

- Araştırma kapsamına katılmaya istekli olan,
- Yoğun bakımda en az 48 saattir tedavi görüyor olan,
- Sağlık durumuna ilşkin soruları algılayıp yanıtlayacak düzeyde olan ve bilinci açık,
- Türkçe konuşabilen,
- İletişim kurabilen, işitme problemi olmayan,
- İşlem sırasında veya işlemden 24 saat önce herhangi bir analjezik ve anestetik ilaç almayan,
- 18 yaş ve üstü yaş grubunda olan,
- Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almayan,
- Daha önce madde bağımlısı tanısı almayanlar.

Örnek büyüklüğünün saptanması amacıyla yapılan literatür taramasında müzik dinletilen hastalarda STAI-1ve STAI-2 kaygı envanteri ölçümlerinin standart sapmalarının 3.0-3.5 arasında olduğu saptanmıştır. Ölçümdeki 1,5 birimlik farkın klinik anlamlı kabul edilmesi ve Tip 1 hatanın (çift yönlü) 0.05, Tip 2 hatanın 0.20 (güç = 0.80) olarak alınması ile hesaplanan örnek sayısı 72 hastadır. Örneklem sayısı hesaplamada Med Calc paket programı kullanılmıştır.

3.6.Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak, yedi ayrı form kullanılmıştır. İlgili literatür ışığında, araştırmacının kendisi tarafından oluşturulan;

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

İkinci formda; Mönitör yardımıyla yaşam bulgularından sistolik ve diyastolik tansiyon artreral, kalp hızı, solunum hızı, pulse oksimetre değerleri 0., 15. Ve 30. dakilarda kayıt edilmek üzere oluşturulmuştur(Ek 2).

Üçüncü formda; ağrı şiddetinin hastalar tarafından belirlendiği ' 1 ila 10 arasında değerler bulunan VAS sayısal skala yer almıştır(Ek 3).

Dördüncü formda; hastanın anksiyete varlığını belirleyen 'anksiyete yüz skalası' tarafsızlığı sağlamak amacıyla araştırımacı dışında bir hemşire tarafından hastanın o anki yüz ifadesine göre işaretlenmiştir(Ek 4).

Beşinci ve altıncı formda; yine anksiyete varlığını belirleyen STAI-1 durumluk ve STAI-2 sürekli kaygı envanteri kullanılmıştır(Ek 5),(Ek 6).

Yedinci formda, 'genel konfor ölçeğine' verilen cevaplar araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır(Ek 7).

Anketin ön uygulaması yine aynı birimdeki 5 hastaya yapılmış ve düzeltme yapılmasına gerek olmadığı için çalışmaya hastalar dahil edilmiştir.

3.7.Veri Toplama Araçları

3.7.1.Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak oluşturulan soru formu hastalara ilişkin sosyo-demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, öğrenim durumu, mesleği, medeni durumu ve aylık geliri) daha önce

gevşeme yöntemi olarak ne kullandığı, hastanede yatış gün sayısı, müzik dinleme süresi, müzik dinledikten sonraki yorumu ve öntest, sontest ve müzik dinledikten sonra ki sontest esnasında hastanın 0.dk-15.dk-30.dk ölçülen (tansiyon arteriyel, nabız, solunum ve pulseoksimetre) yaşam bulguların değerleri içermektedir.

3.7.2.Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale –VAS)

Tek Boyutlu Bireysel Ağrı Değerlendirme Yöntemleri arasında olan Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale –VAS), ağrı şiddetini ölçmede ve ağrı takibinde kullanılır. En sık kullanılan ve kullanımı en basit olan sayısal ölçektir. 0-10 veya 0-100 arasında sayıların yer aldığı cetvelde ‘’0’’ ağrısızlığı, ‘’10’’ ya da ‘’100’’ ise en şiddetli ağrıyı tanımlamaktadır. Kolay anlaşılır bir ölçektir. Hastalar, müzik dinletilmeden yapılan ön test, müzik dinletilmeden yapılan son test ve müzik dinletildikten sonra yapılan son testin 0.dk, 15.dk,30.dk’sın da değerlendirilmiştir.

3.7.3.Yüz İfadesi Skalası (Face Scale)

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 yapılan ön test, müzik dinletilmeden yapılan son test ve müzik dinletildikten sonra yapılan son testin 0.dk, 15.dk,30.dk’sın da araştırmacı dışında, aynı hemşire tarafından değerlendirilmiştir.

3.7.4.STAI-1(State-Trait Anxiety Inventory) Durumluk ve STAI-2 Sürekli Kaygı Envanteri

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen bu envanter her biri 20 sorudan oluşan sürekli ve durumluk olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir soru için 1-4 arası puan verilen Likert tipi bir ölçektir, 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin Türkçe'ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin normal ve hasta örneklemleriyle yapılan çalışmalar sonucu elde edilen güvenilirlik katsayılarının .83 ile .87 arasında değiştiği bildirilmektedir. Hastalara müzik dinletilmeden yapılan ön test, müzik dinletilmeden yapılan son test ve müzik dinletildikten sonra yapılan son testin içeriğinde araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır.

3.7.5. Genel Konfor Ölçeği

Genel Konfor Ölçeği, konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuş olup konfor gereksinimlerinin belirlenmesi, konfor sağlayan hemşirelik girişimleri ile beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmek için kullanılmaktadır.

Ölçek dörtlü likert tipte olup, toplam 48 madde içermektedir. Ölçek alt boyutları; ferahlama (16madde), rahatlama (17madde) ve sorunların üstesinden gelme (15madde) dir. Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmiştir. Buna göre pozitif ifadelerde yüksek puan (4p) yüksek konfora, düşük puan (1p)düşük konfora, negatif maddelerde ise düşük puan (1p) yüksek konfora, yüksek puan (4p) ise düşük konfora işaret etmektedir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde; elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınacak en yüksek puan192, en düşük toplam puan ise 48'dir. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-4 dağılımında belirtilir. Düşük konfor bir puan, yüksek konfor dört puan ile ifade edilmektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri .88 olarak saptanmıştır. Hastalara müzik dinletilmeden yapılan ön test, müzik dinletilmeden yapılan son test ve müzik dinletildikten sonra yapılan son testin içeriğinde araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır.

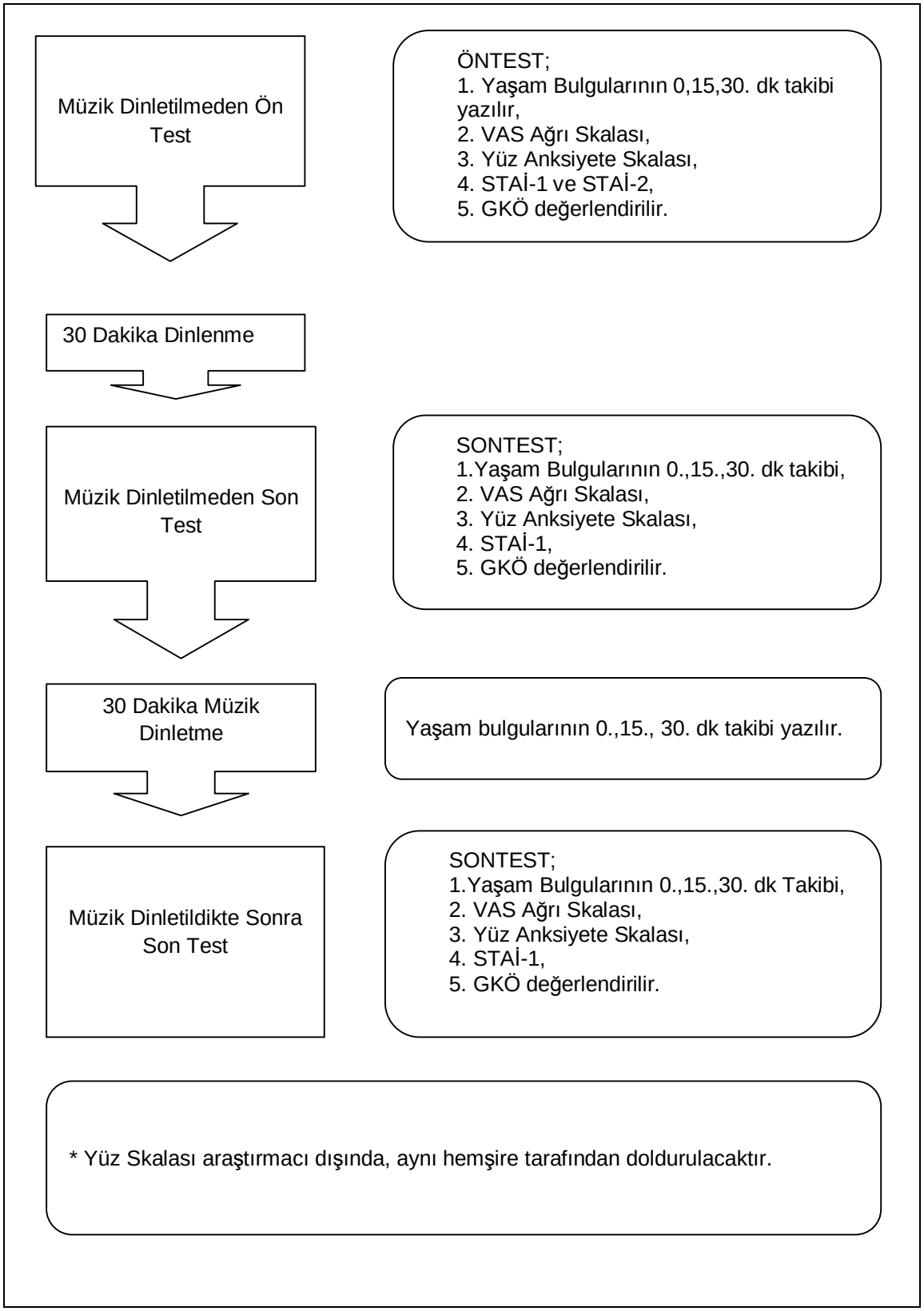
3.8.Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırma için Adana Devlet Hastanesi etik kurulundan izin alındıktan sonra çalışma kapsamını oluşturan hastalara veri toplama araçları şekil 3'deki araştırmanın akış şemasında belirtildiği biçimde uygulanmıştır. Yoğun bakım ünitesine hasta

sirkülasyonun 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 Oruçla e-mail yoluyla iletişim sağlanarak ve konuyla ilgili literatür taranarak karar verilmiştir. Çalışma sırasında, yumuşak enstrümantal müzik (öğleden sonra etkili olan insana sefa (neşe-huzur) veren Rast Makamı) çalışmanın son test kısmında 25-30 dakika arasında hastalara dinletilmiştir. Hastalara müzik dinletimi ve müzik dinletilmeden önce hastaların hazırlık aşaması araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır.

Müzik Dinletmeden Önce Hastaları Hazırlık Aşamasında;

- Oda ısısı normal değerlere getirilir (22-24 derece),
- Hastanın yatarken rahat edeceği pozisyon verilir,
- Hasta rahat bir konumda, loş bir ortamada yatağına yatırılır,
- Hastadan gözlerini kapaması istenir,
- Şu an nerede olmak istiyorsa onu hayal etmesi istenir,
- Hastanın nefes alış verişlerini bir düzene koyması (yavaş ve derin soluk alıp vermesi) ve rahat olması gerektiği söylenir,
- Hastanın yüz kaslarını gevşetmesi söylenir,
- Kollarını gevşek bırakması söylenir,
- Çalışmanın son test kısmında 25-30 dakika arasında yumuşak enstümantal müzik (öğleden sonra etkili olan insana sefa (neşe-huzur) veren Rast Makamı) ve makamlar hastalara dinletilir,
- Müziğin sesi hasta kulaklığı taktıktan sonra isteğine göre ayarlanır,
- Hasta yatağa uzandığında müzik dinlerken vücudunun baştan aşağı gevşediğini hissetmesi söylenir,
- Hastanın müzik dinlerken kafasındaki düşünceleri bir tarafa bırakıp müziğe odaklanması gerektiği söylenir.



Şekil 3: Araştırmanın akış şeması

3.9.Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Yaşam bulguları, anksiyete, ağrı, genel konfor.

Bağımsız Değişkenler: Müzik, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, meslek, gelir durumu, yoğun bakımda yatış süresi, yoğun bakımın fiziki özelliği, kronik hastalığın varlığı, gevşeme yöntemi olarak ne kullandığı.

3.10.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ile yapılmış, elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanısıra, bağımlı ve bağımsız örneklemler için t-testi kullanılmıştır.

3.11.Araştırmanın Etiği

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce Adana Devlet Hastanesi etik kurulundan yazılı izin alınmıştır.

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

4.BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 64,6±12,0 (38-99), yatış gün ortalaması 4,6±4,0 (2-25) olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı çizelge 4.1' de gösterilmiştir.

Cinsiyet ve medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında hastaların %55,6'sı (n=40) erkek, %44,4'ü (n=32) kadın; %91,7'si (n=66) evli, %8,3'ü (n=6) bekar; %90,3'ü (n=65) çocuklu, %9,7'si (n=7) çocuksuz olduğu görülmektedir. Eğitim durumları incelendiğinde %47,2'sinin (n=34) okur-yazar olmadığı ve %52,8'nin (n=38) okul mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %54,2'si (n=39) kentsel, % 45,8'i (n=33) kırsal bölgede yaşamakta ve %41,7'si (n=30) ev hanımı, %18,1'i (n=13) işçi, %18,1'i (n=13) serbest meslek sahibi %9,7'si (n=7) emekli, %9,7'si (n=7) işsiz, %2,8'i (n=2) memurdur. Hastaların %93,1'inin (n=67) sosyal güvencesinin olduğunu, %66,7'si (n=48) gelir durumunun orta düzeyde, %33,3'ü (n=24) ise gelir durumunu düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir.

4.2.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşam Bulguları, Ağrı, Anksiyete Ve Konfor Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları

Hastaların;

- medeni durumu, çocuk sahibi olması ile yaşam bulgularından sistolik tansiyon arteriyel arasında ve yaşadığı yer ile yaşam bulgularından pulse oksimetre arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

- eğitim durumları ile ağrı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

- medeni durumu ile durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

- sosyodemografik özelliklerden herhangi biri ile genel konfor düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır($p>0,05$).

Çizelge 4.**1.**Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 72)

Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Erkek	40	55,6
Kadın	32	44,4
Medeni Durum		
Evli	66	91,7
Bekâr	6	8,3
Çocuk Durumu		
Var	65	90,3
Yok	7	9,7
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil	34	47,2
Okul Mezunu	38	52,8
Yaşanılan Yer		
Kırsal Bölge	33	45,8
Kentsel Bölge	39	54,2
Çalışma Durumu		
Evet	24	33,3
Hayır	48	66,7
Meslek		
Ev Hanımı	30	41,7
Serbest Meslek	13	18,1
İşçi	13	18,1
Emekli	7	9,7
Memur	2	2,8
İşsiz	7	9,7
Gelir Durumu		
Orta	48	66,7
Düşük	24	33,3
Sosyal Güvence		
Var	67	93,1
Yok	5	6,9
Toplam	72	100

4.3. Hastaların Kullandıkları Gevşeme Yöntemlerine Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların müzik dinleme süresinin ortalaması 29,7±1,1dk (25- 30) olup, %93,1'ine (n=67) 30 dakika müzik dinletilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların kullandıkları gevşeme yöntemlerine göre dağılımı çizelge 4.2' de gösterilmiştir.

Hastaların %58,3'ü (n=42) hiçbir gevşeme yöntemini kullanmadığını ifade etmiştir. Hastalardan %11,1'i (n=8) gevşeme yöntemi olarak müzik dinlediğini belirtmiştir.

Çizelge 4.2. Hastaların Kullandıkları Gevşeme Yöntemlerine Göre Dağılımı (n: 72)

Gevşeme Yöntemi	**N**	**%**
Hiçbir şey	42	58,3
Müzik Dinlemek	**8**	**11,1**
TV Seyretmek	5	6,9
Yürüyüş Yapmak	3	4,2
Bahçede Uğraşmak	3	4,2
Yalnız Kalarak Rahatlamak	2	2,8
Sigara İçmek	2	2,8
İlaç Kullanmak	2	2,8
Konuşmak	1	1,4
Ağlamak	1	1,4
Ava Çıkmak	1	1,4
Uyumak	1	1,4
Kuran Okumak	1	1,4
Toplam	72	100

4.4.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Yaşam Bulgu Ortalamalarının Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam bulgularından sistolik tansiyon arteriyel ortalamalarının müzik dinleme durumuna göre dağılımı çizelge 4.3.1'de gösterilmiştir.

Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında sistolik tansiyon arteriyel değer ortalamalarının 142mm/Hg ve yarım saatlik bekleme süresinde 141mm/Hg olduğu müzik dinletildikten sonra ise sistolik tansiyon arteriyel değeri 138 mm/Hg' ya düştüğü görülmüştür.

Hastaların müzik dinletilmediği süreler içinde sistolik tansiyon arteriyel değer ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), müzik

dinledikten sonra sistolik tansiyon arteriyel değerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşme olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.3.1. Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Sistolik Tansiyon Arteriyel Ortalamalarının Dağılımı(n:72)

Müzik Dinleme Durumu	**Ortalama ±SS**	**Dağılım Aralığı**
Müzikten Önce Öntest (*) (†)	142±24,4	(102-200)
Müzikten Önce Sontest (*)	141±24,1	(97-188)
Müzikten Sonra Sontest (†)	138±22,5	(91-193)

(*) p=0,396 (†) p=0,033 * Eşleştirilmiş gruplar için *t*-testi uygulanmıştır.**

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam bulgularından diyastolik tansiyon arteriyel ortalamalarının müzik dinleme durumuna göre dağılımı çizelge 4.3.2'de gösterilmiştir.

Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında diyastolik tansiyon arteriyel değer ortalamalarının 78mm/Hg ve yarım saatlik bekleme süresinde 77mm/Hg olduğu müzik dinletildikten sonra ise sistolik tansiyon arteriyel değerinin 76mm/Hg'ya düştüğü görülmüştür.

Hastalara müzik dinletilmediği ve müzik dinletildiği sürelerde diyastolik tansiyon arteriyel ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.3.2.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Diyastolik Tansiyon Arteriyel Ortalamalarının Dağılımı(n:72)

Müzik Dinleme Durumu	**Ortalama ±SS**	**Dağılım Aralığı**
Müzikten Önce Öntest(*) (†)	78±13,7	(48-113)
Müzikten Önce Sontest (*)	77±14,5	(35-116)
Müzikten Sonra Sontest (†)	76±13,9	(33-106)

(*) p=0,211 (†) p= 0,161 * Eşleştirilmiş gruplar için *t*-testi uygulanmıştır.**

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam bulgularından kalp hızı ortalamalarının müzik dinleme durumuna göre dağılımı çizelge 4.3.3'de gösterilmiştir.

Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında kalp hızı değer ortalamalarının 85/dk ve yarım saatlik bekleme süresinde 84/dk olduğu müzik dinletildikten sonra ise kalp hızı değerinin 83/dk'ya düştüğü görülmüştür.

Hastalara müzik dinletilmediği ve müzik dinletildiği sürelerde kalp hızı değer ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 4.3.3.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Kalp Hızı Ortalamalarının Dağılımı(n:72)

Müzik Dinleme Durumu	**Ortalama ±SS**	**Dağılım Arlığı**
Müzikten Önce Öntest(*) (†)	85±18,2	(46-148)
Müzikten Önce Sontest (*)	84±18,2	(42-149)
Müzikten Sonra Sontest (†)	83±18,4	(47-155)

(*) p= 0,262 (†) p=0,083 * Eşleştirilmiş gruplar için *t*-testi uygulanmıştır.**

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam bulgularından solunum hızı ortalamalarının müzik dinleme durumuna göre dağılımı çizelge 4.3.4'de gösterilmiştir.

Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında solunum hızı ortalamalarının 21/dk ve yarım saatlik bekleme süresinde 21/dk olduğu müzik dinletildikten sonra ise solunum hızının 20/dk' ya düştüğü görülmüştür.

Hastalara müzik dinletilmediği ve müzik dinletildiği sürelerde solunum hızı değer ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.3.4. Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Solunum Hızı Ortalamalarının Dağılımı(n:72)

Müzik Dinleme Durumu	**Ortalama ±SS**	**Dağılım Aralığı**
Müzikten Önce Öntest(*) (†)	21±4	(13-35)
Müzikten Önce Sontest (*)	21±4,5	(12-36)
Müzikten Sonra Sontest (†)	20±3,6	(12-33)

(*) p=0,525 (†) p=0,141 * Eşleştirilmiş gruplar için *t*-testi uygulanmıştır.**

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam bulgularından pulseoksimetre (pO_2) değeri ortalamalarının müzik dinleme durumuna göre dağılımı çizelge 4.3.5'de gösterilmiştir.

Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında pO_2 ortalamalarının %95,8 ve yarım saatlik bekleme süresinde %96 olduğu müzik dinletildikten sonra ise pO_2 değeri %96,4 olduğu görülmüştür.

Hastalara müzik dinletilmediği süreler içinde pO_2 değer ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), müzik dinledikten sonra pO_2 değerinde istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.3.5. Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Pulse Oksimetre Değer Ortalamalarının Dağılımı(n:72)

Müzik Dinleme Durumu	**Ortalama ±SS**	**Dağılım Aralığı**
Müzikten Önce Öntest(*) (†)	95,8±1,9	(90-99)
Müzikten Önce Sontest (*)	96±1,6	(92-98)
Müzikten Sonra Sontest (†)	96,4±1,6	(93-99)

(*) p=0,193 (†) p=0,000 * Eşleştirilmiş gruplar için *t*-testi uygulanmıştır.**

4.5.Hastaların Müzik Dinleme Sırasında Yaşam Bulgu Ortalamalarının Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan hastaların müzik dinleme sırasında yaşam bulgu ortalamalarının dağılımı çizelge 4.4' de gösterilmiştir.

Hastaların 0. dakikada sistolik tansiyon arteriyel değeri 141±24,5 (96-198), diyastolik tansiyon arteriyel değeri 77±14 (50-117), kalp hızı 83±19,5 (48-150), solunum hızı 21±4,8(10-36), pulse oksimetre değeri 96±1,9 (90-99) olarak bulunmuştur.

Hastaların 15. dakikada sistolik tansiyon değeri 140±21,9 (98-198), diyastolik tansiyon arteriyel değeri 76±13,5 (48-117), kalp hızı 83±19,9 (48-148), solunum hızı 20±4,1(12-34), pulse oksimetre değeri 96±2 (90-99) olarak bulunmuştur.

Hastaların 30.dakikada sistolik tansiyon arteriyel değeri 138±22,9 (100-186), diyastolik tansiyon arteriyel değeri 77±14,5 (40-118), kalp hızı 83±20,2 (44-160), solunum hızı 20±4,2(14-34), pulse oksimetre değeri 96±1,8 (90-98) olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Hastaların Müzik Dinleme Sırasında Yaşam Bulgu Ortalamalarının Dağılımı (n: 72)

	Müzik Dinleme Durumu		
Yaşam Bulguları	**0.Dakika** *Ortalama±SS Dağılım Aralığı*	**15. Dakika** *Ortalama±SS Dağılım Aralığı*	**30. Dakika** *Ortalama±SS Dağılım Aralığı*
Tansiyon Arteriyel (Sistol) (mm/Hg)	141±24,5 (96-198)	140±21,9 (98-198)	138±22,9 (100-186)
Tansiyon Arteriyel (Diyastol) (mm/Hg)	77±14 (50-117)	76±13,5 (48-117)	77±14,5 (40-118
Kalp Hızı (dk)	83±19,5 (48-150)	83±19,9 (48-148)	83±20,2 (44-160)
Solunum Hızı (dk)	21±4,8 (10-36)	20±4,1 (12-34)	20±4,2 (14-34)
Pulse Oksimetre Değeri (%)	96±1,8 (90-99)	96±2 (90-99)	96±1,8 (90-98)

4.6.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan hastaların müzik dinleme durumlarına göre VAS ağrı puan ortalamalarının dağılımı çizelge 4.5' de gösterilmiştir.

Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında VAS ağrı puan ortalamalarının 2,3 ve yarım saatlik bekleme süresinde 2,0 olduğu müzik dinletildikten sonra ise VAS ağrı puan ortalamasının 0,7'ye düştüğü görülmüştür.

Hastaların müzik dinletilmediği süreler içinde ve müzik dinledikten sonra VAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.5.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 72)

Müzik Dinleme Durumu	Ortalama ± SS	Dağılım Aralığı
Müzikten Önce Öntest(*) (†)	2,3 ± 1,7	(0-8)
Müzikten Önce Sontest (*)	2,0 ±1,8	(0-8)
Müzikten Sonra Sontest (†)	0,7 ± 1,2	(0-6)

(*) p=0,00 (†) p=0,00 * Eşleştirilmiş gruplar için *t*-testi uygulanmıştır.**

4.7.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Anksiyetelerinin (Yüz Skalası) Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan hastaların müzik dinleme durumlarına göre (yüz skalasına göre) anksiyete puan ortalamalarının dağılımı çizelge 4.6' da gösterilmiştir.

Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında yüz skalası anksiyete puan ortalamalarının 3,9 ve yarım saatlik bekleme süresinde 3,0 olduğu müzik dinletildikten sonra ise yüz skalası anksiyete puan ortalamasının 1,2'ye düştüğü görülmüştür.

Hastaların müzik dinletilmediği süreler içinde ve müzik dinledikten sonra yüz skalası anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.6.Hastaların Yüz Skalasına Göre Anksiyetelerinin Dağılımı (n: 72)

Müzik Dinleme Durumu	Ortalama ± SS	Dağılım Aralığı
Müzikten Önce Öntest(*) (†)	3,9± 2,0	(0-8)
Müzikten Önce Sontest (*)	3,0 ±1,9	(0-8)
Müzikten Sonra Sontest (†)	1,2 ±1,5	(0-6)

(*) p=0,00 (†) p=0,00 * Eşleştirilmiş gruplar için *t*-testi uygulanmıştır.**

4.8.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzey Ortalamalarının Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan hastaların müzik dinleme durumlarına göre durumluk kaygı düzey puan ortalamalarının dağılımı çizelge 4.7.1' de gösterilmiştir.

Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında durumluk kaygı düzey ortalamalarının 41,5 ±10,4 ve yarım saatlik bekleme süresinde 43,6±10,2'ye yükseldiği, müzik dinletildikten sonra ise durumluk kaygı düzey ortalamasının 34,7±8,6'ya düştüğü görülmüştür.

Hastaların müzik dinletilmediği süreler içinde ve müzik dinledikten sonra durumluk kaygı düzey ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.7.1. Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Durumluk Kaygı Düzey Ortalamalarının Dağılımı (n: 72)

Müzik Dinleme Durumu	**Ortalama± SS**	**Dağılım Aralığı**
Müzikten Önce Öntest(*) (†)	41,5 ± 10,4	(20-66)
Müzikten Önce Sontest (*)	43,6 ± 10,2	(26-69)
Müzikten Sonra Sontest (†)	34,7 ± 8,6	(20-59)

(*) p=0,001 (†) p=0,000 * Eşleştirilmiş gruplar için *t*-testi uygulanmıştır.**

Araştırma kapsamına alınan hastaların sürekli kaygı düzey ortalamalarına göre dağılımı çizelge 4.7.2'de gösterilmiştir.

Sürekli kaygı düzey puanı ölçekte 20-80 arasında değişmektedir. Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı düzeyleri ise 44,8±8,4 (29-68) olarak saptanmıştır.

Çizelge 4.7.2. Hastaların Sürekli Kaygı Düzey Ortalamalarının Dağılımı (n: 72)

Anksiyete Puanları	**Ortalama± SS**	**Dağılım Aralığı**
Sürekli Kaygı	44,8±8,4	(29-68)

4.9.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Genel Konfor Ölçeği Ortalamalarının Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan hastaların müzik dinleme durumlarına göre genel konfor puan ortalamalarının dağılımı çizelge 4.8' de gösterilmiştir.

Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında genel konfor puan ortalamalarının 135,3 ±11,8 olduğu ve yarım saatlik bekleme süresinde 133,2±12,4'e düştüğü, müzik dinletildikten sonra ise genel konfor puan ortalamasının 142,7±11,0'a yükseldiği görülmüştür.

Hastaların müzik dinletilmediği süreler içinde ve müzik dinledikten sonra genel konfor puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.8.Hastaların Müzik Dinlemeden Önce Ve Sonra Genel Konfor Ölçeği Ortalamalarının Dağılımı (n: 72)

Müzik Dinleme Durumu	**Ortalama± SS**	**Dağılım Aralığı**
Müzikten Önce Öntest(*) (†)	135,3±11,8	(110-165)
Müzikten Önce Sontest (*)	133,2±12,4	(106-171)
Müzikten Sonra Sontest (†)	142,7±11,0	(112-168)

(*) p=0,025 (†) p=0,000 * Eşleştirilmiş gruplar için *t*-testi uygulanmıştır.**

4.10.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Genel Konfor Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan hastaların müzik dinlemeden önce genel konfor ölçeği alt boyutları ortalamalarının dağılımı çizelge 4.9.1'de gösterilmiştir.

Hastaların;

- fiziksel ferahlama puanları 12,3±1,8 (7-15), fiziksel rahatlama puanları 11,1±1,9 (7-15), fiziksel üstünlük puanları 11,3±1,7(8-16)olarak saptanmıştır.

- psikospritüel ferahlama puanları 11,8±2 (7-16), psikospritüel rahatlama 13,7±2,3(8-20), psikospritüel üstünlük puanları 12,1±1,7(8-16) olarak saptanmıştır.

- çevresel ferahlama puanları 12,2±1,7 (9-16), çevresel rahatlama 11,4±1,8 (7-16), çevresel üstünlük puanları 13,8±2 (9-19) olarak saptanmıştır.

- sosyokültürel ferahlama puanları 10,9±2 (5-16), sosyokültürel rahatlama 9,7±1,9 (5-14), sosyokültürel üstünlük puanları 5,1±1,3 (3-8) olarak saptanmıştır.

Çizelge 4.9.1.Hastaların Müzik Dinlemeden Önce Genel Konfor Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 72)

KONFOR	**Düzeyleri**		
Boyutları	**Ferahlama** *Ortalama±SS Dağılım Aralığı*	**Rahatlama** *Ortalama±SS Dağılım Aralığı*	**Üstünlük** *Ortalama±SS Dağılım Aralığı*
Fiziksel	12,3±1,8 (7-15)	11,1±1,9 (7-15)	11,3±1,7 (8-16)
Psikospritüel	11,8±2 (7-16)	13,7±2,3 (8-20)	12,1±1,7 (8-16)
Çevresel	12,2±1,7 (9-16)	11,4±1,8 (7-16)	13,8±2 (9-19)
Sosyokültürel	10,9±2,0 (5-16)	9,7±1,9 (5-14)	5,1±1,3 (3-8)

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarım saatlik dinlenme süresi sonunda ve müzik dinlemeden önce genel konfor ölçeği alt boyutları ortalamalarının dağılımı çizelge 4.9.2'de gösterilmiştir.

Hastaların;

- fiziksel ferahlama puanları 12,6±1,8 (6-15), fiziksel rahatlama puanları 10,7±2 (6-16), fiziksel üstünlük puanları 11,2±1,5 (6-15)olarak saptanmıştır.

- psikospritüel ferahlama puanları 11,6±1,7 (7-15), psikospritüel rahatlama 13,7±2,3 (8-20), psikospritüel üstünlük puanları 11,7±1,7 (7-16) olarak saptanmıştır.

- çevresel ferahlama puanları 11,9±1,7 (7-16), çevresel rahatlama 11,1±1,8(7-16), çevresel üstünlük puanları 13,8±2,5 (8-27) olarak saptanmıştır.

- sosyokültürel ferahlama puanları 10,8±2 (7-16), sosyokültürel rahatlama 9,6±1,9 (6-16), sosyokültürel üstünlük puanları 4,9±1,2 (3-8) olarak saptanmıştır.

Çizelge 4.9.2. Hastaların Yarım Saatlik Aradan Sonra Genel Konfor Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 72)

KONFOR	**Düzeyleri**		
Boyutları	**Ferahlama** *Ortalama±SS* *Dağılım Aralığı*	**Rahatlama** *Ortalama±SS* *Dağılım Aralığı*	**Üstünlük** *Ortalama±SS* *Dağılım Aralığı*
Fiziksel	12,6±1,8 (6-15)	10,7±2 (6-16)	11,2±1,5 (6-15)
Psikospritüel	11,6±1,7 (7-15)	13,2±2,3 (8-20)	11,7±1,7 (7-16)
Çevresel	11,9±1,7 (7-16)	11,1±1,8 (7-16)	13,8±2,5 (8-27)
Sosyokültürel	10,8±2 (7-16)	9,6±1,9 (6-16)	4,9±1,2 (3-8)

Araştırma kapsamına alınan hastaların müzik dinledikten sonra, genel konfor ölçeği alt boyutları ortalamalarının dağılımı çizelge 4.9.3'de gösterilmiştir.

Hastaların;

- fiziksel ferahlama puanları 12,7±1,7 (6-16), fiziksel rahatlama puanları 12,2±2 (7-16), fiziksel üstünlük puanları 11,4±1,3 (8-15)olarak saptanmıştır.

- psikospritüel ferahlama puanları 12,8±1,8 (7-16), psikospritüel rahatlama 14,7±2,2 (9-20), psikospritüel üstünlük puanları 12,7±2(8-16) olarak saptanmıştır.

- çevresel ferahlama puanları 13,3±1,4 (9-16), çevresel rahatlama 12±1,4 (7-16), çevresel üstünlük puanları 14,3±1,9 (11-19) olarak saptanmıştır.
- sosyokültürel ferahlama puanları 11,1±1,7 (7-14), sosyokültürel rahatlama 10,1±1,4 (6-13), sosyokültürel üstünlük puanları 5±1,1 (3-8) olarak saptanmıştır.

Çizelge 4.9.3. Hastaların Müzik Dinledikten Sonra Genel Konfor Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 72)

KONFOR	**Düzeyleri**		
Boyutları	**Ferahlama** *Ortalama±SS Dağılım Aralığı*	**Rahatlama** *Ortalama±SS Dağılım Aralığı*	**Üstünlük** *Ortalama±SS Dağılım Aralığı*
Fiziksel	12,7±1,7 (6-16)	12,2±2,0 (7-16)	11,4±1,3 (8-15)
Psikospritüel	12,8±1,8 (7-16)	14,7±2,2 (9-20)	12,6±2,0 (8-16)
Çevresel	13,3±1,4 (9-16)	12±1,4 (7-16)	14,3±1,9 (11-19)
Sosyokültürel	11,1±1,7 (7-14)	10,1±1,4 (6-13)	5±1,1 (3-8)

Araştırma kapsamına alınan hastaların müzik dinleme durumlarının genel konfor ölçeği alt boyutlarında yarattığı değişim çizelge 4.9.4'de gösterilmiştir.

Hastaların müzik dinlemediği dönemde genel konfor ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında;

-fiziksel ferahlama puanları artma, fiziksel rahatlama puanlarında azalma, fiziksel üstünlük puanlarında azalma,

-psikospritüel ferahlama puanlarında azalma, psikospritüel rahatlama puanlarında olumsuz azalma, psikospritüel üstünlük puanlarında olumsuz azalma,

-çevresel ferahlama puanlarında azalma, çevresel rahatlama puanlarında azalma, çevresel üstünlük puanlarında artma,

-sosyokültürel ferahlama puanlarında azalma, sosyokültürel rahatlama puanlarında azalma, sosyokültürel üstünlük puanlarında azalma saptanmıştır.

Hastaların müzik dinledikten sonraki dönemde genel konfor ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında;

-fiziksel ferahlama puanları artma, fiziksel rahatlama puanlarında artma, fiziksel üstünlük puanlarında artma,

-psikospritüel ferahlama puanlarında artma, psikospritüel rahatlama puanlarında artma, psikospritüel üstünlük puanlarında olumsuz azalma,

-çevresel ferahlama puanlarında artma, çevresel rahatlama puanlarında artma, çevresel üstünlük puanlarında artma,

-sosyokültürel ferahlama puanlarında artma, sosyokültürel rahatlama puanlarında artma, sosyokültürel üstünlük puanlarında azalma saptanmıştır.

Çizelge 4.9.4.Hastaların Müzik Dinleme Durumunun Genel Konfor Ölçeği Puanlarında Yarattığı Değişim (n: 72)

		KONFOR DÜZEYLERİ		
MÜZİK DİNLEME DURUMU	***KONFOR BOYUTLARI***	*Ferahlama*	*Rahatlama*	*Üstünlük*
Müziksiz Dönem ***Müzikli Dönem***	*Fiziksel* *Fiziksel*	Artma Artma	Azalma **Artma(‡)**	Azalma Artma
Müziksiz Dönem ***Müzikli Dönem***	*Psikospritüel* *Psikospritüel*	Azalma **Artma(‡)**	**Azalma(**)** **Artma (‡)**	**Azalma(**)** **Azalma(**)**
Müziksiz Dönem ***Müzikli Dönem***	*Çevresel* *Çevresel*	Azalma **Artma(‡)**	Azalma **Artma(‡)**	Artma **Artma(‡)**
Müziksiz Dönem ***Müzikli Dönem***	*Sosyokültürel* *Sosyokültürel*	Azalma Artma	Azalma Artma	Azalma Azalma

‡ Olumlu artış veya azalış, ** Olumsuz artış veya azalış, ***Eşleştirilmiş gruplar için *t*-testi uygulanmıştır.

4.11.Hastaların Dinledikleri Müzik Hakkındaki Yorumları

Hastaların toplam altmış bir tanesi müzik dinlemek hakkında olumlu yorum yapmışlardır çizelge 4.10.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.10.1.Hastaların Dinledikleri Müzik Hakkındaki Olumlu Yorumları(n:61)

Hasta	Yorumlar
3	Müziğin güzel olduğunu ifade etti.
4	Bu müzik idare eder, Volkan Konak olsa daha iyi olur. Benimle ilgilenmeniz hoşuma gitti.
5	Hasta genel konfor ölçeğindeki aile, arkadaş telefon sorusu (37. Soru) ağlamaya başladı. Ölçek sonunda tansiyonu yükseldi. Tasavvuf dilemenin hoşuna gittiğini belirtti.
6	Hasta tasavvuf müziğini sevdiğini fakat 25dk sonra sıkıldığını söyledi.
7	Müzik dinlediği zaman bütün organlarının açıldığını ifade etti.
8	Müziği beğendim, dinlendirdi, eski günlerime götürdü diye ifade etti.
9	Çok iyi oldu, bayağı rahatladım diye ifade etti. Esneyerek uyumaya başladı.
10	Müziği beğendiğini ifade etti.
11	Müziği beğendiğini ifade etti.
12	Dede Efendi dinlemek güzeldi diye ifade etti.
13	Müziği beğendiğini ifade etti.
14	Müzik dinlerken uyudu. Beğendiğini ifade etti.
15	Müzik dinlerken uyudu. Yorum yapmadı.
16	Müziği beğendiğini ifade etti.
17	Müziği beğendiğini ifade etti.
18	Müzik dinlediğin de mutlu olduğunu ifade etti.
19	Müzik dinlemek güzeldi, sorulardan sıkıldım şeklinde ifade etti.
20	Müzik dinledikten sonra sorulardan yorulduğunu ama müziğin iyi olduğunu ifade etti.
21	Müziği beğendiğini ifade etti.
22	Elinize sağlık çok güzeldi, Ramazan ayını hatırlattı.
23	Müzik dinlemenin rahatlattığını ifade etti.
24	Müzik güzeldi diye ifade etti.
25	Müzik dinlemek güzeldi diye ifade etti.
26	Müzikten hoşlandığını belirtti.
27	Müziğin iyi olduğunu ifade etti.
28	Müziği çok beğendiğini ifade etti.
29	Hasta müziği dinlerken uyudu. Çok beğendiğini ifade etti.
30	Ramazanı hatırlattı, iyiydi diye ifade etti.
31	Müziğin iyi olduğunu, beğendiğini ifade etti.
32	Bana Ramazanı hatırlattı, iyiydi diye ifade etti.
33	İyiydi, fakat sorular çoktu diye ifade etti.
34	Müzik iyide sorular çoktu diye ifade etti.
36	Sağ ol güzeldi, teşekkürler dedi.
38	Müziği beğendim diye ifade etti.
39	Müzik dinlendirdi, sorular çoktu diye ifade etti.
41	Müziği beğendim diye ifade etti.
42	Ramazanı hatırlattı, beğendim şeklinde ifade etti.
43	Çok beğendim diye ifade etti.
44	Çok güzeldi, iyiydi diye ifade etti.
45	Beğendim diye ifade etti.
46	Ramazanı hatırlattı, beğendim diye ifade etti.

47	Hasta müzik dinlerken uyudu, beğendiğini ifade etti.
48	Çok beğendiğini ifade etti.
49	Beğendim çok iyiydi.
52	Müzik dinlemek iyiydi diye ifade etti.
53	Müziği beğendiğini ifade etti.
54	Daha uzun süre müziği dinlemek istedi.
55	Müziği beğendiğini ifade etti.
56	Memnun olduğunu ifade ederek, teşekkür etti.
57	Hasta müzik dinlerken uyudu. Dinlendiğini ifade etti.
58	Fena değil, sağ olun diye ifade etti.
59	Ramazanı hatırlattı, iyiydi diye ifade etti.
60	Biraz daha dinleye bilir miyim diye ifade etti.
62	Beğendiğini ifade etti.
65	Müziği beğendiğini ifade etti.
66	Daha çok dinlemek istediğini ifade etti.
67	Müzik güzeldi diye ifade etti.
69	Müziği beğendiğini ifade etti.
70	Müziği beğendiğini ifade etti.
71	Hasta müzik dinlerken uyudu, müziği çok beğendiğini ifade etti.
72	Müziği beğendiğini ifade etti.

Hastaların on bir tanesi müzik dinlemek hakkında olumsuz yorum yapmışlardır çizelge 4.10.2'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.10.2.Hastaların Dinledikleri Müzik Hakkındaki Olumsuz Yorumları(n:11)

Hasta	**Yorumlar**
1	Hasta müzik dinleme esnasında önce başını sağa sonra sola salladı, daha sonra uyudu. Uygulama bittikten sonra sorular bitti mi? Çok şükür diye ifade etti.
2	Bu sorular fazla değil mi? Ramazan da dinlediğim müziklere benziyor.
35	Sorular çoktu ve müzik iyi değildi diye ifade etti.
37	Sıkıldığını ifade etti.
40	Tasavvuf olmasa daha iyi olur.
50	Hasta başının ağrıdığını, müziği kapatmamızı istedi, 25. Dakika da müzik kapatıldı.
51	Hasta hoşuna gitmediğini söyledi. İlahi, arebesk (Müslüm Gürses, İbrahim Tatlıses) gibi müzik dinlemek istediğini ifade etti.
61	Sıkıldığını ifade etti.
63	Biraz sıkıldığını ifade etti.
64	Tasavvuf müziğini beğenmediğini ifade etti.
68	Müziği çok beğenmediğini ifade etti.

5.TARTIŞMA

Günümüzde müzik ile tedavi, sağlığın iyileştirilmesini, geliştirilmesini birincil amaç edinen, sosyokültürel ve fiziksel çevrede bağımsız bir hemşirelik girişimi olarak kullanılmaktadır[72].

Yoğun bakım üniteleri karmaşık birçok cihazın bulunduğu, hastaları korkutan bölümlerdir. Yoğun bakım hastalarının birçoğu ağrı ve anksiyete yaşayabilmektedir[73,74,75,76]. Bunun yanısıra yoğun bakım hastalarında duyusal yoksunluk, duyusal yüklenme, ajitasyon, oryantasyon güçlüğü, deliryum, depresyon, uyum güçlüğü, uyku bozukluğu, regresyon, tedaviyi reddetme anksiyete, yalnızlık, güçsüzlük ve bilinmezlik korkusuda görülmektedir[77,78,79,80].

Müzik ile tedavi ile ilgili yapılan araştırmalarda, müziğin hastalarda ağrı ve anksiyeteyi azaltıcı ve konforu artırıcı etki oluşturduğu, kişiyi korku ve anksiyete yaratan yoğun bakım ortamından alışık olduğu ortama taşıdığı belirtilmiştir[73,74,75,76].

5.1.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Yaşam Bulguları, Ağrı, Anksiyete Ve Konfor Puan Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Hastaların;

- medeni durumu, çocuk sahibi olması ile yaşam bulgularından sistolik tansiyon arteriyel arasında ve yaşadığı yer ile yaşam bulgularından pulse oksimetre arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

- eğitim durumları ile ağrı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

- medeni durumu ile durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

- sosyodemografik özelliklerden herhangi biri ile genel konfor düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır($p>0,05$).

5.2.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Yaşam Bulgu Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi

Hastaların müzik dinletilmediği süreler içinde sistolik tansiyon arteriyel değer ortalamaları arasında istastistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), müzik dinledikten sonra sistolik tansiyon arteriyel değerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşme olduğu saptanmıştır ($p<0,05$),(Çizelge 4.3.1). Hastaların müzik dinletilmediği süreler içinde pO_2 değer ortalamaları arasında istastistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), müzik dinledikten sonra pO_2 değerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşme olduğu saptanmıştır ($p<0,05$),(Çizelge 4.3.5). Müziğin yaşam bulgularından sistolik tansiyon artreriyel ve pulse oksimetre ortalama puanına olumlu etkileri olduğu bulunmuştur.

Almerud ve Peterson tarafından mekanik ventilasyona bağlı yoğun bakım hastalarında Müzikle tedavinin tamamlayıcı bir tedavi olarak kullanılması amacıyla yapılan çalışmada; psikiyatrik hastalık tanısı olmayan hastalara 30 dakika Müzikle tedavi uygulamasının kalp ve solunum hızını azalttığı ve gevşemeyi sağladığı saptanmıştır[81].

Lindgren ve Ames tarafından Müzikle tedavinin, mekanik ventilasyon desteğindeki hastaların iyileşmesine ve anksiyetesine olan etkisi konusunda yapılan bir diğer çalışmada anksiyetenin fizyolojik kan basıncı, nabız hızı ve solunum hızı ölçülerek değerlendirildiği, Müzikle tedavinin bu hastaların anksiyetesini azalttığının saptandığı ve Müzikle tedavinin hastaya zarar vermeyen, pahalı olmayan bir girişim olarak tanımlandığı görülmüştür[4].

Hastaların müzik dinletilmediği ve müzik dinletildiği süreler içerisinde; diyastolik tansiyon arteriyel, kalp hızı ve solunum hızı ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,05$). (Çizelge 4.3.2, Çizelge 4.3.3, Çizelge 4.3.4). Saptanan bu bulgu literatürle uyum sağlamamaktadır.

5.3.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında VAS ağrı puan ortalamalarının 2,3 ve yarım saatlik bekleme süresinde 2,0 olduğu müzik dinletildikten sonra ise VAS ağrı puan ortalamasının 0,7'ye düştüğü görülmüştür. Hastaların müzik dinletilmediği süreler içinde VAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup bu süre içinde araştırıcının hastanın yanında kalış süresinin uzaması ve hastaya yönelik ilginin artması ile ilişkilendirilmiştir ($p<0,05$). Müzik dinledikten sonra VAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşme olduğu saptanmış olup ($p<0,05$), müziğin hastalar üzerinde ağrının azalması için pozitif bir etkisinin var olduğunu göstermiştir(Çizelge 4.5).

Chang ve Chen[82] tarafından yapılan araştırmada; kadınlara sezeryan esnasında dinletilen müziğin VAS skalası ile ağrı düzeyine ve fizyolojik cevaplara olan etkisi incelenmiştir. Araştırmaya; uyarılara açık, psikiyatrik hastalık tanısı olmayan, yeterince işitebilen, hemodinamik açıdan stabil olan 64 hasta alınmıştır. Hastaların kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı ve ağrı değerlerinin Müzikle tedavi ile azaldığı saptanmış, Müzikle tedavinin klinik uygulamalarda yeni bir hemşirelik girişimi olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

Ebneshahidi ve Mohseni' nin[83] yaptığı bir diğer çalışmada erken post-operatif dönemde sezeryan ameliyatı olan hastalara 30 dakika kulaklıkla müzik dinletmiştir. Hastaların ağrısı; Visual Analog Scale (VAS) ve yaşam bulgularını değerlendirerek belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda, hastaların ağrılarının istatistiksel olarak azaldığı ve erken dönemde bebekleriyle rahat iletişim kurdukları saptanmıştır.

Chlan ve arkadaşları[84] tarafından mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygun müzik girişimi uygulanması ile hastaların ağrı etkisinin değerlendirildiği çalışmada; hastalara gevşemeyi sağlayıcı 25-120 dk müzik dinletilmiştir. Hastaların ağrısı; Visual Analog Scale (VAS) ve fizyolojik bulgulardan kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı verileri kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonucunda, Müzikle tedavinin fizyolojik bulguları ve ağrıyı azalttığı saptanmıştır.

Chan ve arkadaşlarının[85] yapmış olduğu bir diğer çalışmada, perkütan koroner girişim sonrası C-Kelepçe prosedürü uygulanan hastalarda müziğin ağrıya etkisini

araştırmak için 45 dakika müzik dinletilmiştir. Araştırmanın sonucunda müziğin ağrı yönetiminde etkiliği olduğu görülmüştür.

Uçan ve arkadaşlarının[86] yapmış olduğu çalışmada ise endoskopi işleminde dinletilen müziğin; hastaların memnuniyet düzeyini anlamlı derecede arttırdığı ve işlem başarısını olumlu yönde etkilediği görülmüştür.

5.4.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Anksiyete Puan Ortalamalarının (Yüz Skalası) Dağılımının İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında yüz skalası anksiyete puan ortalamalarının 3,9 ve yarım saatlik bekleme süresinde 3,0 olduğu müzik dinletildikten sonra ise yüz skalası anksiyete puan ortalamasının 1,2'ye düştüğü görülmüştür. Hastalara müzik dinletilmediği süreler içinde yüz skalası anksiyete puan ortalamaları arasında istastistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup ($p<0,05$), bu durum hastaların yanında araştırıcının kalış süresinin uzaması ve ilgilenmenin artması ile ilişkilendirilmiştir. 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(Çizelge 4.6).

McKnley[87] ve arkadaşlarının yoğun bakım da hastalarının anksiyete düzeyini değerlendirmek için yaptığı çalışmada; Yüz skalası(Face Scale) ve fizyolojik parametrelerden elde edilen nabız hızı ve kan basıncı verileri kullanılmış, anksiyete yaşadığı saptanan hastalarda nabız hızı ve kan basıncının yüksek olduğu saptanmış, aralarında doğru orantılı bir ilişki olduğu görülmüştür.

5.5.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Durumluk Kaygı Düzey Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında durumluk kaygı düzey ortalamalarının 41,5 ±10,4 ve yarım saatlik bekleme süresinde 43,6±10,2'ye yükseldiği, müzik dinletildikten sonra ise durumluk kaygı düzey ortalamasının 34,7±8,6'ya düştüğü görülmüştür. Hastalar müzik dinletilmediği süreler içinde ilk ve son ölçümler arasında durumluk kaygı düzey ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup ($p<0,05$), bu durum hastalara 30 dakikalık

müziksiz aradan sonra tekrar aynı soruları sorma ile kaygı düzeylerinde değişme olabileceğini düşündürtmüştür. Müzik dinledikten sonra durumluk kaygı düzey ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşme olduğu saptanmıştır ($p<0,05$), (Çizelge 4.7.1). Müziğin hastaların anksiyetelerini azaltarak, gevşemelerini arttırdığı saptanmıştır.

Chlan (1999) tarafından 54 yetişkin hasta üzerinde yapılan araştırmada; mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda Müzikle tedavinin anksiyete üzerine etkisi araştırılmıştır. Araştırmaya, uyarılara açık, mental hastalığı olmayan, yeterince işitebilen, İngilizce konuşabilen ve sürekli sedasyon tedavisi uygulanmayan 18-89 yaş arası hastalar alınmıştır. Bu hastalara 30 dakika kulaklıklı kasetçalar ile gevşemeyi sağlayıcı özelliği olan müzik dinletilmiştir. Anksiyetenin ölçümü Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği ile ve fizyolojik göstergelerinden nabız hızı ve solunum hızı değerlendirilerek gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonucunda, Müzikle tedavinin mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların anksiyetesini azalttığı ve gevşemeyi artırdığı saptanmıştır[4].

Yung ve arkadaşlarının[88] yapmış olduğu çalışmada ise preoperatif dönemde transüretral prostat rezeksiyonu yapılan Çinli erkeklerde slow ritimli müziğin anksiyete olan etkisini araştırmak için Durumluk Anksiyete Ölçeği ve fizyolojik parametreler kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda elde edilen veriler, müziğin anksiyete üzerine etkisi olduğunu göstermiştir.

Wong ve arkadaşları[89] tarafından mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarla Müzikle tedavinin anksiyetenin azaltılmasında etkinliliğini değerlendirilmek için yapılan bir diğer çalışmada; hastalara 30 dakika kulaklıklı kasetçalar ile müzik dinletilmiş, pretest ve posttest yöntemi ile hastaların anksiyete düzeyleri Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği ile ve fizyolojik belirtilerden kan basıncı ve solunum hızı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya 18-85 yaş arası, uyarılara açık, mental hastalığı olmayan, yeterince işitebilen, intravenöz sedasyon uygulanmayan, aynı ventilatör modunda ve mekanik ventilatöre bağlanma günleri aynı aralıkta olan hastalar alınmış, hastalara yoğun bakım ortamının gürültülü olmadığı saatlerde, rutin uygulamaların, aile ziyaretlerinin ve hemşirelik girişimlerinin yapılmadığı saatlerde müzik dinletilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda; Müzikle tedavi mekanik ventilasyon

desteğinde olan hastalar arasında anksiyeteyi azaltan invaziv olmayan bir hemşirelik girişimi olarak tanımlanmıştır.

5.6.Hastaların Müzik Dinleme Durumlarına Göre Genel Konfor Ölçeği Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında genel konfor puan ortalamalarının 135,3 ±11,8 ve yarım saatlik bekleme süresinde 133,2±12,4'e düştüğü, müzik dinletildikten sonra ise genel konfor puan ortalamasının 142,7±11,0'a yükseldiği görülmüştür. Hastaların Müzik dinlemeden önce ile müziksiz ve müzikli dönemlerin sonundaki genel konfor puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$)(Çizelge 4.8).

Besel[90] yoğun bakımda mekanik ventilatör desteği ile yatan hastalara Müzikle tedavinin ağrı, anksiyete ve konfora etkisini araştırmak için 30 dakika kulaklık yardımıyla klasik müzik dinletmiştir. Hastanın konforunu ölçmek için genel konfor ölçeğini kullanmıştır. Besel araştırmayı beş hasta üzerinde yaptığından hastanın ağrı, anksiyete ve konfor puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

5.7.Hastaların Müzik Dinledikten Sonra Müzik Hakkındaki Yorumlarının İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastalardan müzik hakkındaki yorumları araştırmadan bağımsız olarak öğrenilmiş olup istatistiksel olarak değerlendirilme yapılmamıştır. Hastaların on bir tanesi müziği beğenmediği ve kendilerin seçtikleri müziği dinlemek istediklerini ifade etmişlerdir (Çizelge4.10.2).

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Adana Devlet Hastanesi yoğun bakımında, Serebro Vasküler Olay nedeniyle tedavi görmekte olan hastalara dinletilen müziğin konfor, ağrı ve anksiyeteye etkisini belirlemek amacı ile kendinden kontollü ve deneysel bir klinik çalışma olarak planlanan bu araştırmada, elde edilen bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 64,6±12,0 (38-99), yatış gün ortalaması 4,6±4,0 (2-25) olarak saptanmıştır. Cinsiyet ve medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında hastaların %55,6'sı (n=40) erkek, %44,4'ü (n=32) kadın; %91,7'si (n=66) evli, %8,3'ü (n=6) bekar; %90,3'ü (n=65) çocuklu %9,7'si (n=7) çocuksuz olduğu görülmektedir. Eğitim durumları incelendiğinde %47,2'sinin (n=34) okur-yazar olmadığı ve %52,8'nin (n=38) okul mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %54,2'si (n=39) kentsel, % 45,8'i (n=33) kırsal bölgede yaşamakta ve %41,7'si (n=30) ev hanımı, %18,1'i (n=13) işçi, %18,1'i (n=13) serbest meslek sahibi %9,7'si (n=7) emekli, %9,7'si (n=7) işsiz, %2,8'i (n=2) memurdur. Hastaların %93,1'inin (n=67) sosyal güvencesinin olduğunu, %66,7'si (n=48) gelir durumunun orta olduğunu, %33,3'ü (n=24) ise gelir durumunun düşük olduğunu belirtmiştir.
2. Hastaların müzik dinleme süresinin ortalaması 29,7±1,1dakika (25-30) olup, %93,1'i (n=67) 30 dakika müzik dinlemiştir. Hastaların %58,3'ü (n=42) hiçbir gevşeme yöntemini kullanmadığını ifade etmiştir. Hastalardan %11,1'i (n=8) gevşeme yöntemi olarak müzik dinlediğini belirtmiştir(Çizelge4.2).
3. Hastalara müzik dinletmeden yaşam bulguların ortalaması; Tansiyon Arteriyel=142/78mm/Hg, kalp hızı=85/dk, solunum=21/dk, pulse oksimetre=%95,8 olarak saptanmıştır.
4. Hastaların yarım saatlik aradan sonra (müziksiz) yaşam bulguların ortalaması; Tansiyon Arteriyel=141/77mm/Hg, kalp hızı=84/dk, solunum=21/dk, pulse oksimetre=%96 olarak saptanmıştır.

5. Hastalara müzik dinletildikten sonra bulgularının ortalaması; Tansiyon Arteriyel=138/76mm/Hg, kalp hızı=83/dk, solunum=20/dk, pulse oksimetre=%96,4 olarak saptanmıştır.
6. Hastalara müzik dinletilirken 0. dakikada yaşam bulgularının ortalaması; Tansiyon Arteriyel=141/77mm/Hg, kalp hızı=83/dk, solunum=21/dk, pulse oksimetre=%96 olarak saptanmıştır.
7. Hastalara müzik dinletilirken 15. dakikada yaşam bulgularının ortalaması; Tansiyon Arteriyel=140/76mm/Hg, kalp hızı=83/dk, solunum=20/dk, pulse oksimetre=%96 olarak saptanmıştır.
8. Hastalara müzik dinletilirken 30. dakikada yaşam bulgularının ortalaması; Tansiyon Arteriyel=138/77mm/Hg, kalp hızı=83/dk, solunum=20/dk, pulse oksimetre=%96 olarak saptanmıştır.
9. Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında VAS ağrı puan ortalamalarının 2,3 ve yarım saatlik bekleme süresinde 2,0 olduğu müzik dinletildikten sonra ise VAS ağrı puan ortalamasının 0,7'ye düştüğü görülmüştür. Hastalara müzik dinletilmediği sürelerin başlangıç ve sonucundaki VAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0,05$), müzik dinledikten sonra VAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşme olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
10. Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında (yüz skalası) anksiyete puan ortalamalarının 3,9 ve yarım saatlik bekleme süresinde 3,0 olduğu müzik dinletildikten sonra ise yüz skalası anksiyete puan ortalamasının 1,2'ye düştüğü görülmüştür. Hastalar müzik dinletilmediği süreler içinde ve müzik dinledikten sonra yüz skalası anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşme olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
11. Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında durumluk kaygı düzey ortalamalarının 41,5 ±10,4 ve yarım saatlik bekleme süresinde 43,6±10,2'ye yükseldiği, müzik dinletildikten sonra ise durumluk kaygı düzey ortalamasının 34,7±8,6'ya düştüğü görülmüştür. Hastalar müzik dinletilmediği süreler içinde ve müzik dinledikten sonra durumluk kaygı düzey ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşme olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
12. Hastaların sürekli kaygı düzeyleri 44,8±8,4 (29-68) olarak saptanmıştır.

13. Hastaların müzik dinlemediği sürenin başlangıcında genel konfor puan ortalamalarının 135,3 ±11,8 olduğu ve yarım saatlik bekleme süresinde 133,2±12,4'e düştüğü, müzik dinletildikten sonra ise genel konfor puan ortalamasının 142,7±11,0'a yükseldiği görülmüştür. Hastalar müzik dinletilmediği süreler içinde ve müzik dinledikten sonra genel konfor puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
14. Hastaların müzik dinlemeden önce genel konfor ölçeği alt boyutları ortalamalarının dağılımı incelendiğinde;
    - fiziksel ferahlama puanları 12,3±1,8 (7-15), fiziksel rahatlama puanları 11,1±1,9 (7-15), fiziksel üstünlük puanları 11,3±1,7(8-16)olarak saptanmıştır.
    - Psikospritüel ferahlama puanları 11,8±2 (7-16), psikospritüel rahatlama 13,7±2,3(8-20), psikospritüel üstünlük puanları 12,1±1,7(8-16) olarak saptanmıştır.
    - Çevresel ferahlama puanları 12,2±1,7 (9-16), çevresel rahatlama 11,4±1,8(7-16), çevresel üstünlük puanları 13,8±2 (9-19) olarak saptanmıştır.
    - Sosyokültürel ferahlama puanları 10,9±2 (5-16), sosyokültürel rahatlama 9,7±1,9 (5-14), sosyokültürel üstünlük puanları 5,1±1,3 (3-8) olarak saptanmıştır.
15. Hastaların müzik dinlemeden ve yarım saatlik bekleme süresinden sonra genel konfor ölçeği alt boyutları ortalamalarının dağılımı incelendiğinde;
    - fiziksel ferahlama puanları 12,6±1,8 (6-15), fiziksel rahatlama puanları 10,7±2 (6-16), fiziksel üstünlük puanları 11,2±1,5 (6-15)olarak saptanmıştır.
    - Psikospritüel ferahlama puanları 11,6±1,7 (7-15), psikospritüel rahatlama 13,7±2,3 (8-20), psikospritüel üstünlük puanları 11,7±1,7 (7-16) olarak saptanmıştır.
    - Çevresel ferahlama puanları 11,9±1,7 (7-16), çevresel rahatlama 11,1±1,8(7-16), çevresel üstünlük puanları 13,8±2,5 (8-27) olarak saptanmıştır.
    - Sosyokültürel ferahlama puanları 10,8±2 (7-16), sosyokültürel rahatlama 9,6±1,9 (6-16), sosyokültürel üstünlük puanları 4,9±1,2 (3-8) olarak saptanmıştır.
16. Hastaların müzik dinledikten sonra, genel konfor ölçeği alt boyutları ortalamalarının dağılımı incelendiğinde;

- fiziksel ferahlama puanları 12,7±1,7 (6-16), fiziksel rahatlama puanları 12,2±2 (7-16), fiziksel üstünlük puanları 11,4±1,3 (8-15)olarak saptanmıştır. - Psikospritüel ferahlama puanları 12,8±1,8 (7-16), psikospritüel rahatlama 14,7±2,2 (9-20), psikospritüel üstünlük puanları 12,7±2(8-16) olarak saptanmıştır.

- Çevresel ferahlama puanları 13,3±1,4 (9-16), çevresel rahatlama 12±1,4 (7-16), çevresel üstünlük puanları 14,3±1,9 (11-19) olarak saptanmıştır.

- Sosyokültürel ferahlama puanları 11,1±1,7 (7-14), sosyokültürel rahatlama 10,1±1,4 (6-13), sosyokültürel üstünlük puanları 5±1,1 (3-8) olarak saptanmıştır.

17. Hastaların müzik dinlemediği dönemde genel konfor ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında;

-fiziksel ferahlama puanları artma, fiziksel rahatlama puanlarında azalma, fiziksel üstünlük puanlarında azalma,

-psikospritüel ferahlama puanlarında azalma, psikospritüel rahatlama puanlarında olumsuz azalma, psikospritüel üstünlük puanlarında olumsuz azalma,

-çevresel ferahlama puanlarında azalma, çevresel rahatlama puanlarında azalma, çevresel üstünlük puanlarında artma,

-sosyokültürel ferahlama puanlarında azalma, sosyokültürel rahatlama puanlarında azalma, sosyokültürel üstünlük puanlarında azalma saptanmıştır.

Hastaların müzik dinledikten sonraki dönemde genel konfor ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında;

- fiziksel ferahlama puanları artma, fiziksel rahatlama puanlarında artma, fiziksel üstünlük puanlarında artma,

- psikospritüel ferahlama puanlarında artma, psikospritüel rahatlama puanlarında artma, psikospritüel üstünlük puanlarında olumsuz azalma,

- çevresel ferahlama puanlarında artma, çevresel rahatlama puanlarında artma, çevresel üstünlük puanlarında artma,

- sosyokültürel ferahlama puanlarında artma, sosyokültürel rahatlama puanlarında artma, sosyokültürel üstünlük puanlarında azalma saptanmıştır.

18. Araştırmaya katılan hastalardan müzik hakkındaki yorumları araştırmadan bağımsız olarak öğrenilmiş olup istatistiksel olarak değerlendirilme

yapılmamıştır. Hastaların on bir tanesi müziği beğenmediği ve kendilerin seçtikleri müziği dinlemek istediklerini ifade etmişlerdir (Çizelge4.10.2).

19. Hastaların müzik dinledikten sonra sosyodemografik özelliklerinin yaşam bulguları, ağrı, anksiyete ve konfor puan ortalamalarına göre dağılımları bakıldığında;

- medeni durumu, çocuk sahibi olması ile yaşam bulgularından sistolik tansiyon arteriyel arasında ve yaşadığı yer ile yaşam bulgularından pulse oksimetre arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır($p<0,05$).
- eğitim durumları ile ağrı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$).
- medeni durumu ile durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$).
- sosyodemografik özelliklerden herhangi biri ile genel konfor düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır($p>0,05$).

6.2. Öneriler

Yoğun bakım hastalarının tedavi ve fiziksel bakımlarının yanında psikososyal tedavi ve bakımı, tamamlayıcı tedavinin vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Müzik ile tedavi, geleneksel tedavileri destekleyen bir tedavi girişimi olması nedeniyle alternatif olarak kullanılabilir.

Yoğun bakım üniteleri gibi stresin fazlaca var olduğu hastanedeki kliniklerde, uygun bir atmosfer oluşturmak amacı ile alternatif terapötik yaklaşımlar olarak algılanan sıradışı bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olan, kolay ulaşılabilen, ucuz ve etkin bir yöntem olan müzik ile tedavi bireyin, etkili baş etme yanıtlarını artırmak için hemşirelik uygulamalarına dahil etmek gerekebilir.

1. Alternatif terapötik yaklaşımlar olarak bilinen bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olan Müzikle tedavisi, hemşirelik uygulamalarına dahil edilerek bu konuda hizmet içi programların düzenlenmesi,
2. Anksiyete ve ağrıya olumlu etkisi olan müziklerin, kulaklık yardımı ile bireysel olarak dinletilmesi için hastane yönetimine öneride bulunulması,

3. Yoğun bakım hastalarının bireysel olarak müzik dinleyebilmeleri için hasta ünitesine müzik sistemi ve kulaklık yardımı ile müzik tedavisine olanak veren, fiziksel çevre düzenlemesinin yapılması,

4. Terapötik bir girişim olan müziğin uzun süreli etkinliğinin araştırılması ve bu konuda daha geniş hasta gruplarını kapsayan bireyin seçtiği müzik türleri ile ilgili araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. **Aslan S, Özer N.** Yoğun Bakım Hastalarının Duyusal Girdi Sorunlarında Tamamlayıcı Tedaviler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2010**; 13(2):68-75
   Erişim: (http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/view/2765/2714)
   Erişim Tarihi: 30.11.2010

2. **Eti Aslan F, Karadağ Ş**. Ağrı: Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşireye Hastanın Yerine Düşünme ve Hissetme Zorunluluk ve Sorumluluğu Yükleyen Bir sorun. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* **2007**; 11(2): 89-95

3. **Uçan Ö, Ovayolu N**. Müzik ve Tıpta Kullanımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2006**; 1(3):14-22.

4. **Khorshıd L. Akın E.** Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda Anksiyete Yönetiminde Müzikle tedavinin Yeri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* **2007;** 11(2):83-88.

5. **Ak A Ş.** *Avrupa ve Türk –İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi Tarihi Gelişimi Ve Uygulamaları*. 2. Baskı, İstanbul: Özener Matbaası, **2006.**

6. **Gezer Şahin D**. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma. Yüksek Lisans, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2010.
   Erişim:http://bliss.cukurova.edu.tr/cgibin/w3advancedtr?firsthit=0&ready=1&a=4&p=0&e=0&b=OG0&c=OG0&k=*&n=*&database=CUKURTEZ&seachindex=YZK%2FYZS%2F&yontem=K&query=derya+%FEahin+gezer&maxhits=10&vol=1&outputformat=1&z=A **Erişim Tarihi:** 30.11.2010

7. **Hatipoğlu S.** Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2002**; 44 (4): 475-479.
   Erişim: (http://www.gulhanemedicaljournal.org/pdf/pdf_GMJ_23.pdf**)**
   Erişim Tarihi: 30.11.2010.

8. **Çelikel T.** Türkiye'de ve Dünya'da Yoğun Bakım Uzmanlığı. *Yoğun Bakım Dergisi,* **2001**; 1(1): 5-9.
   Erişim: http://www.dcyogunbakim.org.tr/yayinlar/2001/2001_1/5-9.pdf
   Erişim Tarihi:30.11.2010

9. **Velioğlu P.** *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Alaş Ofset; **1999.**

10. **Z. Tuğçe K, Arda D.** Hasta Bakım Ve Tedavi Ünitelerinin Verimli Tasarlanması. *YTÜ Mimarlık Fakültesi*, **2009;** 4(1):68-80.

11. **Irvin R S, Rippe J M, Curley F J, Heard S O.** *Yoğun Bakımda Girişimler ve Teknikler*. 3.Baskı, İstanbul: Nobel Matbaacılık.**2005.**

12. **Demir F, Dramalı A.** Yoğun Bakım Ünitelerinin Tasarımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2002**; 6 (1): 8-15.

13. **Arıboğan A, Bilgen S.** Reanimasyon "Kritik = Yoğun Bakım" Kavramı ve Yapılanma Özellikleri.
   Erişim: http:// www.cu.edu.tr/anestezi/reanimasyonnot/newpage12.htm
   Erişim Tarihi: 30.11.2010

14. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi. **2009**
Erişim: http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-9331/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200956.html
Erişim Tarihi: 30.11.2010

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

16. Gülyüz H. *Evde Bakım; Nörolojik Hastalıklarda Evde Bakım,* İzmir: Meta Basım Ve Matbacılık Hizmetleri.**2006**

17. Oğul E. *Klinik Nöroloji,* İstanbul: Motif Basım. **2002**

18. Bıller J. *Practıcal Neurology*, 2 th Ed, USA: Lippincontt Williams & Wilkins.**2002.**

19. Öge E. *Nöroloji.* Nobel Matbaacılık.**2004.**

20. Eyigör S, Kirazlı Y. İnme Rehabilitasyonu, *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **2005**; 3(1):30-38.

21. Ropper H A, Brown R H. *Adams and Victor's Prıncıples Of Neurology.*8.Baskı, Ankara: Öncü Basımevi.**2006.**

22. Balkan S. *Serebrovasküler Hastalıklar.* Ankara: Öncü Basım Evi.**2002**

23. Lindsay K, Bone I, Callander R. *Resimli Açıklamaları İle Nöroloji Ve Nöroşirürji.* 3.Baskı, İstanbul: Alemder Ofset,**2000.**

24. Akça Ay. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar.*1. Baskı, İstanbul: Medikal Yayıncılık, **2007**.

25. Kolcaba K Y. A Theory Of Holistic Comfort For Nursing. *Journal Of Advanced Nursing,***1994**; 19: 1178-1184.

26. Kolcaba K Y. An Analysis Of The Concept Of Comfort. *Journal Of Advanced Nursing,***1991**;16: 1301-1310.

27. Pınar G, Doğan N, Algıer L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*,**2009***;* 36(3): 184-190

28. Kuğuoğlu S, Karabacak Ü. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* **2008**; 16(61):16-23.

29. Karakaplan S, Yıldız H. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemsirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* **2010**; 3(1): 55-65.
Erişim: (http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt3sayi1/55-65.pdf)

30. Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, Spiritüalite Ve Konfor Kavramlarının Meleis'in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* **2009**; 2(1): 51-58.
Erişim: (http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi1nisan2009/51_58.pdf)
Erişim Tarihi: 01.04.2009

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

32. Erdemir F.*Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Matbaacılık, **2005**.

33. **Pektekin Ç.** *Psikiyatri Hemşireliği*. 2. Basım, Eskişehir: Etam A.Ş.**1993**.

34. **Öztürk O.** *Ruh sağlığı ve Bozuklukları*.9.Basım, Ankara: Feryal Matbaası,**1999.**

35. **Kum N.** *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. 1. Baskı, İstanbul: Vehbi koç Yayınları No:13, **1996**.

36. **Kennerly H.** Overcoming Anxiety.1st Ed, New York: New York University Press,**1997**.

37. **Small G.** *Hafızanın Kutsal Kitabı*. 1. Baskı, İstanbul: Omega Yayınları, **2005**.

38. **Özer K.** *Kaygı*.1.Basım, İstanbul: Sistem Yayıncılık ve Mat. San.Tic.A.Ş., **2002**.

39. **Dedeli Ö, Durmaz Akyol A**. Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2008;12(1-2):26-32.

40. **Üstün B, Akgün E, Partlak N.** Hemşirelikte İletişim Becerileri. İzmir: Okullar Yayınevi, **2005**.

41. **Öz F**. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar.* Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ., **2004**.

42. **Birol L.** *Hemşirelik Süreci*. 5. Baskı. İzmir: Etki Matbacılık, **2002**.

43. **Aydemir Ö, Köroğlu E.** *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği,* Ankara: Hekimler Yayın Birliği,**2006**.

44. **Durmuş O**.*Yaşlı Sağlığı,* Ankara: Pelin Ofset,**2002**.

45. **Ceylan M E, Türkcan A.** *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 2. Cilt Demans*. 2. Baskı, İstanbul: M Emin Ceylan, **2006**.

46. **Erdine S.** *Ağrının Tarihçesi Ağrı*,1. Baskı, İstanbul: Alemdar Ofset, **2000**.

47. **Eren H.** *Türkçe sözlük*. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basım Evi, **1988**.

48. **Potter A P, Perry A G.** *Clinical Nursing Skills & Techniques,* 6th. Edition, USA: Elsevier Mosby,**2006**.

49. **Tüzün Ş.** *Cep Tıp Nonsteroid Antiinflamtuvar İlaç Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayın Evi, **2006**.

50. **Türk Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Derneği (TARD).** *Anestezi Uygulama Kılavuzları, Postoperatif Ağrı Tedavisi*, **2006**.

51. **Edirne S.** (2010) Ameliyat sonrası ağrı tedavisi.
Erişim: (www.algoloji.org.tr) **Erişim Tarihi:** 04.12.2010
Eti Aslan F. *Travmada Ağrı. In: Şelimen D. (ed) Acil Bakım.*3. Baskı, İstanbul: Tavaslı Matbaası,**2004.**

52. **Aslan Eti F.** Akut Ağrı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2005**; 2(1): 24 – 32

53. **Marcus D M. (Çeviri Editörü; Siva A).** *Kronik Ağrı*. Humana Press, **2005**.

Soykan A, Kumbasar H. Kronik Ağrı Tedavisinde Psikiyatrik Yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **1999**;2(2):109-116.

54. **Aydın O N.** Ağrı Ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi,* **2002**; 3(2) : 37 – 48.

55. Tan E (Ed). *Nöropatik Ağrı*. İstanbul: Nobel Matbacılık, **2009**

56. Eti Aslan F. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2002;** 6 (1) : 9-16.

57. Çöçelli L P, Bacaksız D B, Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi,* **2008**; 14: 53-58.

58. Kara S. Müziğin Fizyolojik Ve Sosyal Etkileri. *Sağlıkta Nabız.* **2010;** 7 (26): 78-79.

59. Yıldırım S, Gürkan A. Müziğin, Kemoterapi Yan Etkilerine Ve Kaygı Düzeyine Etkisi**.** *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* **2007**; 8: 37-45.
Erişim:(http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/apd/fulltext/2007/37.pdf)
Erişim Tarihi:06.12.2010

60. Çoban A. *Müzikterapi*..1.Baskı, İstanbul: Tavaslı Matbaacılık, **2005**.

61. Somakçı P. Türklerde Müzikle Tedavi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2003**; 15(2):131-140
Erişim: (http://www.sbe.erciyes.edu.tr/dergi/sayi_15/07_somakci.pdf)
Erişim Tarihi: 06.12.2010

62. Erer S, Atıcı E. Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2010**; 36 (1) 29-32.
Erişim: (http://kutuphane.uludag.edu.tr/PDF/tip/htmpdf/2010-36(1)/M6.pdf)
Erişim Tarihi: 06.12.2010

63. Gencel Ö. Müzikle Tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, **2006**;14(2): 697-706
Erişim: (http://www.kefdergi.com/pdf/14_2/697-706.pdf)
Erişim Tarihi: 06.12.2010

64. Eyles Z. Bir Şifa Vesilesi: Müzik.
Erişim: (http://www.sizinti.com.tr/konular/ayrinti/bir-sifa-vesilesi-muzik.html)
Erişim Tarihi: 05.12.2010

***65.* Uçan Ö, Ovayolu N.** Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler**.** *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* **2007;**2(4):123-133

66. Chalan L. Effectiveness of music therapy invention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilatory assistance. *Hert Lung*, **1998**;27:169-76

67. Lee OK, Chung YF,Chan MF,Chan WH. Music and its effect on the physiological responses and anxity levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study. *Journal of Clinical Nurse*, **2005**;14: 609-620

68. Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Yıldırım Y. *Kanser ve Palyatif Bakım.* İzmir: Meta Basım, **2006.**

69. Moreno J. (Ç.E)Doğaner İ. *Psikodramada Müziğin Tarihi, İçinizdeki Müziği Eylemek, Müzikle tedavisi ve Psikodrama,***2001**.

70. Hilliard RE. The effct of music therapy sessions on compassion fatigıe and team bulding of profesional hospice caregivers. *The Arts İn Psychotherapy*, **2006**;33: 395-401.

71. Kemper K, Danhaur S. Music as Therapy. *Southern Medical Journal*,**2005**, 98(3):282-288.

72. Briggs J. Music as an Intervention İn Hospitals. *Best Practise Evedence Based Practise Informatıon Sheets For Health Professionals,* **2001**;5(4):1-6.

73. Chlan LL. Relationship between two anxiety instruments in petients receving mechanical ventilatory support. *Journal of Advanced Nursing,* **2004**;48:493-499.

74. Chlan LL. Engeland WC, Antony A, Guttormson J. Influence Of music On the stres response in patients receiving mechanical ventilatory support:a pilot study. *American Journel Of Critıcal Care*, **2007**;16: 141-145

75. Elliot R, Wright L. Verbal Communication: What do critical care nurses say to their unconscious or sedated patients?. *Journal of Advanced Nursing*, **1999**;29:1412-1420

76. Roberts B, Chaboyer W. Patients dreams and unreal experinces following intensive care unit admission. *Nurse Critıcal Care*,**2004**;9: 173-180

77. Jonson P, St John W, Moyle W. Long-Term Mechanical ventilation in a critical care unit: existing in a uneveryday world. *Journal of Advanced Nursing*, **2006**;53:551-558

78. Chlan LL. Description of anxiety levels by individual differences and clinical factors in patients receving mechanical ventilatory support. *Heart Lung,* **2003**;32: 275-282

79. Almerud S, Petersen K. Music therapy-a complemantery treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *İntensive Crit Care Nursing,* **2003**;19: 21-30

80. Chang SC, Chen CH. Effects of music therapy on women's physiologic measures, anxiety,and satisfaction during cesarean delivery. *Research Nursing & Healt*, **2005**; 28:453-461.

81. Ebneshahidi A, Mohseni M. The Effect of Patient- Selected Music on Early Postoperative Pain, Anxiety, And Hemodynamic Profile in Cesarean Section Surgery.*The Journel Of Alternatıve And Complementary Medıcıne.* **2008**;14(7):827-831.

82. Chlan L. Tracy MF, Nelson B, Walker J. Feasibility of a music intervention protocol for patients receiving mechanical ventilatory support. *The Journel Of Alternatıve And Complementary Medıcıne,* **2001**;7: 80-83.

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

84. Uçan Ö, Ovayolu N, Savaş M C. Üst Gastrointestinal sistem endoskopisi işleminde dinletilen müziğin hastaların bazı değerlerine, memnuniyetine ve işlemin başarısına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2007**; 10(3):16-23.

85. McKinley S, Coote K, Stein-Parbury J. Development And Testing Of a Faces Scale For The Assessment Of Anxiety İn Critically İll Patients, *Journal of Advanced Nursing*,**2003**; 41(1):73–79

86. Yung P.M.B. , Chuı-Kam S, French P, Chan T.M.F. A Controlled Trial Of Music And Pre-operative Anxiety in Chinese Men Undergoing Transurethral Resection Of The Prostate. *Journal of Advanced Nursing*, **2002**; 39(4):352–359

Wong HL, Lopez-Nahas V, Molassiotis A. Effects Of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. *Heart Lung*, **2001**; 30: 376-387

87. Besel J M,The Effects Music Therapy On Comfort In The Mechanıcally Ventılated Patıent In The Intensıve Care Unıt. A Thesis Submitted İn Partial Fulfillment of the Requirements For The Degree of Master of Nursing, Montana State Universty, Montana, 2006.

EKLER

EK-1:SOSYO - DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İÇEREN ANKET FORMU

Adı-Soyadı: **Tanı:** **Yatış Gün:** **Tarih:**

1.Yaş.....

2. Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

3. Medeni Durumunuz: a) Bekâr b) Evli

4. Çocuğunuz: a) Var b) Yok

5. Eğitim Durumunuz:

a) Okuryazar değil b) İlköğretim c) Ortaöğrenim
d)Yükseköğrenim

6. Yaşadığınız Yer: a) Köy b) İlçe c) İl

7. Çalışıyor musunuz: a) Evet b) Hayır

8. Mesleğiniz:

a) Ev Hanımı b)Serbest Meslek c) İşçi d) Emekli
e) Memur f) İşsiz

9. Gelir Durumunuz: a) Düşük b) Orta c) Yüksek

10. Sosyal Güvenceniz: a) Var b)Yok

11. Daha önce gevşeme yöntemi olarak ne kullanıyordunuz? …….

EK-2:YAŞAM BULGULARI FORMU

Müzik Dinletilmeden Ön Test Değerlendirilen Bulgular;

Yaşam Bulguları	**0. Dakika**	**15. Dakika**	**30. Dakika**
Tansiyon Arteriyel			
Kalp Hızı			
Solunum			
Pulse Oksimetre			

Müzik Dinletilmeden Son Test Değerlendirilen Bulgular;

Yaşam Bulguları	**0. Dakika**	**15. Dakika**	**30. Dakika**
Tansiyon Arteriyel			
Kalp Hızı			
Solunum			
Pulse Oksimetre			

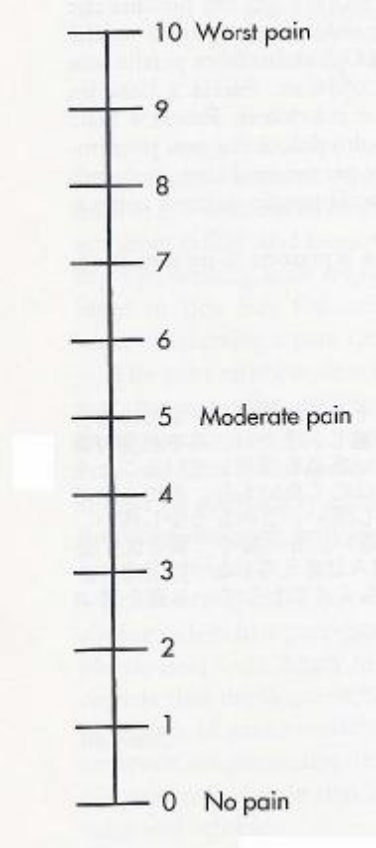
Müzik Dinletilirken değerlendirilen Bulgular;

Yaşam Bulguları	**0. Dakika**	**15. Dakika**	**30. Dakika**
Tansiyon Arteriyel			
Kalp Hızı			
Solunum			
Pulse Oksimetre			

Müzik Dinletildikten Sonra Son Test Değerlendirilen Bulgular;

Yaşam Bulguları	**0. Dakika**	**15. Dakika**	**30. Dakika**
Tansiyon Arteriyel			
Kalp Hızı			
Solunum			
Pulse Oksimetre			

EK-3:VAS SAYISAL SKALA İLE AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU



Adı Soyadı	Müzik Dinlemeden Önce (Ön Test)	Müzik Dinlemeden Önce (Son Test)	Müzik Dinletildikten Sonra (Son Test)

EK-4:YÜZ SKALASI İLE ANKSİYETE DEĞERLENDİRME FORMU



2 4 6 8 10

(2) Hafif anksiyete var

(4) Orta şiddette anksiyetevar

(6)Çok anksiyete var

(8)Şiddetli anksiyete var

(10) Çok şiddetli anksiyete var

Adı Soyadı	**Müzik Dinlemeden Önce (Ön Test)**			**Müzik Dinlemeden Önce (Son Test)**			**Müzik Dinletildikten Sonra (Son Test)**		
	0.dk	15.dk	30.dk	0.dk	15.dk	30.dk	0.dk	15.dk	30.dk

EK-5:STAI-1 DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ 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-6:STAI-2 SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ FORMU

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifade hastaya okunup, sonrada o genel olarak nasıl hissettiği öğrenilip ifadelerin sağ tarafındaki kutucuklardan uygun olanı karalamak suretiyle işaretlenir. Doğru ya da yanlış cevap olmadığı hastaya açıklanır. Her hangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğini gösteren cevap işaretlenir.

		Hemen Hiçbir Zaman	**Bazen**	**Çoğu Zaman**	**Hemen Her Zaman**
21	Genellikle keyfim yerindedir.	**1**	**2**	**3**	**4**
22	Genellikle çabuk yorulurum.	**1**	**2**	**3**	**4**
23	Genellikle kolay ağlarım.	**1**	**2**	**3**	**4**
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	**1**	**2**	**3**	**4**
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım.	**1**	**2**	**3**	**4**
26	Kendimi dinlenmiş hissederim.	**1**	**2**	**3**	**4**
27	Genellikle sakin, kendime hâkim ve soğukkanlıyım.	**1**	**2**	**3**	**4**
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	**1**	**2**	**3**	**4**
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	**1**	**2**	**3**	**4**
30	Genellikle mutluyum.	**1**	**2**	**3**	**4**
31	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	**1**	**2**	**3**	**4**
32	Genellikle kendime güvenim yoktur.	**1**	**2**	**3**	**4**
33	Genellikle kendimi güvende hissederim.	**1**	**2**	**3**	**4**
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	**1**	**2**	**3**	**4**
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	**1**	**2**	**3**	**4**
36	Genellikle hayatımdan memnunum.	**1**	**2**	**3**	**4**
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	**1**	**2**	**3**	**4**
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	**1**	**2**	**3**	**4**
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım.	**1**	**2**	**3**	**4**
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	**1**	**2**	**3**	**4**

EK-7:TÜRKÇE'YE UYARLANAN GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ

MADDE NO	Uygun Değil	Uygun Hale Getirilmeli	Uygun Ufak Değişiklik	Çok Uygun
1. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum.				
2. Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum.				
3. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum.				
4. Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var.				
5. Egzersiz yapmak istemiyorum.				
6. Durumum beni bunaltıyor.				
7. Kendimi güvende hissediyorum.				
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum.				
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum.				
10. Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor.				
11. Bulunduğum ortamdan memnunum.				
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor.				
13. Kimse beni anlamıyor.				
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum.				
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim.				
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum.				
17. İnancım korkusuz olmama yardım ediyor.				
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum.				
19. Şu anda kabızım.				
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum.				
21. Bu oda beni ürkütüyor.				
22. Bundan sonra olacaklardan korkuyorum.				
23. Önemli olduğumu bana hissettirenler var.				
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum.				
25. Açım.				
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum.				
27. Bu odanın ısısı iyi.				
28. Çok yorgunum.				
29. Ağrımla başa çıkabiliyorum.				
30. Bulunduğum ortam beni rahatlatıyor.				
31. Memnunum.				
32. Bu sandalye/yatak rahatsız.				
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırır.				
34. Özel eşyalarım burada değil.				
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum.				
36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum.				
37. Arkadaşlarım telf.ederek/ elektronik posta ile beni hatırlıyor.				
38. İnançlarım bana huzur veriyor.				
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum.				
40. Kendimi kontrol edemiyorum.				
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum.				
42. Bu oda berbat kokuyor.				
43. Tek başınayım ama yalnız hissetmiyorum.				
44. Kendimi huzurlu hissediyorum.				
45. Kederliyim.				
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim.				
47. Burada yaşamak kolay.				
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum.				

EK-8:AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: Yoğun Bakım Ünitesinde Serebro Vasküler Olay Tanısıyla Yatan Hastalarda Konfor, Anksiyete ve Ağrı Yönetiminde Müzikle tedavinin Yeri.

b. Araştırmanın Amacı: Yoğun bakım ünitesinde Serebro Vasküler Olay tanısıyla yatan hastalarda konfor, anksiyete ve ağrı yönetiminde Müzikle tedavinin etkinliğini kanıtlamak amacıyla planlanmıştır.

c. Araştırmanın Niteliği: Yüksek lisans tez araştırması olan çalışma yoğun bakımda yapılacaktır.

d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: Eylül 2009-Ocak 2011

e. Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 72

f. Araştırma da İzlenecek Deneysel İşlemler ve Tedavi: Hastaya, öntest (Genel Konfor Ölçeği [Ek-7], VAS Ağrı Skalası [Ek-3], Yüz Anksiyete Skalası [Ek-4], STAI-1 Durumluk ve STAI-2 Sürekli Kaygı Envanteri [Ek-5-6] değerlendirme ve yaşam bulguları 0.dk, 15.dk, 30.dk'da kayıt etme) - 30 dakika dinlenme - son test (Genel Konfor Ölçeği [Ek-7], VAS Ağrı Skalası [Ek-3], Yüz Anksiyete Skalası [Ek-4], STAİ-1 Durumluk Kaygı Envanteri [Ek-5] değerlendirme ve yaşam bulguları 0.dk, 15.dk, 30.dk kayıt etme) - 30 dakika müzik dinletme (Mp3 çalar yardımı ile kulaklıkla) - son test (Genel Konfor Ölçeği [Ek-7], VAS Ağrı Skalası [Ek-3], Yüz Anksiyete Skalası [Ek-4], STAI-1 Durumluk Kaygı Envanteri [Ek-5] değerlendirme ve yaşam bulguları 0.dk, 15.dk, 30.dk'da kayıt etme) sırasıyla uygulanacaktır.

2. Gönüllünün Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve rahatsızlıklar:

Araştırma sırasında ilaç, tıbbi bir araç kullanılmayacağından hasta için bir risk taşımamaktadır.

3. Gönüllüler İçin Araştırmadan Beklenen Tıbbi Yarar:

Hastanın yoğun bakımda yattığı dönem içerisinde ağrı, anksiyetesinin en aza indirilmesi ve rahatlığının sağlanması araştırmadan beklenen yarardır.

4. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

5. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

6. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, uygulanan yöntemin verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

7. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün;

Adı- Soyadı: Yaş ve Cinsiyeti: İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası): Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı;

Adı- Soyadı: İmzası: Tarih: İmzası:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı: İmzası:Görevi: Tarih:

EK-9: GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ KULLANIMI İZİN BELGESİ

11.09.2009

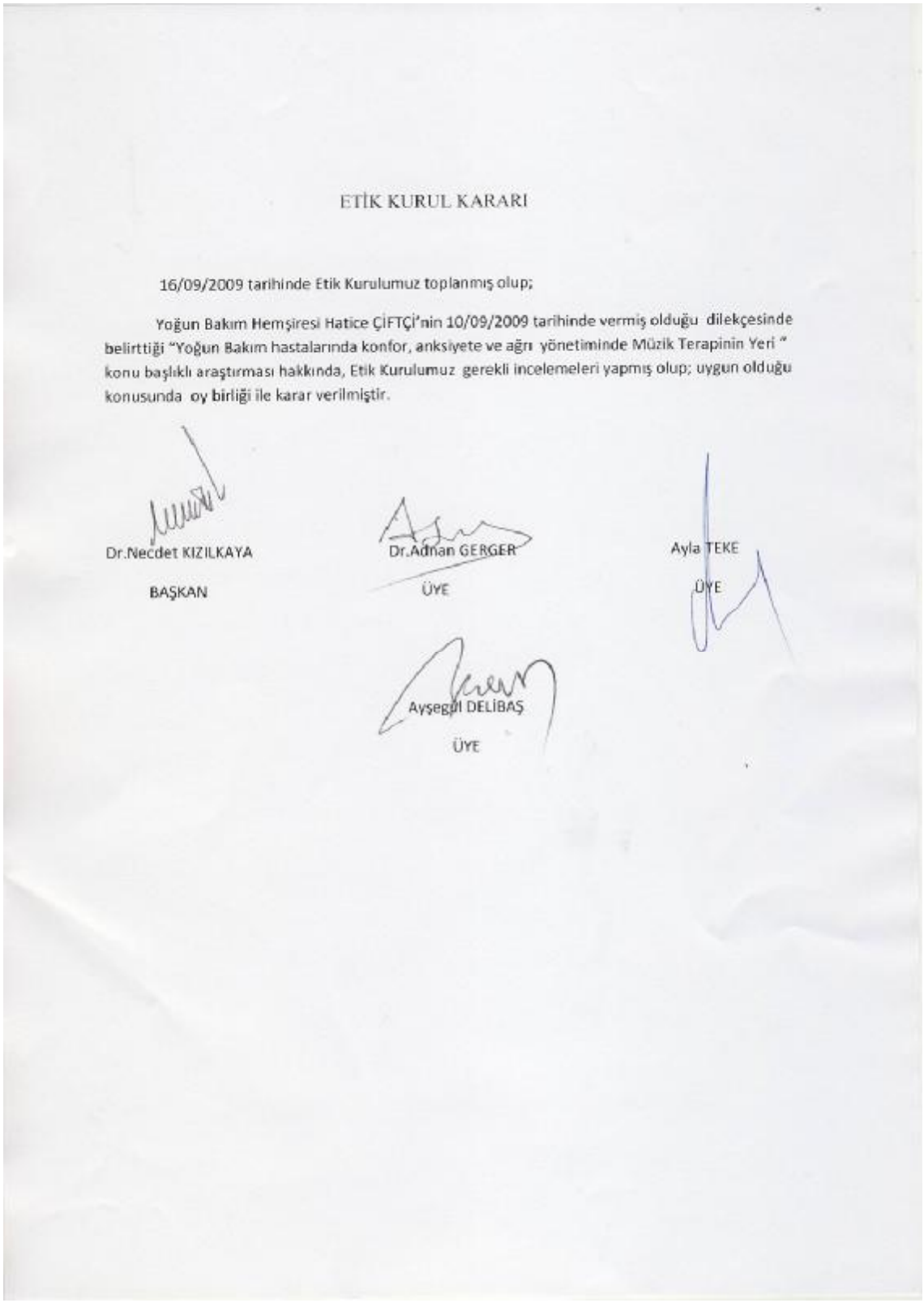
Sayın Hatice Çiftçi,
Adana Devlet Hastanesi
Yoğun Bakım Ünitesi
Adana

Yrd. Doç Dr. Ükke KARABACAK ve tarafımca Türkçe uyarlaması yapılan ‘’Genel Konfor’’ Ölçeğini Yüksek Lisans Tez çalışmanızda kullanmanız uygundur. Bilgilerinize arz eder, başarılar dilerim.

Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU

Pediatric Nurse
450 95th Street B4
Brooklyn, New York 11209
Phone: 001 646 696 9640
e-mail: skuguoglu@gmail.com

EK-10: ETİK KURUL İZİN BELGESİ



ETİK KURUL KARARI

16/09/2009 tarihinde Etik Kurulumuz toplanmış olup;

Yoğun Bakım Hemşiresi Hatice ÇİFTÇİ'nin 10/09/2009 tarihinde vermiş olduğu dilekçesinde belirttiği "Yoğun Bakım hastalarında konfor, anksiyete ve ağrı yönetiminde Müzik Terapinin Yeri " konu başlıklı araştırması hakkında, Etik Kurulumuz gerekli incelemeleri yapmış olup; uygun olduğu konusunda oy birliği ile karar verilmiştir.

Dr.Necdet KIZILKAYA
BAŞKAN

Dr.Adnan GERGER
ÜYE

Ayla TEKE
ÜYE

Ayşegül DELİBAŞ
ÜYE

EK-11: HASTALARA DİNLETİLEN MÜZİĞİN CD'Sİ

ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Tarsus' da doğdu. İlkokulu Cumhuriyet ilköğretim okulunda, orta öğretimini Yaltır Kardeşler Orta Okulunda, lise eğitimini Ceyhan Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik Bölümün de tamamladı. 2002 yılında girdiği Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'nü başarıyla tamamladı. 1999-2002 yılları arasında Özel Seyhan Hastanesi Kalp-Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak görev yaptı. 2003 yılında Ankara'daki Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesine hemşire olarak atandı ve Kalp-Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalıştı. Aynı yıl Adana Devlet Hastanesine hemşire olarak tayini çıktı, başta acil olmak üzere sırası ile genel cerrahi, çocuk cerrahi ve genel yoğun ünitelerinde hemşire olarak çalıştı. 2010 yılından itibaren Adana Devlet Hastanesinde başhemşire olarak görev yapmaktadır. 2007 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı.

1999 yılından itibaren hemşirelikle ilgili çeşitli seminer, sempozyum, konferans, kongre ve kurslara hem yurtiçi hem de yurt dışında katılan Hatice Çiftçi İngilizce bilmektedir.