



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KORONER YOĞUN BAKIM HASTALARINA UYGULANAN  
DOĞA TEMELLİ MÜZİK DİNLETİSİNİN ÖLÜM KAYGISI,  
ANKSİYETE VE FİZYOLOJİK PARAMETRELER ÜZERİNE  
ETKİSİ**

ÖZGE ÖZTÜRK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL – 2022

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi : Özge ÖZTÜRK  
Tez Başlığı : Koroner Yoğun Bakım Hastalarına Uygulanan Doğa Temelli Müzik  
Dinletisinin Ölüm Kaygısı, Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler  
Üzerine Etkisi  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 14.01.2022

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Danışman**

**Kurumu**

**İmza**

Dr.Öğr.Üyesi Esra K.ÇAMDEVİREN İstanbul Medipol Üniversitesi

**Sınav Jüri Üyeleri**

Dr.Öğr.Üyesi Aysel KÖKCÜ DOĞAN İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr. Sonay GÖKTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../ ..... tarih ve ...../..... - ..... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.**

## ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar olan bütün durumlarda etik dışı herhangi bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucunda elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Özge ÖZTÜRK

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimiyle bana rehberlik eden, desteğini esirgemeyen, özverisi ile büyük katkı sağlayan danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN'e,

Tez çalışmamın müzik seçimi konusunda bana yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK'e,

Çalışmaya katılmayı kabul eden Koroner Yoğun Bakım Ünitesi hastalarına ve klinikte görev yapan değerli meslektaşlarıma,

Hayatım boyunca sevgi ve şefkatlerini her daim hissettiğim sevgili annem Hamide ÖZTÜRK ve babam Mahmut ÖZTÜRK'e, başarılı olacağıma dair inançlarını eksik etmeyip bana her zaman destek olan kız kardeşlerim Neslihan ÖZTÜRK ve Amine Ecrin ÖZTÜRK'e,

Lisansüstü eğitimim boyunca bilgi paylaşımında bulunduğum hemşire arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY FORMU .....	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI .....	ii
TEŞEKKÜR .....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
<b>1. ÖZET.....</b>	<b>1</b>
<b>2. ABSTRACT .....</b>	<b>2</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>3</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>7</b>
4.1. Yoğun Bakım Ünitesi.....	7
4.2. Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihsel Gelişimi .....	8
4.3. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Tanımı ve Amacı.....	9
4.4. Koroner Yoğun Bakım Ünitesindeki Bireylerde Fizyolojik Durum .....	10
4.4.1. Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerde takip edilen fizyolojik parametreler.....	11
4.4.2. Koroner yoğun bakım hastasında ölüm kaygısı ve hemşirelik bakımı..	11
4.4.3. Koroner yoğun bakım hastasında anksiyete ve hemşirelik bakımı .....	14
4.4.3.1. Doğa seslerinin anksiyeteye etkisi .....	17
4.5. Müzik ve Sağlık.....	17
4.5.1. Dünyada müzikle tedavinin ortaya çıkışı ve tarihçesi .....	18
4.5.2. Müzik terapinin Türkiye’deki gelişim süreci .....	20
4.5.3. Koroner yoğun bakım hastasında müzik terapinin kullanımı ve hemşirelik bakımı .....	21
<b>5. MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>24</b>
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	24

5.2. Araştırmanın Hipotezleri .....	24
5.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	24
5.4. Araştırma Yeri ve Zamanı .....	24
5.5. Araştırma Evreni ve Örneklemi .....	25
5.5.1. Evren .....	25
5.5.2. Örneklem.....	25
5.6. Araştırmada Randomizasyonun Sağlanması .....	27
5.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	28
5.8. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri .....	28
5.9. Veri Toplama Araçları.....	28
5.9.1. Sosyodemografik ve hastalığa ilişkin hasta tanıtım formu (Ek-1).....	28
5.9.2. Spielberger durumluk anksiyete ölçeği (Ek-2) .....	28
5.9.3. Ölüm kaygısı ölçeği (Ek-3).....	29
5.9.4. Fizyolojik parametre formu (Ek-4) .....	30
5.10. Veri Toplama Yöntemi.....	30
5.11. Araştırmanın Uygulanması.....	31
5.11.1. Müdahale grubu uygulaması.....	31
5.11.2. Kontrol grubu uygulaması.....	32
5.12. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	32
5.13. Araştırmanın Etik Yönü .....	33
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>35</b>
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>43</b>
7.1. Araştırmaya Katılan Hastalara Ait Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması .....	43
7.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ölüm Kaygısı Puanları ve Müzik Dinletisi Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	44
7.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Durumluk Anksiyete Puanları ve Müzik Dinletisi Arasındaki İlişkinin Tartışılması .....	45
7.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Fizyolojik Parametreleri ve Müzik Dinletisi Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	46
<b>8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>52</b>

8.1. Sonuçlar.....	52
8.2. neriler.....	52
<b>9. KAYNAKLAR .....</b>	<b>53</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>69</b>
<b>11. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>77</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŐ.....</b>	<b>80</b>



## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- AKY:** Akut Kalp Yetmezliği  
**AMI:** Akut Miyokard İnfarktüsü  
**CCU:** Coronary Care Unit  
**CICU:** Cardiac Intensive Care Unit  
**DKB:** Diyastolik Kan Basıncı  
**DM:** Diyabetes Mellitus  
**HT:** Hipertansiyon  
**KAH:** Koroner Arter Hastalığı  
**KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği  
**KKH:** Koroner Kalp Hastalığı  
**KR:** Kardiyak Rehabilitasyon  
**KYBÜ:** Koroner Yoğun Bakım Ünitesi  
**MI:** Miyokard İnfarktüsü  
**ÖKÖ:** Ölüm Kaygısı Ölçeği  
**SKB:** Sistolik Kan Basıncı  
**SPO2:** Periferik Oksijen Satürasyonu  
**TAT:** Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları  
**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu  
**VAS:** Visual Analog Skala  
**YBÜ:** Yoğun Bakım Ünitesi



## TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
<b>Tablo 5.6.1:</b> Randomizasyon Dağılım Tablosu.....	27
<b>Tablo 5.12.1:</b> Normal Dağılım Basıklık ve Çarpıklık Değerleri.....	33
<b>Tablo 6.1:</b> Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımı (N=64).....	35
<b>Tablo 6.2:</b> Durumluk Anksiyete Puanlarının Gruplara Göre Farklılaşma Durumu (N=64).....	37
<b>Tablo 6.3:</b> Ölüm Kaygısı Puanlarının Gruplara Göre Farklılaşma Durumu (N=64).....	38
<b>Tablo 6.4:</b> Ölüm Kaygısı Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı (N=64).....	39
<b>Tablo 6.5:</b> Fizyolojik Parametrelerin Gruplara Göre Farklılaşma Durumu (N=64).....	39

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Sayfa No.**

**Şekil 5.5.2.1:** Çalışmanın örneklem akış şeması (CONSORT 2010).....**26**

**Şekil 5.11.1:** Uygulama Akış Şeması.....**31**



## 1. ÖZET

### KORONER YOĞUN BAKIM HASTALARINA UYGULANAN DOĞA TEMELLİ MÜZİK DİNLETİSİNİN ÖLÜM KAYGISI, ANKSİYETE VE FİZYOLOJİK PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin; ölüm kaygısı, anksiyete ve fizyolojik parametrelere etkisinin belirlenmesi amacı ile randomize kontrollü müdahale çalışması olarak gerçekleştirildi. Araştırma, 1 Ocak 2021 ve 1 Eylül 2021 tarihleri arasında, İstanbul ilinde bir kamu hastanesinin koroner yoğun bakım ünitesindeki hastalarla yürütüldü. Araştırma örneklemini 32 müdahale ve 32 kontrol olmak üzere 64 hasta oluşturdu. Her iki gruba başlangıçta “Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Hasta Tanıtım Formu”, “Durumluk Anksiyete Ölçeği”, “Ölüm Kaygısı Ölçeği” uygulandı ve fizyolojik parametreleri (nabız, kan basıncı, vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu, ağrı) ölçüldü. Müdahale grubuna üç gün boyunca sabah ve akşam olmak üzere toplamda 6 kez doğa temelli müzik dinletisi yapıldı. Kontrol grubuna müdahalede bulunulmadı. Girişim tamamlandıktan sonra bireylere tekrar, “Durumluk Anksiyete Ölçeği”, “Ölüm Kaygısı Ölçeği” uygulandı ve fizyolojik parametreleri ölçülüp “Fizyolojik Parametre Formu”na son test şeklinde kaydedildi. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; müdahale grubundaki hastaların oksijen satürasyonu değeri ( $\bar{x}_{ilk}=96,875$ ) ( $\bar{x}_{son}=96,875$ ) ve ağrı puanının ( $\bar{x}_{ilk}=3,594$ ) ( $\bar{x}_{son}=2,625$ ) müzik dinletisinden sonra istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değiştiği bulundu ( $p<0,05$ ). Araştırma sonucunda; koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin ağrıyı azalttığı ve oksijen satürasyonunu yükselttiği saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, fizyolojik parametreler, koroner yoğun bakım, müzik, ölüm kaygısı.

## 2. ABSTRACT

### THE EFFECT OF NATURE-BASED MUSIC LISTENING WHICH IS APPLIED TO CORONARY INTENSIVE CARE PATIENTS; ON DEATH ANXIETY, STATE ANXIETY AND PHYSIOLOGICAL PARAMETERS

This research was conducted as a randomized controlled intervention study to determine its effect of nature-based music listening which is applied to coronary intensive care patients; on death anxiety, state anxiety and physiological parameters. The research was conducted with the patients in the coronary intensive care unit of a public hospital in Istanbul between January 1, 2021 and September 1, 2021. Intervention group was composed of 32 patients and control group consisted of 32 patients. "Sociodemographic and Disease-Related Patient Information Form", "State Anxiety Scale", "Death Anxiety Scale" were applied to both groups at the beginning and their physiological parameters (pulse, blood pressure, body temperature, oxygen saturation, pain) were measured. A total of 6 nature-based music listenings were applied to the intervention group, in a period of three days, in the morning and the evening. The control group remained unintervented. After the intervention was completed, the "State Anxiety Scale and the "Death Anxiety Scale" were applied to the individuals again, and their physiological parameters were measured and recorded in the "Physiological Parameter Form" as a post-test. The data obtained in the research were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 program. When the findings obtained from the study are evaluated; It was found that the oxygen saturation value ( $\bar{x}_{\text{first}}=96.875$ ) ( $\bar{x}_{\text{last}}=96.875$ ) and pain score ( $\bar{x}_{\text{first}}=3.594$ ) ( $\bar{x}_{\text{last}}=2.625$ ) of the patients in the intervention group changed statistically significantly after the music concert ( $p<0.05$ ). As a result of research; it was detected that nature-based music listening to coronary intensive care patients alleviated pain and increased oxygen saturation.

**Keywords:** Anxiety, coronary intensive care, death anxiety, music, physiological parameters.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yoğun bakım ünitesi, hayati tehlikeye sahip bireylere detaylı tedavilerin ve hemşirelik bakımının uygulandığı, bakım ve tedavi sürecinin multidisipliner ekip ile gerçekleştirildiği, hastaların yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, birçok biyomedikal cihazın tedavi süreçlerinde kullanıldığı birimlerdir (1, 2). Yoğun bakım ortamının hasta üzerindeki olumsuz etkilerini azaltarak hastanın konforunu artırmak, hastanın yoğun bakım ünitesine uyumunu sağlamak ve bu sayede tedavi sürecini kolaylaştırmak hemşirelik bakımının amaçlarındandır (1).

Hastalar koroner yoğun bakım ünitesine (KYBÜ) hayatı tehdit eden koroner kalp hastalığı tanısıyla yatırılmakta ve gelişmiş tedavi seçenekleriyle bakım ve tedavi görmektedir. Koroner yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalar; bir taraftan hastalığın kendinde oluşturduğu fiziksel etkilerle mücadele etmeye çalışırken diğer taraftan yoğun bakımda yatma, tanıdığı çevreden ayrılma, daha önce deneyimlemediği işlemlere maruz kalma, yeni alışkanlıklar edinme gibi günlük faaliyetlerinde değişiklik gerektiren durumlarla karşılaşması sebebiyle yoğun anksiyete ve stres yaşamaktadır (3).

Hastalar için KYBÜ ‘si duygusal açıdan rahatsızlık verici bir ortam olarak algılanmaktadır. Hastalardaki anksiyete düzeyi arttıkça yoğun bakımda yaşadıkları olumsuz deneyimlerin arttığı görülmüştür. Koroner yoğun bakım ünitelerinin amacı, yaşamı korumakla birlikte hastaları fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan tüm yönleriyle desteklemek ve hastaların olumlu tecrübelerle hastaneden ayrılmalarını sağlamaktır (4).

Ölüm kaygısı ifadesi “var oluşun sonu” durumunun farkında olmak ya da yaşam sonunun yaklaştığı düşüncesiyle meydana gelen, bireylerin kendi ölümleri veya tanıdıklarının ölümlerinin endişesiyle oluşan bir duygudur. Bu duygu kişileri ve yaşamlarını etkilemektedir. Hastanın ölüme ilişkin kontrolsüzlüğü sebebiyle güçsüzlük duyması, mental, fiziksel yeterlilik kaybı, kronik hastalık sebebiyle yakınlarının bakımına bağlı kalma ve yük olma düşüncesi hastaları ölüm kaygısına sürükleyebilmektedir. Ayrıca ölümlerle zamansız, geç veya erken karşılaşılacağı endişesi, yaşamdaki hedeflerini gerçekleştirilmeden ölme korkusu, ölüme yönelik negatif düşüncelerin olması gibi bir çok faktör hastaların kaygı düzeylerini

artırabilmektedir (5). Hastaların yaşadığı bu tarz problemlerin belirlenmesi ve müdahale edilmesi hastalara bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakımı verilebilmesi için önem arz etmektedir (6).

Hasta birey için sakinleştirici ve huzurlu ortam hazırlamak, günlük faaliyetlerini ve diğer temel fizyolojik ihtiyaçlarını yerine getirmesini sağlamak, hemşirelerin önemli görevlerindedir (3). Hastada görülen fiziksel ve duygusal olumsuz deneyimlerin azaltılması ve hastanın iyileşme sürecinde bağımsız terapötik hemşirelik uygulamalarından olan müzik terapinin hemşirelik girişimlerine katılımı sağlanmalıdır. İstenilen amaç ve sonuçlara ulaşmak için iyi planlanmış hemşirelik bakımı önemlidir (7).

Müzik terapi uygulaması; hipofiz bezini uyarır ve endorfin salınımının artmasını sağlar. Endorfin salınımı sonrasında ağrı ve anksiyete azalır. Müzik, nöroendokrin sistemi ve otonom sinir sistemini etkileyerek bireyin vücudunda hem fizyolojik hem psikolojik değişiklikler oluşturur. Parasempatik sinir sistemine etki ederek; katekolamin salgılarının azalmasıyla kalp atım hızı, kan basıncı, solunum gibi fizyolojik parametelerde olumlu değişiklikler oluşturur (8). Yılmaz ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada; müziğin sistolik kan basıncı (SKB), diyastolik kan basıncı (DKB) ve periferik oksijen saturasyonu (SpO2) değerlerini olumlu yönde etkilediği, ajitasyon ve anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (9). Bayındır ve Koçyiğit'in 2017 yılında yoğun bakım hastalarına her gün 30 dk süreyle 3 gün arka arkaya klasik türk müziği dinleterek yaptıkları çalışmalarında; müziğin nabız hızı ve oksijen saturasyonunda anlamlı değişiklik oluşturduğu bildirilmiştir (10).

Müzik uygulaması; cerrahi girişimler öncesinde ve cerrahi girişimler sırasında, psikiyatri, onkoloji, kadın hastalıkları ve pediatri kliniklerinde, koroner bakım ünitelerinde, onkolojik tedavi sırasında ağrı ve anksiyete gibi semptomların tedavisinde, vücut direncini arttırma ve yaşam kalitesini yükseltme de aktif rol oynamaktadır (11, 12). Çiftçi ve Öztunç'un (2015) genel yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarla yürüttüğü çalışmada, müziğin; ağrı ve anksiyeteyi azalttığı konfor düzeyini artırdığı sonucuna varılmıştır (13).

Koroner yoğun bakım hastalarında müzik terapinin uygulanması, maliyeti fazla olmayan tamamlayıcı bir uygulamadır. Yan etkisi yoktur ve hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve emosyonel iyilik halini artırması açısından önemlidir. Müzik

terapi hastaların motivasyon, kendilerini ifade etme yeteneklerini arttırmakla birlikte korku ve endişe duygularını azaltmaktadır. Müzik terapi, nabız sayısını azaltmakta, kan basıncı değerini azaltmakta, solunum sayısını düzenlemekte, oksijen saturasyonunda ise olumlu olarak yükselmeyi sağlamaktadır. Bu nedenden dolayı yoğun bakımda tedavi alan hastalarda müziğin farmakolojik metotlarla kombine edilerek uygulanması bağımsız hemşirelik uygulamalarına katkı sağlaması açısından önem taşımaktadır (14, 15). Çıtlık Sarıtaş ve arkadaşlarının (2018) koroner yoğun bakım ünitesinde yatan miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda klasik türk müziğinin etkisini incelediği çalışmada, müdahale grubundaki hastaların nabız hızı, kan basınçları, anksiyete ve ağrı düzeylerinde azalma, SpO2 değerinde artış olduğu saptanmıştır (16).

Doğa sesleri tek bir coğrafyaya özgü olmamakla beraber tüm kültürlerle hitap etmektedir. Doğa sesleri bu özellikte olmasından dolayı diğer müzik türlerinden üstün olduğu bilgisi literatürde mevcuttur. Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan doğa temelli seslerin strese verilen fizyolojik tepkileri azaltarak hastaların ajitasyon ve anksiyetesini azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (17). Akkaya'nın (2020) yaptığı çalışmada, yoğun bakım hastalarına mekanik ventilasyon döneminde dinletilen doğa sesi ve kültürel müziğin fizyolojik yanıtlara olumlu etkileri olduğu görülmüştür (18). Kurt ve Çelik'in (2019) yoğun bakım hastalarında doğa temelli ses terapisinin etkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışma sonucunda müzik uygulanan grupta hastaların sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız ve solunum hızları, ağrı, ajitasyon ve anksiyete durumlarında olumlu gelişmeler saptanmıştır (19). Akarsu ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada ise intrakoronar stenti olan hastalara dinletilen doğa seslerinin anksiyeteyi azaltmada istatistiksel olarak anlamlı sonuç verdiği saptanmıştır (20). Seifi ve arkadaşlarının (2018) kalp yetmezliği olan hastalarda benson gevşeme egzersizi ve doğa seslerinin yorgunluğa etkisinin karşılaştırıldığı çalışmada, doğa seslerinin yorgunluğu azalttığı saptanmıştır (21). Wijayanti ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları yarı deneysel çalışmada, yoğun bakım hastalarına üç gün boyunca sabah ve akşam olmak üzere doğa sesleri dinletilerek anksiyete düzeyleri ölçülmüş ve müdahale grubunun anksiyete düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir (22).

Hemşirelik girişimleri arasında olan müzik terapi uygulaması, noninvaziv bir

yöntem olmasının yanı sıra hastaların kendi bakım süreçlerine katılmalarına imkan sağlayan bir terapi yöntemi olarak görülmektedir (23). Literatür incelendiğinde, müzik terapiyle ilgili çalışmalar bulunmasına karşın, Türkiye’de müzik terapinin kullanımı ile ilgili çalışmaların sayıca az olduğu ve koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin ölüm kaygısı, anksiyete ve fizyolojik parametrelere olan etkisini araştıran bir çalışmaya ise rastlanmadığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmanın, koroner yoğun bakım hastalarının, anksiyetelerinin ve ölüm kaygılarının azaltılması, fizyolojik parametrelerde olumlu değişikliklerin belirlenebilmesine yönelik girişimlerin uygulanmasına yol gösterebileceği, hemşirelik uygulamalarını geliştirmeye rehberlik edeceği, hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetinin kalitesini artıracakı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Koroner Yoğun Bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin, ölüm kaygısına, anksiyeteye ve fizyolojik parametrelere etkisini incelemektir.



## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım üniteleri, klinik durumu kritik düzeyde olan bireylerin takip edildiği, tedavi ve bakım süreçlerinde multidisipliner ekip yaklaşımı gerektiren, teknolojik açıdan yüksek mekanik donanımlı cihazların yer aldığı, özellikli üniteler olarak tanımlanmaktadır (24, 25).

Yoğun bakım ünitelerinde amaç, hastanın klinik durumunu iyileştirmekle birlikte bireyi psikososyal ve fiziksel yönden desteklemek ve hastaların yoğun bakıma yönelik olumlu deneyimlerle taburcu olmasını sağlamaktır (26). Buna karşın bireylerin yoğun bakım ünitelerinde buldukları zaman aralığında çevresel, fiziksel ve fizyolojik birçok stresöre maruziyeti söz konusu olabilir (27).

Hemodinamisi bozulmuş bilinci açık hastaların monitörize edilmesi, idrar ve nazogastrik sonda uygulaması, infüzyon setlerinin takılması gibi nedenlerle yatağa bağımlı olmakta, birçok medikal cihazın çıkardığı sesler, rahatsız edici kokular ve tekrarlanan ağırlı girişimlere maruz kalabilmektedirler. Bununla birlikte hastaların; yoğun bakımda yalnız kalma, aile bireylerini görememe, gece-gündüz kavramının değişerek uyku düzeninin bozulması, tedavi-hastalık süreci gibi birden fazla stresöre maruz kaldığı ifade edilmektedir (24, 28).

Hastaların YBÜ'nde yaşadığı olumsuz deneyimler kişinin sağlığını olumsuz etkilemekte ve hastanede yatış süresinin uzamasına sebep olmaktadır (29). Bireylerin bu olumsuz durumlardan etkilenmemesi ya da en az etkilenmesini sağlamak ancak bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ile mümkündür. Bu doğrultuda birçok girişimsel işlemin uygulandığı, mortalite ve morbiditenin fazla olduğu YBÜ'de, hemşirelik bakımı önem arz etmektedir (25).

Yoğun bakımlarda verilen hizmet multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bu ekibin önemli üyelerinden biri ise yoğun bakım hemşireleridir (30). Hastaların yaşadıklarına bağlı olarak verdiği fiziksel ve emosyonel tepkiler yoğun bakım hemşiresi tarafından fark edilerek bütüncül bakımı sağlanmalıdır (31).

## 4.2. Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihsel Gelişimi

Modern anlamda yoğun bakım terimi, bazılarına göre 1852 yılında Kırım Savaşı’nda Florence Nightingale’in kritik düzeyde bakım ihtiyacı gereken askerleri, hemşirelik bakımı vermek amacıyla tek bir alanda toplaması ile ortaya çıkmıştır (32, 33).

Florence Nightingale’den 100 sene sonra, 1952 yılında Kopenhag’da polio salgını meydana gelmiştir. Bu salgın sırasında bir anestezi uzmanı olan Bjorn Ibsen, solunum fonksiyonlarını yitirmiş bazı hastaların yaşamını devam ettirilebilmek için basit cihazlar ile hastalara solunum desteğinde bulunmuştur. Aralık 1953’te, salgın sırasında pozitif basınçlı ventilasyonun tercih edilen tedavi olması gerektiğini öne süren Bjorn Ibsen, ilk yoğun bakım ünitesini (YBÜ) kurmuş ve yeni bir tıp alanı olan “yoğun bakım hekimliği”nin başlaması ve gelişmesinde öncü rol oynamıştır (34, 35).

Amerika Birleşik Devletleri’ndeki yoğun bakım ünitelerinin öncülüğünü ise 1923 senesinde John Hopkins Hastanesi’nde cerrahi girişim sonrası derlenme odaları oluşturmuştur. Beyin cerrahisi hastalarının yakından takip edilebilmesi amacıyla üç yataklı bir ünite kurulmuştur. İkinci Dünya Savaşı, Kore ve Vietnam Savaşları, yoğun bakımdaki bireylerin resüsitasyonu ve triyajı konusundaki gelişmelere katkı sağlamıştır. Tüm bu gelişmeler sonrasında, 1960’lı yıllarda koroner bakım üniteleri açılmış ve bu ünitelerde özel eğitim almış hekim ve hemşireler çalıştırılmıştır (36). “Yoğun Bakım Ünitesi” kavramı ilk defa 1958 yılında Peter Solar isimli bir anestezi doktoru tarafından ortaya atılmıştır (37).

Türkiye’de yoğun bakım dalı anesteziyolojinin öncülüğünde 1960’lı senelerde çalışmalarına başlamış ve yurt dışındaki eğitimleri esnasında Avrupa’da yoğun bakım çalışmalarına dahil olan Cemaletin Öner ve Sadi Sun’un öncülüğünde gelişmiştir. İlk reanimasyon servisi 1959 yılında Cemalettin Öner öncülüğünde Haydarpaşa Numune Hastanesinde kurulmuştur. İlk defa açılan 4 yatağı olan servisin artan hasta talebini karşılamaması, Haydarpaşa Numune Hastanesi’nde başka bir servisin daha açılmasına sebep olmuştur. 1969 yılında hizmete giren 1200m2 alana ve 30 adet yatağa sahip bu servisin 30 hemşiresi, 6 asistanı vardır. Kısa süre sonra benzer yapılaşma 1970 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Sadi Sun tarafından gerçekleştirilmiştir (38, 39).

### 4.3. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Tanımı ve Amacı

Koroner yoğun bakım üniteleri, yaşamla mücadele eden ve ciddi kardiyovasküler sorunları olan hastaların kaldığı ünitelerdir (4).

Coronary Care Unit (CCU) ortaya çıkmasından önce, akut miyokard enfarktüsü (AMI) geçiren hastalar, %30'dan fazla bildirilen ölüm oranlarıyla diğer kliniklerde tedavi ediliyordu. İlk CCU'ların AMI'ye atfedilen mortaliteyi %40'a kadar azaltmaktan sorumlu olduğuna inanılmaktadır. Bu büyük gelişme, hem tıp teknolojisindeki gelişmelere hem de sağlık hizmeti sunumu sürecindeki gelişmelere atfedilebilir. 1960'lardan bu yana önemli ölçüde gelişen CCU, şimdi daha uygun şekilde, bir Coronary Intensive Care Unit (CICU) olarak anılmaktadır. Hastaların ortak bir tanıya göre gruplandırılması, alanında uzmanlaşmış özel ekipler ile kanıta dayalı tedavi algoritmalarının geliştirilmesi ve uygulanmasıyla daha güvenli, daha verimli bakım ve en önemlisi daha iyi hasta sonuçlarına ulaşılmasını sağlamıştır. CICU, geniş bir hasta ihtiyaçları yelpazesine hitap eden entegre, ekip tabanlı bir hasta bakımı sağlama sistemi için platform görevi görmektedir (40). Yoğun bakımın amacı, hastaların organ ya da sistemlerinde işlev bozukluğuna sebep olan durumları erken saptamak ve yaşamsal işlevlerinin korunması gerektiğinde uygun tedavi yöntemlerini kullanılarak işlev bozukluğu ya da yetmezliği olan organların işlevinin devam ettirilmesine destek olmaktır (41).

Hastaneye yatışların önemli bir kısmından akut kalp yetersizliği (AKY) sorumlu olmaktadır. Hasta nüfusunun giderek yaşlanması, kalp yetersizliği görülme oranındaki artış (gelişmiş ülkelerde yetişkin nüfusun yaklaşık %1-2'si) sebebiyle, koroner yoğun bakım ünitelerine (KYBÜ) yatış ihtiyacı her geçen gün artmaktadır (42).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 senesi ölüm sebepleri raporuna bakıldığında; ölüm vakalarında %38,4 oranı ile dolaşım sistemi hastalıkları en başta yer almaktadır. Bu verilere göre yıl içerisinde toplam 161 bin 920 kişi dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı olarak hayatını kaybetmiştir. Dolaşım sistemi sebepli ölümlerin %39,7'sini ise iskemik kalp hastalığı oluşturmuştur (43). Özellikle akut miyokard enfarktüsü (AMI) gibi hayatı tehdit eden durumlarda hastalar sıklıkla, anksiyete, ölüm korkusu, depresyon yaşamakta, kendine olan güveni azalmakta, yardım ve desteğe ihtiyacı artmaktadır (44).

Koroner yoğun bakım ünitesindeki hastalarda: beden imgesi, rol ve beklentilerle ilişkili problemler, sosyal ve ekonomik durumdaki değişim ve ölüm kaygısı nedeniyle uyku problemlerinin arttığı ortaya konuşmuştur (45, 46).

Koroner arter hastalıklarında (KAH) bireyin yaşadığı göğüs ağrısı ve düzensiz nabız hızının yorgunluğa sebebiyet verdiği bildirilmiştir. Ani başlayan göğüs ağrısı ve düzensiz kalp atımlarının bireylere uykuda kalp krizi geçirme endişesi yaşatarak anksiyete seviyelerinde yükselmeye yol açtığı vurgulanmıştır (47). Kullanılan malzemelerin, uygulanan girişimlerin ve çalışan personelin özellikleri sebebiyle yoğun bakım ünitesinin maliyeti diğer servislere göre daha fazladır. Yoğun bakım hastaları bütün hastane yatışlarının %5'ini oluşturarak, hastane bütçesinin %25'ini kullanmaktadır (48).

#### **4.4. Koroner Yoğun Bakım Ünitesindeki Bireylerde Fizyolojik Durum**

Koroner yoğun bakım ünitesinde takip edilen tüm hastaların kritik durumda olduğu, yapılan takip ve tedavilerin kesintisiz bir şekilde sürdürülmesi gerektiği bilinmektedir. Dolayısıyla bu bireyler, YBÜ'deki ileri teknolojiye sahip tıbbi cihazlarla 24 saat kesintisiz bir şekilde yakından izlenmektedir (49).

Temel yoğun bakım uygulamalarından olan monitörizasyon; kritik hasta takibinde patofizyolojik anormalliklerin saptanmasına, tanı konulmasına, tedavi sürecinin yönlendirilmesine olanak verir. Bu nedenle invaziv ve invaziv olmayan monitorizasyon metotları kullanılır (50).

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) hastasının takibinde iyi ve doğru bir monitorizasyon büyük önem taşır. Yoğun bakım üniteleri organ veya organ fonksiyonlarının kısmi ya da tamamen kaybedildiği durumlarda yaşamları tehdit altında olan bireylerin tedavisini üstlenir. Bu bireylerin tamamı teknik ekipmanların aktarmış oldukları bilgilerin ışığında mekanik ve farmakolojik yöntemlerin desteğine ihtiyaç duyarlar (51).

YBÜ'de yatan hasta bireylerin yaşam bulgularını stabil hale getirmek, yaşama geri kazandırılmasını sağlamak ve taburculuk sonrası yoğun bakıma gelmeden önceki sağlık düzeyine çıkararak yaşam kalitelerini yükseltmek önemli bir amaçtır (52).

Bireylerin fizyolojik parametrelerinin kesintisiz izlemi, fiziksel tanılması, bakım ve tedavileri yoğun bakım hemşireleri tarafından yapılmaktadır (53). YBÜ'de

hasta takibinde, yatak başı monitörler kullanılmaktadır. Monitörizasyon; hasta bireylerin yakından takibini, olası ve acil durumlarda hızlı müdahale şansı artırmaktadır. Fizyolojik parametreler bireyin sağlık durumunun ve hemşirelik bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir (54).

#### **4.4.1. Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerde takip edilen fizyolojik parametreler**

Hemodinamik parametreler hastalığın gidişatının belirlenmesinde, tedaviye yön vermede ve tıbbi tanının konulmasında önemli olan belirteçlerdir. YBÜ’de sıklıkla takip edilen fizyolojik parametreler; arteriyel kan basıncı, kalp atım hızı, dakikadaki solunum sayısı, vücut sıcaklığı ve oksijen satürasyonudur. Temel yaşam bulguları olarak ifade edilen vücut sıcaklığı, kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı ve ağrı düzeyi kişinin sağlık durumunu gösteren parametrelerdir (55).

Bireyin fizyolojik değişiklikleri yaşam bulguları değerlerine yansımaktadır. Bu sebeple yaşam bulgularının referans değerlerden sapması dengenin bozulduğuna ya da bir sorunun varlığına işaret eder. Kritik hastalarda her saat başı yapılan izlem, vücudun fizyolojik durumunu yansıtarak, homeodinamik dengenin değerlendirilmesinde önemli veriler sunmaktadır. Bu nedenle YBÜ’de bu değerlerin yakından izlenerek değişiklik olduğunda anında müdahale etmek oldukça önemlidir (54, 56, 57).

Yaşam bulgularının ölçülmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi ve kayıtedilmesi hemşirelerin sorumluluğundadır. Yaşam bulguları hastalık çeşidine ve diğer faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Bireyin tanısı konulup, tedavi sürecinin başlatılmasından sonra hastanın belli aralıklarla takip edilmesi gerekmektedir. Doğru yapılmış ölçüm ve kayıt, bakım ve tedaviye cevabı değerlendirme yönünden önem taşır. Son senelerde ağrı düzeyi de yaşam bulguları arasında değerlendirilmekte ve takip edilmesi gerektiği bilinmektedir (58).

#### **4.4.2. Koroner yoğun bakım hastasında ölüm kaygısı ve hemşirelik bakımı**

Canlı tüm organizmaların yaşamlarının son aşaması olan ölüm, durdurulması ya da önlenmesi mümkün olmayan evrensel bir olaydır. Ölümün insanlar tarafından farklı algılanmasında kişilerin mensup olduğu dinlerin, kültürel ve toplumsal değerlerin, inançlarının ve geleneklerinin ilişkili olduğu bildirilmektedir (59, 60).

Ölüm düşüncesi kimi için stres kaynağı iken, kimi için stresten kurtulma yolu;

kimi için bir yok oluşken, kimi için de ölümsüz bir yaşamın başlangıcıdır (61). İnsanlar yaşam boyu farkında olduğu bu belirsiz ve kaçınılmaz kavram karşısında farklı tepkiler verebilmektedir. Ölüm kaygısı doğumdan itibaren var olan ve yaşam boyu süren bir kavramdır. Birey ve toplum açısından ölüm hiçbir dönemde basit bir olay olarak anlaşılmamıştır. Bireyin kendi ölümü karşısındaki tutumları; ölümü isteme, ölümü kabullenme, ölümü kabullenmeme ve ölüme meydan okuma şeklinde dört başlık altında toplanabilirken; başkasının ölümünde buna yas tutma süreci de eklenmektedir. Ölüm karşısında geliştirilen tutumlar denge ve uyumunu yitirdikçe, bireyin kaygı düzeyi artmakta, çevreye uyum sağlaması güçleşmektedir (59).

Ölüm kaygısı, doğumdan itibaren var olan, hayat boyu devam eden, bütün korkuların temelinde yatan, karakter yapısının gelişiminde önem taşıyan, insanın artık varolmayacağına, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğine, bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrası gelişen bir duygudur (59).

Ölüm kaygısı; belirsizlikten kaynaklanan korku, acı hissetme korkusu, yalnız kalma korkusu, yakınlarını yitime korkusu, kişisel kimliği kaybetme korkusu, denetimi kaybetme korkusu, ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, bedeni kaybetme ve yok olma korkusu olarak çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmaktadır (62).

Fizyolojik olarak rahatsızlık yaşayan bireylerin ölüm kaygısı seviyesi iki durumda en üst seviyeye ulaşmaktadır. Birincisi; hastalığın son evresinde olduğunu haber alan kişide; ölüm kaygısı en üst düzeye çıkmaktadır ve buna bağlı depresyon ve öz kıyım düşünceleri gelişebilmektedir. İkincisi ise bireyler fizyolojik anomaliliklerden kaynaklanan belirtiler ve bu belirtileri kontrol altında tutamama hissi, sakat kalacak olma düşüncesi ayrıca işlevsellikte azalmaya bağlı olarak ölüm kaygısını üst düzeyde hissedebilmektedir (63).

Ölümlerini bekleyen bireylerin reddetme, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul etme şeklinde beş dönemden geçtikleri; ölümü reddeden bireylerde ölümle başetmede daha fazla sorun yaşandığı; bazı kültürlerde ölümün kabullenici yanının, yeni nesillerin ölümden daha az kaygı duyan bireyler haline gelmelerinde rolü olduğu sonucuna varılmıştır (59).

İnsanoğlu en büyük çaresizliği ölüm karşısında yaşar. Kaçınılmaz son karşısında ölümsüzlük isteği insanoğlunun sınırlı gücüyle hayatta kalma hayalidir. Tarihin erken dönemlerinden bugüne kadar gelen destanlar insanın ölümle

mücadelelerinin sergilendiği bir alan olmuştur. Ölüm kaygısı ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, genellikle ölüm kaygısı ile ilişkili olan çok boyutlu bir yapının olduğu fark edilmiştir. En çok yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, sosyokültürel etkenler, gelişimsel süreç, dini inançlar ve ölümcül hastalık durumlarının ölüm kaygısı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (59).

Kronik hastalığı olan bireylerde ölüm kaygısını; hayatı tehdit eden bir hastalık olması, tanı ve hastalığın gidişatının belirsiz olması, uygulanan tedavilere rağmen istenilen düzeyde iyileşme olmaması, ölüme yönelik bireysel ve toplumsal düşünceler, ölüme yönelik çaresizlik hissi, hayata yüklenen anlamlar ve yaşadıkları ağrı artırabilmektedir. Ölüm nedenlerinin üst sıralarına baktığımızda kalp damar hastalıkları yer almaktadır. Kalp damar hastalıklarının bu özelliği kişilere ölümü anımsattığı ve ölüme ilişkili kaygıyı artırdığı düşünülmektedir. Bu sebeple hipertansiyon ve kalp hastalığı olan kişilerin ölüm kaygısı yaşama yönünden risk grubu içerisinde yer aldığı bilinmektedir (62).

Yüksek seviyede duyulan kaygı, bireylerin psikolojik durumunu, çevreye olan uyumlarını ve yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu sebepten hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin kontrolü çok önemlidir (64). Kişilerde anksiyete ve kaygı oluşturabilecek faktörler belirlenmeli, mevcut kaygının kaynağı araştırılmalıdır. Hastanın ölüm sebebiyle acı çekme düşüncesinin olup olmadığı sorgulanmalı ve spiritüel ilişkileri değerlendirilmelidir. Ölüme ilişkin sorular sorular cevaplanmalı ve açık bir şekilde hastalar bilgilendirilmelidir. Hastalara ölüme ilgili olumsuz düşüncelerin ifade edilmesinden kaçınılmalı, hastaların kendilerini ifade etmeleri sağlanmalıdır (65).

Hemşireler ölüm kaygısı yaşayan hastaların, ölüme ilişkin duygularını ifade etmesini sağlamalı, kaygıya neden olabilecek durumları ortadan kaldırmaya çalışmalı, bireyin kaygı düzeyini değerlendirmeli ve bunlarla ilgili baş etme davranışlarını desteklemelidir (6). Hastaların yaşadığı problemlerin belirlenmesi ve müdahalede bulunulması hastalara bütüncül bir yaklaşımla hemşirelik bakımı verilebilmesi açısından önem arz etmektedir (64, 66).

Ölüm kaygısına sebebiyet veren ölümün kendisinden çok, ölüme ilişkili hissedilen duygular ve ölüme yüklenen anlamdır. Ölümün daha önce tecrübe edilemeyen bir durum olmasından dolayı yaşanan bilgisizlik, yaşama dair bazı

şeylerden kopuş, ölümden sonraki yaşama dair belirsizlik, ölüm esnasında acı hissetme, mezarda bedenın çürümesi, yok oluş gibi korkular ölüm kaygısının temelinde bulunan esas korkular olarak tanımlanmaktadır (67, 68).

#### **4.4.3. Koroner yoğun bakım hastasında anksiyete ve hemşirelik bakımı**

Anksiyete bireylerin sıklıkla yaşadığı bir duygudur. Anksiyete; otonomik ve somatik belirtilerin eşlik ettiği normal olmayan, içten gelen, kaynağı bilinmeyen huzursuzluk ve korku hali olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete; panik, gerginlik duyguları ya da hoş olmayan şeylerin gerçekleşeceği düşüncelerini içerir. Hastalar tarafından "kötü bir şey olacaktı hissi", "hoş olmayan bir duygu" ya da "nedensiz bir korku" olarak ifade edilmektedir. Anksiyete normal şartlarda ya da olası bir tehlikeye karşı ortaya çıkabilir (44, 69). Hastalık durumu kişiyi biyolojik, ruhsal ve sosyal açıdan olumsuz olarak etkileyen bir durumdur (70). Hastaneye yatışı yapılmış bireylerde en çok karşılaşılan sorunun anksiyete ve depresyon olduğu literatürde gösterilmiştir (71). Tedavi süreci zor seyreden hastalıklarda bu oran daha da artmaktadır. Özellikle bu bireylerde gelişen anksiyete ve depresyon bireyin yaşam kalitesini, tedaviye uyumu ve yanıtı, hastalığın gidişatını, mortalite ve morbidite oranını artırmaktadır (72).

Anksiyete bozukluklarını kapsamlı biçimde ilk ele alan Sigmund Freud'dur. Freud yaklaşık 100 yıl önce ilk kez anksiyete nevrozunu ayrı bir sendrom olarak tanımlamıştır (73).

Öner ve Le Compte (1998) anksiyeteyi; durumluk ve sürekli anksiyete olmak üzere iki şekilde tanımlamışlardır. Durumluk anksiyete, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma, titreme gibi fiziksel değişimler, bireyin gerilim yaşadığının ve huzursuzluk duyduğunun göstergeleridir. Stresin fazla olduğu zamanlar durumluk anksiyete seviyesinde artış, stres ortadan kalkınca düşme olur. Sürekli anksiyete ise; bireyin anksiyete yaşantısına yatkınlığıdır. Kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin daha kolay incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk anksiyeteyi de diğerlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar (74).



Anksiyetede görülen korku ve endişe duygusuna vücutta çeşitli duyumlar eşlik ederek kişide psikolojik ve fizyolojik değişikliklere neden olur. Kişi belli bir tehlike algıladığında ya da tehlikeyi öngördüğünde aşağıdaki durumlar oluşmaktadır;

- Otonom sinir sistemi uyarılarak kan basıncı, nabız hızı ve solunum sayısı artar.
- Göğüste sıkışma hissi ve çarpıntı oluşur.
- Mide-barsak hareketleri artar.
- Tükürük salgısı azalır, ağızda kuruluk oluşur.
- Kan glukozu yükselir.
- Göz bebekleri büyür.
- Çizgili kasların gerginliğinin artması ile titreme oluşur (73).

Anksiyetenin belirtileri kişiden kişiye değişebilmektedir. Bazı hastalarda kas gerginliği belirgindir ve bu kişiler kas ağrısından, baş ağrısından ve boyun tutulmasından yakınır. Fiziksel sağlık sorunları sonucu anksiyete görülebildiği gibi anksiyete sonucunda da fiziksel belirtiler görülmektedir (73).

KYBÜ'ne miyokard infarktüsü, anjina pektoris, aritmi ve kalp yetmezliği gibi hayatı tehdit eden hastalığı olan bireyler yatırılmaktadır (75). Koroner yoğun bakım ünitesindeki bireylerde, depresyon ve anksiyetenin artması; tekrarlayan akut koroner olaylara ve mortalite oranında yükselmeye sebep olmaktadır (76, 77).

Koroner yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalar çeşitli stresörlere maruz kalmaktadır. Gelecekteki yaşam koşullarının belirsizliği, tedavi ve bakım yöntemlerinin bilinmemesi hastaların kaygı ve stresini artırmaktadır (78). Psikolojik stresörler kardiyovasküler hastalıklara zemin oluşturmaktadır. Bireyin yaşadığı stres faktörü sempatik sistemi aktive ederek, koroner vazospazma ve akut miyokard infarktüsüne yol açabileceği bildirilmiştir (79).

Salamon ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada, yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların anksiyete yaşadığını, nabız hızı ve kan basıncı değerlerinin de anksiyeteye bağlı olarak yükseldiğini ve aralarında doğru orantılı bir ilişki olduğu saptamıştır. Aynı zamanda anksiyetenin hastaların fiziksel, emosyonel enerjisini azaltıp, yorgunluğa neden olduğunu ve iyileşme süreçlerini olumsuz yönde etkilediğini belirlemişlerdir (80).

Anksiyete ve depresyon, kardiyak rehabilitasyon sürecini olumsuz olarak

etkilemektedir. Buna rağmen, koroner yoğun bakım ünitelerinde akut koroner sendrom tanısıyla tedavi edilen bireylerde anksiyete ve depresyon varlığı düzenli olarak değerlendirilmemektedir (81).

Koroner yoğun bakım ünitesindeki hastalar, hastanede kalış süresi ve sonrasında anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmelidir. Hastalarda, depresyon ve anksiyete bozukluklarının teşhisi ve tedavisi, hastanın günlük hayatına daha kolay geri dönmesini sağlamak ve yaşam kalitesinin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca gelecekte yaşanabilecek kardiyovasküler olayların morbidite ve mortalite oranını azaltmaktadır (82).

Hastanın sürekli olarak stres ve anksiyete yaşaması vücudun oksijen ihtiyacı ve metabolizma hızını artırır. Yüksek stres ve anksiyeteye karşı vücudun ilk cevabı; solunum hız ve derinliğini artırmaktır. Bazı hastalar bu duruma uyum sağlarken, MI geçiren hastalarda anksiyete ile ortaya çıkan oksijen talebi tolere edilemez veya karşılanamaz durumdadır. KYBU 'sinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sık görülen bir sorundur. Anksiyetenin yol açtığı sempatik hiperaktivite ve koroner vazospazm aynı zamanda AMI'nin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu kapsamda sağlık profesyonelleri tarafından hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesi önemlidir (44).

Koroner kalp hastalığı (KKH) olan bireyler genellikle tanı, hastaneye yatış, cerrahi prosedürler, sonucun belirsizliği, ölüm korkusu, iyileşip iyileşemeyeceğine dair şüpheler, çaresizlik ve kontrol kaybı nedeniyle sıkıntı yaşarlar. Bu tür durumlar, kalp hastasını ani kardiyak ölüm dahil olmak üzere komplikasyonlar açısından ciddi risk altına sokar. Bu nedenle, KKH'lı kişilerin bakımında fizyolojik olduğu kadar psikolojik ihtiyaçlara da odaklanmak oldukça önemlidir. Müzik müdahaleleri, hastalarda anksiyete ve sıkıntıyı azaltmak ve fizyolojik işleyişi iyileştirmek için kullanılmıştır; KKH'lı kişiler için de etkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir (83).

Akut miyokard enfarktüsünden (AMI) sonra hastanede yatan hastaların üçte ikisinde depresyon görülür ve majör depresyon genellikle KVH hastalarının yaklaşık %15'inde bulunur. Koroner kalp hastalığı (KKH) ve majör depresif bozukluk (MDB) arasındaki ilişki, her iki durumun da dünya çapında yaygınlaşması nedeniyle son yıllarda kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır. Şu anda hem kardiyologlar hem de birinci

basamak hekimler tarafından kalp hastalarında depresyonun yeterince teşhis edilmediği konusunda fikir birliği vardır. Kardiyovasküler hastalıklarda depresyon belirtilerini yönetmek ve kontrol altına almak için her kardiyoloji ünitesinde psikolojik müdahaleye ihtiyaç vardır. Prevalansın yüksek olması nedeniyle, KKH'lı tüm bireylerde, hasta ilk geldiğinde ve takip randevusunda rutin depresyon taramasının önerildiği bilgisi literatürde mevcuttur (84).

Stres ve anksiyetenin sözel ya da sözel olmayan belirtilerini gözlemlemek, uygun girişimleri planlamak için önemlidir. Hastanın anksiyetesini artırmamak için, sakin ve güven verici iletişim kurulmalıdır. Hastada bilinmezliğin oluşturduğu korkuları azaltmak için tanı, tedavi ve uygulanan girişimler hakkında bilgi verilmelidir (44).

#### ***4.4.3.1. Doğa seslerinin anksiyeteye etkisi***

Türk islam tarihine bakıldığında psikolojik rahatsızlıklar için hastaneler yapılmış ve bu hastanelerde müzik, kuş ve su sesleri medikal yöntemler ile beraber kullanılmış ve suyun çıkardığı sesler hastaları rahatlatma amacıyla tedavi etme sürecinde kullanılmıştır. Divriği Ulu Cami ve Darüşşifası (1228) ve Amasya Darüşşifası (1308) Dünya üzerinde psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin müzik ve su sesiyle tedavilerinin gerçekleştirildiği ilk yerler olarak bilinmektedir (85).

Doğa sesleri tek bir coğrafyaya özgü olmamakla beraber tüm kültürlerle hitap etmektedir. Doğa sesleri bu özellikte olmasından dolayı diğer müzik türlerinden üstün olduğu bilgisi literatürde mevcuttur (17). Aghaie ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada yoğun bakımdaki hastalara extübasyon sürecinde doğa sesleri dinletilerek anksiyete düzeyleri ölçülmüş ve hastaların anksiyete düzeylerinde azalma olduğu sonucuna varılmıştır (86).

Kardiyak hastalığı olduğunu öğrenmek bireylerde depresyon ve anksiyeteye sebep olabilmekte ve ayrıca kullanılan medikal yöntemlerin de anksiyete düzeyinde artışa neden olduğu bilinmektedir (87).

#### **4.5. Müzik ve Sağlık**

Müzik kelimelerin anlatmaya yetmediği duygu ve düşüncelerin seslerle anlatılması sanattır. Müzik, dil ve ırk farketmeksizin duygulara hitap eden, herkesin anlayabildiği ve anlayabileceği bir sanat dalıdır. Müzik; sanat dalı olmasının yanında

hem de bilimdir (88).

Müzik insan hayatının bir çok döneminde yer tutan bir kavramdır; zihin ve beden üzerine önemli etkisi vardır. Bugüne kadar pek çok medeniyet kendi sosyolojik yapısına göre müziğin sağlık üzerine olan etkilerini araştırmış; müzik, ritim ve dansı bir çok durumda kullanmışlardır (89).

Müzikoloji yaklaşık yüz yıldır bilimsel yöntemleri kullanarak müziği incelemekte ve araştırmaktadır. Müzikoloji; din, töre, gelenek, mitoloji gibi toplumsal kurumlarla müzik arasındaki ilişkiyi araştıran bir disiplindir. Müzik terapi bu bilimsel disiplinin alt dallarından biridir (88, 90). Müzik terapisi, kişilerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel iyilik halini artırmada müziği kullanan uzmanlık dalıdır (91).

Müziğin kendine özgü yapısı ve anlatım şekliyle bireyin duyu ve düşüncelerine hitap ettiği söylenir. Eski zamanlardaki tedavi metotlarından biri olup, birçok kültürde hasta insanları tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir. Müzik, bireyin sinir ve endokrin sistemi üzerine etki ederek, duyu ve düşüncelerde olumlu değişikliklerin olmasını sağlar. Yapılan çalışmalarda müziğin; serotonin, dopamin, adrenalin, testosteron gibi hormonları olumlu yönde etkileyerek; kan basıncı, solunum sayısı ve şekli gibi fizyolojik işlevleri üzerine etki ettiği bildirilmiştir (92).

Müziğin insanı hangi yollarla etkilediği sorusu 1990'lı yılların sonlarında bilim insanları tarafından sorulmaya başlanmış ve manyetik rezonans görüntüleme ya da pozitron emisyon tomografisi gibi gelişen yeni yöntemlerin kullanılmasıyla müzikten beynin hangi bölgelerinin etkilendiği ortaya konulmaya başlanmıştır (80, 93).

#### **4.5.1. Dünyada müzikle tedavinin ortaya çıkışı ve tarihçesi**

Müzik ile tedavinin tarihine bakıldığında çok eski zamanlara dayanmaktadır. Antik Yunan döneminden, Türk İslam medeniyetlerine kadar bir çok farklı kültür hastalıklarının tedavisinde müziği kullanmış ve bu alanla ilgili araştırmalar yapılmıştır (94).

Dünya Müzik Terapi Federasyonu, müzik ile tedaviyi 'Bir kişi ya da grubun fiziksel, duygusal, sosyal ve kognitif ihtiyaçlarını karşılamak için ihtiyaç duyduğu iletişim, ilişki, öğrenme, ifade, organizasyon ve diğer ilişkili terapötik öğeleri geliştirip artırmak için müzik veya müzikal elemanların (ses, ritim ve melodi) eğitim almış müzik terapisti tarafından tasarlanarak kullanılması' olarak tanımlamıştır. Antik

Yunan döneminde müziğin depresyon, mani, cinnet, epilepsi, letarji, katatoni, histeri, felç, afazi, gut, ateşli hastalıklar, çeşitli ağrılar, veba, kızamık, kuduz gibi hastalıkların tedavilerinde kullanılmasına ilişkin bilgiler mevcuttur (95).

Filozof ve matematikçi olan Pisagor (M. Ö. 585-500), müzik teorilerinin ve müziğin hastalıkların tedavisinde kullanımı hakkında bilimsel çalışmalar yapan ilk öncülerindendir. Pisagor, umutsuzluğa düşen kişileri veya çabuk öfkelenen hastaları bazı melodilerle tedavi edebilmeyi araştırmıştır. Hipokrat, bazı bireyleri tedavileri için ilahiler eşliğinde tapınağa götürmüştür. Hipokrat'a göre tıbbın diğer unsurlarının fayda sağlamadığı hastalıklarda müziğin denenmesi önem taşımaktadır (96).

Platon M.Ö. 400 yıllarında müziğin ruhun derinliklerine etki ederek kişide hoşgörü ve rahatlama hissi uyandırdığını bildirmiştir. Antik çağlardan bu zamana kadar müziğin gut, afazi ve felç hastalarının tedavisinde kullanıldığına dair bilgiler bulunmaktadır. Gut hastalarında müzik, ağrıyı azaltmada kullanılırken, afazi ve felçte ise müziğin etkisiyle bireylerin bazı kelimeleri heceleyebildikleri bildirilmiştir. İngiltere'de İnsanlığa Hizmet Cemiyeti bazı hastalıklarda müziğin beden ve ruha sakinlik verdiğini araştırmış ve müzisyen hastabakıcılar yetiştirmiştir. Müzik dinlemenin etkisiyle bireylerin ağrı düzeylerinin azaldığı, vücut sıcaklıklarında düşüş olduğu gözlenmiştir. Uykusuzluğun giderilmesinde de müzik kutusu kullanımı iyi sonuçlar vermiştir (95).

Müzikle terapi merkezleri 1945 yılından sonra, Fransa'da ve İsveç'in Stokholm şehrinde enstitüsü olarak kurulmuştur. Fransa'da 1954 yılında, bir psikiyatri hastanesi tarafından, Jodge Jost isimli bir elektro akustik mühendisine, müziğin bazı ruh hastalıklarına etkisini araştırma görevi verilmiştir. İngiltere'de ilk müzik ile tedavi merkezi 1950'li senelerde Akıl Hastalıkları Hastanesi olan Horton'da açılmış ve yapılan tedavilerde başarılar elde edilmiştir. Müzik terapi alanındaki gelişmeler 2. Dünya Savaşı'ndan bu zamana kadar belirgin ivme kazanmıştır. Amerika'da müziğin sağlık alanında kullanılmasında Dr. Willer Van de Wall öncü olmuştur. Wall 1920 yılında New York'ta hastane ve cezaevlerinde, müziğin insan üzerindeki etkileri ile ilgili çalışmıştır (97).

Şimdiki anlamıyla müzik terapi eğitimi, Michigan Devlet Üniversitesi'nde lisans düzeyinde ve Kansas Üniversitesi'nde lisansüstü düzeyinde programının ilk kez açılması ile 1944 yılından bu zamana kadar devam etmektedir. Müzik Tedavisi Ulusal

Birliği ve Müzik Terapi Amerikan Birliği'nin birleşmesi ile Amerikan Müzik Terapi Birliği 1998'de kurulmuştur. Ayrıca bir takım küçük milli kurumlar da açılmıştır. Avustralya da ise Müzik Terapi Birliği 1975 yılında kurulmuştur. Araştırmalar, Afrika'nın bir çok bölgesinde lirik türde müziğin ağrıyla hafifletmek amacıyla erkek ve kadın sünnetinde, cerrahi girişimlerde, kırıkların tedavisinde kullanıldığını bildirmektedir. Afrika'da müzik ile tedavi resmi olarak ilk defa 1999 yılında Güney Afrika'da başlamıştır. Hindistan'ın ilk müzik terapisti Dr. Bhaskar Khandekar, müzik alanında master ve müzik terapide doktora derecelerine sahiptir ve 1993'den bu zamana müzik terapi ile ilgili çalışmalarına devam etmektedir. 13 Mayıs günü Hindistan'da her sene, Müzik terapi günü olarak anılmaktadır (95).

Müzik terapi en çok Avrupa, Amerika ve Okyanusya kıtalarındaki ülkelerde gelişme göstermiştir. Müzik terapi en başta Asya kıtasında başlamış olmasına rağmen Amerika ve Avrupa kıtalarında daha çok gelişim göstermiştir. Afrika'nın müzik terapiyle ilgili çalışma yapan tek ülkeye sahip olmasından ötürü, kıtalar arası müzik terapi gelişimi kıyaslamasında son sıralarda olduğu bilgisi literatürde mevcuttur (98).

#### **4.5.2. Müzik terapinin Türkiye'deki gelişim süreci**

Müzik terapi bulunduğumuz bölgede 800'l yıllardan itibaren yazılı kaynaklara girmiş ve 1850'lere kadar Anadolu coğrafyasında yaklaşık bin yıl süreyle tıp ve sağlık alanında uygulanmış ve sonra terk edilmiştir. 1850'li senelerde vazgeçilen müzik uygulamaları son yıllarda özellikle artan araştırmaların katkısı ve devletin bu alandaki yasal düzenlemeleriyle resmi olarak tekrar başlatılmıştır. Tarihsel sürece bakıldığında müzik ile tedavi geleneği olan ve müziği hastanede ilk kez tedavi amaçlı kullanan millet Türklerdir. Ancak lkemizde müzik ile tedavi alanında yapılan alışmalar, Amerika ve Avrupa ülkelerine kıyasla daha az sayıda olup, bu konuda akademik alanda eğitim verilmemektedir (97).

Müzikle tedavinin Türk toplumlarında 6 bin yıllık bir geçmişi vardır. Türklerde ilk müzik tedavi alışmaları Selçuklu ve Osmanlı İmparatorluğu'nda görülmektedir. Türklerin göç ettiği Anadolu coğrafyasında müzik ile tedavi alanında oluşturulan ilk kurumlar şifahanelerdir. İlk şifahane yaklaşık 900 sene önce Selçuklu Sultanı tarafından şam'da yapılan Nureddin Hastanesi'dir. Bu hastaneden başka, İstanbul ilinde Fatih Darşifası ve Edirne'de bulunan Edirne Darşifası müzik ile tedavinin

uygulandığı önemli kurumlardandır. Özellikle Edirne Darüşşifası Osmanlılarda önemli müzikle tedavi merkezidir. Hastaların tedavisi dönemin tıbbi bilgi ve farmakolojik ilaçlarının yanı sıra, su sesleri ve musiki yapılmıştır (94). Rahmi Oruç Güvenç tarafından 1976'da kurulan Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu 2000'li yıllara kadar müzik terapi ile ilgili çalışmalarıyla öncülük etmiştir. Ancak müzik terapinin Türkiye'deki gelişiminin 2000 yılında hız kazandığı söylenebilir. Yayımlanan kitaplar, lisansüstü eğitimde, doktora ve yüksek lisans tez çalışmaları da bunun göstergesidir. İlk kez 2008'de Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde müzik terapi seçmeli ders olarak verilmiştir. 2014 yılından itibaren de İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi müfredatına eklenmiştir. Bazı yasal düzenlemeler süreçteki gelişmeye önemli katkıda bulunmuştur. 2 Kasım 2011'de Resmi Gazete'de yayımlanan 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne "Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak" yetkisi verilmiştir. Bu kanuna dayanarak oluşturulan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği 27 Ekim 2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik ile 15 uygulama (akupunktur, fitoterapi, apiterapi, sülük uygulaması, refleksoloji, homeopati, kayropraktik, osteopati, ozon uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, hipnoz, müzik terapi) yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik sayesinde müzik terapi alanında ilk yasal düzenleme yapılmış oldu. 2016 yılına gelindiğinde ise Sağlık Bakanlığı tarafından ilk müzikterapist sertifikalı eğitim programları düzenlenmeye başlanmıştır. 2014'te Burçin Uçaner Müzik Terapi Derneği'ni ve 2016'da Levent Öztürk Uygulamalı Müzik Terapileri Derneği'ni kurmuştur. Her iki dernek müzik terapisinin Türkiye'deki gelişimi adına işbirliği yaparak çalışmalarına devam etmektedir (99).

#### **4.5.3. Koroner yoğun bakım hastasında müzik terapinin kullanımı ve hemşirelik bakımı**

Kardiyovasküler sistem hastalıkları dünyada yaygın görülen hastalıklardandır ve en yaygın ölüm sebeplerindendir. Kalp yetersizliği hızla artmaktadır, sebeplerin en önemlisi ise koroner arter hastalığıdır. Bireyler kalp hastası olduklarını öğrendiklerinde stres yaşarlar. Stres kişide fizyolojik değişikliklere neden olur; bu da hastalık durumunu olumsuz etkileyebilir. Algılanan ağrı düzeyi kaygı ile artabilir ve

dikkati başka yöne çekme ile azalabilir. Stres seviyesini azaltmak başka bir kalp krizi durumunu en aza indirebilir. Anksiyete, stres hormonlarının seviyesini artırarak nabız hızında artışa sebep olur, solunum hızı ve oksijen gereksinimi dengesi bozulur ve kalp krizi geçirme riski artar. Hastalığın etkilerinden korkmak, beklenen maddi ve manevi yaşam tarzı değişiklikleri hususunda endişelenmek, ölüm kaygısı ya da başkalarına ihtiyaç duymaktan korkmak da hastalar için can sıkıcıdır. Hastaların geçirilmiş kalp krizinden veya kalp cerrahisi sonrasında depresyona girmeleri sık rastlanan bir durumdur. Müziğin, bireyin subjektif sağlık durumunu olumlu etkilediği ve hipertansiyonu olan bireyin iç dengesini düzenleyerek, bireyin kendine olan güvenini arttırdığı söylenebilir. Hastalık, psikolojik stres durumunda ortaya çıkar. Bu evrede müziğin varlığı, stresin neden olduğu sonuçları azaltmada faydalı olur (100).

Birey ister fiziksel, ister psikolojik bir tehdit karşısında kalsın, bu duruma kalp damar sistemi ile yanıt verir. Bu sırada vücudun tüm temposu değişir. Kalp atışı artar, kan basıncı yükselir. 18.yy.'da yaşamış İngiliz doktorlar Heberden, Parry ve Hunter da duygusal yaşantının anjina pektorisi etkilediğini belirtmişlerdir (101).

Twiss ve arkadaşları (2006) kalp damar ameliyatı geçirmiş hastalara intraoperatif ve postoperatif dönemde kendi tercihleri doğrultusundaki müzikleri dinlettirmiş ve müzik uygulanan hastalarda anksiyete düzeylerinin müzik uygulanmayan hastalardan daha az olduğunu saptamıştır (102).

Günümüzde diğer alanlarda olduğu gibi kardiyak kökenli hastalıkların tedavisinde ve rehabilitasyonunda tedavi etkinliğinin artması, hasta konforunun artırılması ve iyileştirilmesi amacıyla Tamamlayıcı Tıp uygulamalarının kullanımı artmaktadır (103). 23 adet çalışmanın 2009 Cochrane değerlendirmesine sonucunda, müzik dinletisinin koroner kalp hastalığına sahip bireylerde nabız sayısı, solunum ve kan basıncını düşürdüğü belirtilmiştir. Müzik kullanımının kalp hastalığına sahip bireylerde anksiyete seviyesini azalttığı bilgisi literatürde mevcuttur (95).

Kardiyak rehabilitasyon (KR), kardiyovasküler riskleri azaltmayı, kardiyak semptomları kontrol altına almayı, ateroskleroz sürecini stabilize etmeyi, hastalığa bağlı mortalite ve re-enfarkt riskini azaltmayı, sağlıklı davranışlara adaptasyonu kolaylaştırmayı ve aktif bir hayat tarzına yöneltmeyi amaçlayan kalp hastalıkları yönetiminin önemli kısmıdır. Kardiyak rehabilitasyondaki standart programlara ek olarak müzik terapi yapılan bireylerde depresyon ve anksiyetenin azaldığı



bildirilmiştir. Müzik insan sağlığı üzerinde psikolojik ve fizyolojik güçlü etki oluşturmaktadır (100).

Yapılan çalışmalarda, hemşirelik yaklaşımının hastaların yoğun bakım deneyimlerini etkileyen en önemli unsur olduğu belirtilmiştir (41, 104). Buna göre; nitelikli hemşirelik bakımı ile hemşirenin hastanın yanında olduğunu hissettirmesi, iletişim kurması, bireyi fiziksel yönden olduğu kadar psikolojik açıdan da ele alması ile bireyler kendilerini “güvende” hissetmekte ve daha olumlu yoğun bakım deneyimlerine sahip olmaktadır (105, 106).



## **5. MATERYAL VE METOT**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü**

Bu tez çalışması; koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin; ölüm kaygısı, anksiyete ve fizyolojik parametrelere etkisinin belirlenmesi amacı ile randomize kontrollü müdahale çalışması olarak gerçekleştirildi.

### **5.2. Araştırmanın Hipotezleri**

H1a: Koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin, uygulanmayan hastalara göre ölüm kaygısını azaltmaya etkisi vardır.

H1b: Koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin, uygulanmayan hastalara göre anksiyeteyi azaltmaya etkisi vardır.

H1c: Koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin, uygulanmayan hastalara göre fizyolojik parametrelerde (nabız, kan basıncı, oksijen saturasyonu, vücut sıcaklığı, ağrı) olumlu değişiklik oluşturmaya etkisi vardır.

### **5.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri; durumluk anksiyete düzeyi, ölüm kaygısı düzeyi ve fizyolojik parametre değerleridir. Bağımsız değişkeni ise; müdahale grubuna uygulanan doğa temelli müzik dinletisidir.

### **5.4. Araştırma Yeri ve Zamanı**

Bu araştırma, 1 Ocak 2021 ve 1 Eylül 2021 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir kamu hastanesinin, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde yürütüldü. İlgili Koroner Yoğun Bakım Ünitesi 2. Basamak Koroner Yoğun Bakım hizmeti vermektedir ve 10 yataklıdır. Gece ve gündüz mesaisinde 4 hemşire 1 hekim ve 1 tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Ünite içinde 1 hemşire bankosu ve 1 adet ilaç hazırlama odası mevcuttur. Her hasta yatağı için ayrı bir monitör ve merkezi tıbbi gaz sistemi bulunmaktadır.

## 5.5. Araştırma Evreni ve Örneklemi

### 5.5.1. Evren

Bu tez çalışmasının evrenini; 1 Ocak 2021-1 Eylül 2021 tarihleri arasında İstanbul ilinde yer alan Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir kamu hastanesinin koroner yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalar oluşturmaktadır.

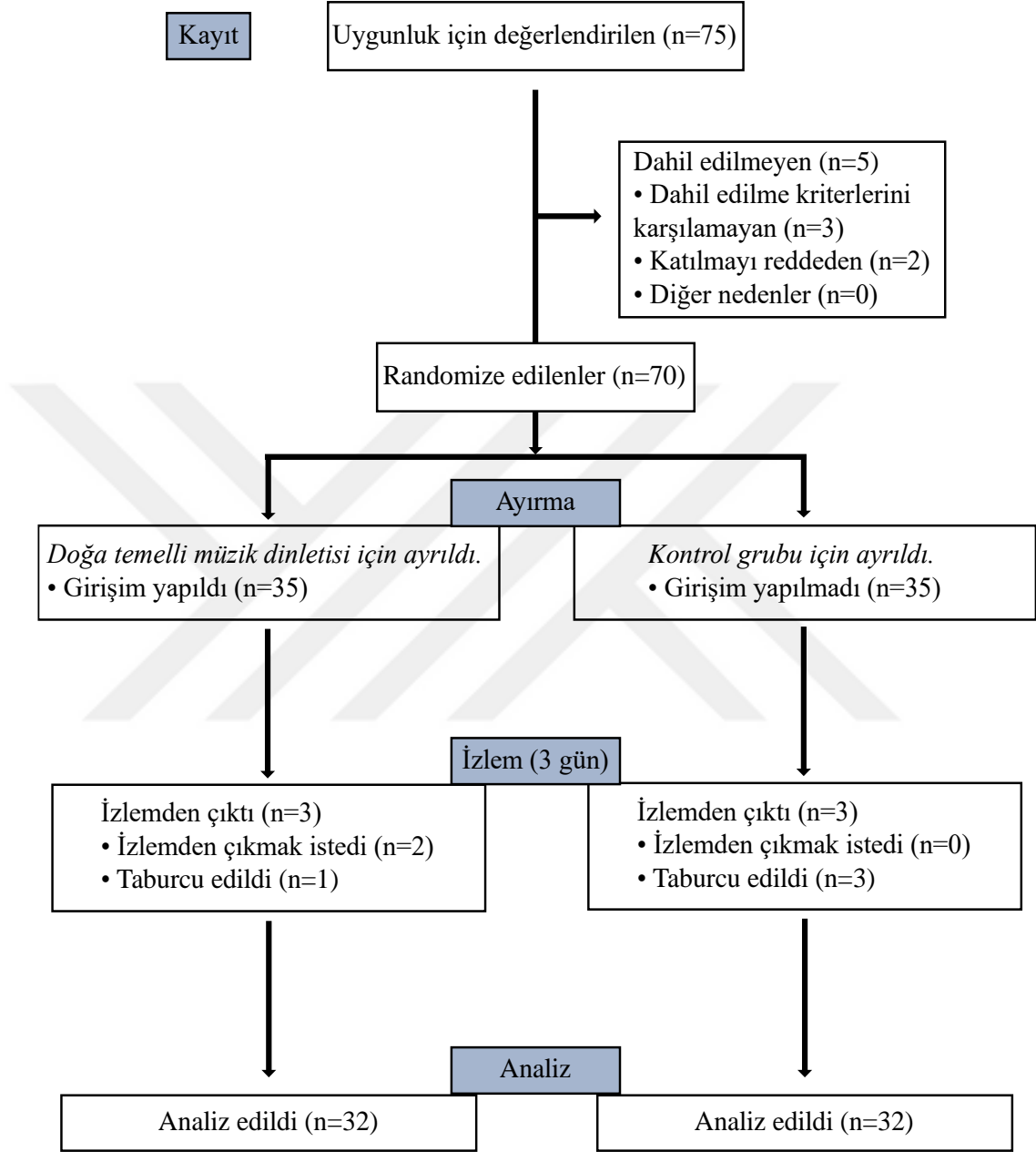
### 5.5.2. Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini İstanbul'da bir kamu hastanesinin koroner yoğun bakım ünitesinde araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler oluşturdu.

Araştırmamızın örneklem büyüklüğünü belirlemek üzere ilgili literatür baz alınarak güç (power) analizi yapıldı. Testin gücü, G\*Power 3.1 programı ile hesaplandı. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Akarsu 'nun (2018) yaptığı girişimsel çalışmada etki büyüklüğü 1,345 olarak hesaplandı (107). Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 1,345 etki büyüklüğünde gruplarda 13 kişi olmak üzere 26 kişi olarak hesaplandı. (df=24;t=1,711). Fakat araştırma sonucunda parametrik testlerin yapılabilmesi ve araştırmanın güvenilirliğini artırmak için oluşabilecek veri kayıpları da göz önüne alınarak müdahale grubunun 35, kontrol grubunun 35 olmak üzere toplam örneklem sayısı N:70 olarak belirlendi.

İstanbul ilinde bulunan bir kamu hastanesinin koroner yoğun bakım ünitesinde 1 Ocak 2021-1 Eylül 2021 tarihleri arasında başvuran 75 hasta, araştırmaya dahil edilme kriterleri açısından değerlendirildi ve 3 kişinin dahil edilme kriterlerini karşılamaması, 2 kişinin ise araştırmaya katılmayı reddetmesi sonucu çalışmaya dahil edilecek 70 hastaya ulaşıldı. Çalışmaya dahil edilen bu 70 hastadan, müdahale grubundan 2 hastanın çalışmaya devam etmekten vazgeçmesi ve 1 hastanın taburcu edilmesi, kontrol grubundan ise 3 hastanın taburcu edilmesi nedeniyle kontrol grubunda 32 ve müdahale grubunda 32 olmak üzere toplam 64 hasta ile tamamlandı. Araştırmacı tarafından oluşturulan akış şeması, Konsolide Raporlama Denemeleri Standartları (CONSORT) Kontrol Listesine dayanmaktadır (Şekil 5.5.2.1).

## CONSORT 2010 Akış Şeması



Şekil 5.5.2.1: Çalışmanın örneklem akış şeması (CONSORT 2010)

## 5.6. Araştırmada Randomizasyonun Sağlanması

Hastalar müdahale ve kontrol grubuna rastlantısal olarak seçilmiştir. Araştırmaya dahil edilen hastaların müdahale ya da kontrol gruplarından hangisinde yer alacağı [www.random.org](http://www.random.org) adlı web sitesi üzerinden basit randomizasyon yöntemiyle belirlenmiş olup, Tablo 5.6.1’de gösterilmiştir. Oluşan sayı dizisine göre müdahale grubu; (2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 26, 28, 30, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 44, 46, 47, 51, 52, 53, 59, 62, 67, 69) kontrol grubu; (1, 7, 10, 12, 16, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 32, 37, 40, 43, 45, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 68, 70) olarak belirlenmiştir. Belirlenen sayılar hastaların çalışmaya dahil edilme sırasında müdahale ya da kontrol grubuna atanmasını sağlamıştır.

**Tablo 5.6.1:** Randomizasyon Dağılım Tablosu

<b>Hasta Sıralaması</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Grup</b>	K	M	M	M	M	M	K	M	M	K	M	K	M	M
<b>Hasta Sıralaması</b>	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
<b>Grup</b>	M	K	M	M	K	K	M	K	K	K	K	M	K	M
<b>Hasta Sıralaması</b>	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
<b>Grup</b>	K	M	K	K	M	M	M	M	K	M	M	K	M	M
<b>Hasta Sıralaması</b>	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
<b>Grup</b>	K	M	K	M	M	K	K	K	M	M	M	K	K	K
<b>Hasta Sıralaması</b>	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
<b>Grup</b>	K	K	M	K	K	M	K	K	K	K	M	K	M	K

Not: M: Müdahale Grubu, K: Kontrol Grubu.

### **5.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- 18 yaş ve zeri,
- Yer ve zaman oryantasyonuna sahip,
- İletişim (görsel, işitsel) engeli bulunmayan.

### **5.8. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

- Glaskow Koma Skalası 13 puanın altında olan,
- Psikiyatrik hastalığı olan,
- Demans/beyin fonksiyon bozukluğu olan,
- Sedatif ve analjezik herhangi bir ilaç alan.

### **5.9. Veri Toplama Araçları**

Araştırmamızda kullanılan veri toplama aracı dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Hasta Tanıtım Formu, ikinci bölümde Spielberger Durumluk Anksiyete leği, nc bölümde lm Kaygısı leği ve son bölümde Fizyolojik Parametre Formu kullanılmıştır.

#### **5.9.1. Sosyodemografik ve hastalığa ilişkin hasta tanıtım formu (Ek-1)**

Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, tıbbi tanıları, daha önce koroner yoğun bakım ünitesinde tedavi görme durumu ve daha önce hastane ortamında müzik dinletisi uygulanma durumunu sorgulayan toplam 9 soru yer almaktadır. Form araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır (19, 108).

#### **5.9.2. Spielberger durumluk anksiyete leği (Ek-2)**

Spielberger ve ark (1970) tarafından durumluk kaygı ve sürekli kaygıyı ölçmek amacıyla Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik alışması Le Compte ve ner tarafından 1983 yılında

yapılmıştır. Bu çalışmada kullanılacak olan “durumluk kaygı”, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği öznel korkudur (74).

Durumluk anksiyete ölçeği, bireyin kendi kendine cevaplayabileceği, uygulaması kolay ve 20 sorudan oluşan bir envanterdir. Bireyin kendisini “şu anda” nasıl hissettiğini değerlendirerek, (1) “hiç”, (2) “biraz”, (3) “çok” ve (4) “tamamıyla” ifadelerinden birini işaretlemesi istenir. Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler yer almaktadır. Doğrudan ifadelerde dört değerindeki cevaplar, kaygının yüksek olduğunu gösterirken, tersine dönmüş ifadelerde, bir değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı gösterir. Ters puanlama yapılacak olan ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Bu ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüştürülerek puan hesabı yapılmaktadır. Doğrudan puanlama yapılacak olanlar ise 3, 4, 6, 7,9, 12, 13, 14, 17 ve 18 no’lu ifadelerdir. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından ters ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer 50’dir. Ölçek sonunda alınabilecek en düşük puan 20 ise en yüksek puan 80’dir. Değerlendirmede 0-19 puan arasında ‘kaygı yok’, 20-39 puan arasında ‘hafif kaygı’, 40-59 puan arası ‘orta kaygı’, 60-79 puan arası ‘şiddetli kaygı’ ve 80 puan ‘panik değer’ olarak yorumlanmaktadır (74).

Öner ve Le Compte yaptıkları araştırmada durumluk kaygı ölçeğinin güvenilirliğini 0.94 ile 0.96 arasında olduğunu saptamışlardır (74). Bu çalışmanın ön test durumluk kaygı ölçeğinin güvenilirliği cronbach’s alpha=0,847 olarak yüksek bulunmuştur.

### **5.9.3. Ölüm kaygısı ölçeği (Ek-3)**

Templer ve ark.(1970) tarafından geliştirilmiş olup ölüm kaygısı düzeyini ölçmek için kullanılmaktadır (109). Ölüm Kaygısı Ölçeği’nin Türkçeye ilk uyarlaması Şenol (1989) tarafından gerçekleştirilmiş ve iç tutarlık için Cronbach alfa değeri 0.72 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisinin Türk normlarındaki farklı gruplarda tekrar gözden geçirilerek geçerlik ve güvenilirliğini araştıran çalışma ise Akça ve Köse (2008) tarafından yapılmış, Kuder Richardson-20 formülüyle hesaplanmış ve 0.75

olarak bildirilmiştir (110). Bu araştırmanın ön test ölüm kaygısı ölçeğinin güvenilirliği cronbach's alpha=0,786 olarak yüksek bulunmuştur.

Ölçek toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Doğru-yanlış şeklinde ikili likert ölçeği olarak düzenlenmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, ilk dokuz maddeye verilen her "evet" yanıtına "bir", "hayır" yanıtına "sıfır", on ve on dördüncü maddeler arasındaki beş maddeye verilen her "hayır" yanıtına "bir", "evet" yanıtına ise "sıfır" puan on beşinci soruya verilen "evet" yanıtı için "bir", "hayır" yanıtı için ise "sıfır" verilerek puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınan puanların toplamı, ölüm kaygısı puanını vermektedir. Ölçekten alınabilen en yüksek puan 15'tir. Ölçekten elde edilen puan arttıkça ölüm kaygısı düzeyi de artmaktadır. Elde edilen toplam puan 7 ve üzeri ise kişide ölüm kaygısı ile ilgili durumun varlığına işaret etmektedir (110).

#### **5.9.4. Fizyolojik parametre formu (Ek-4)**

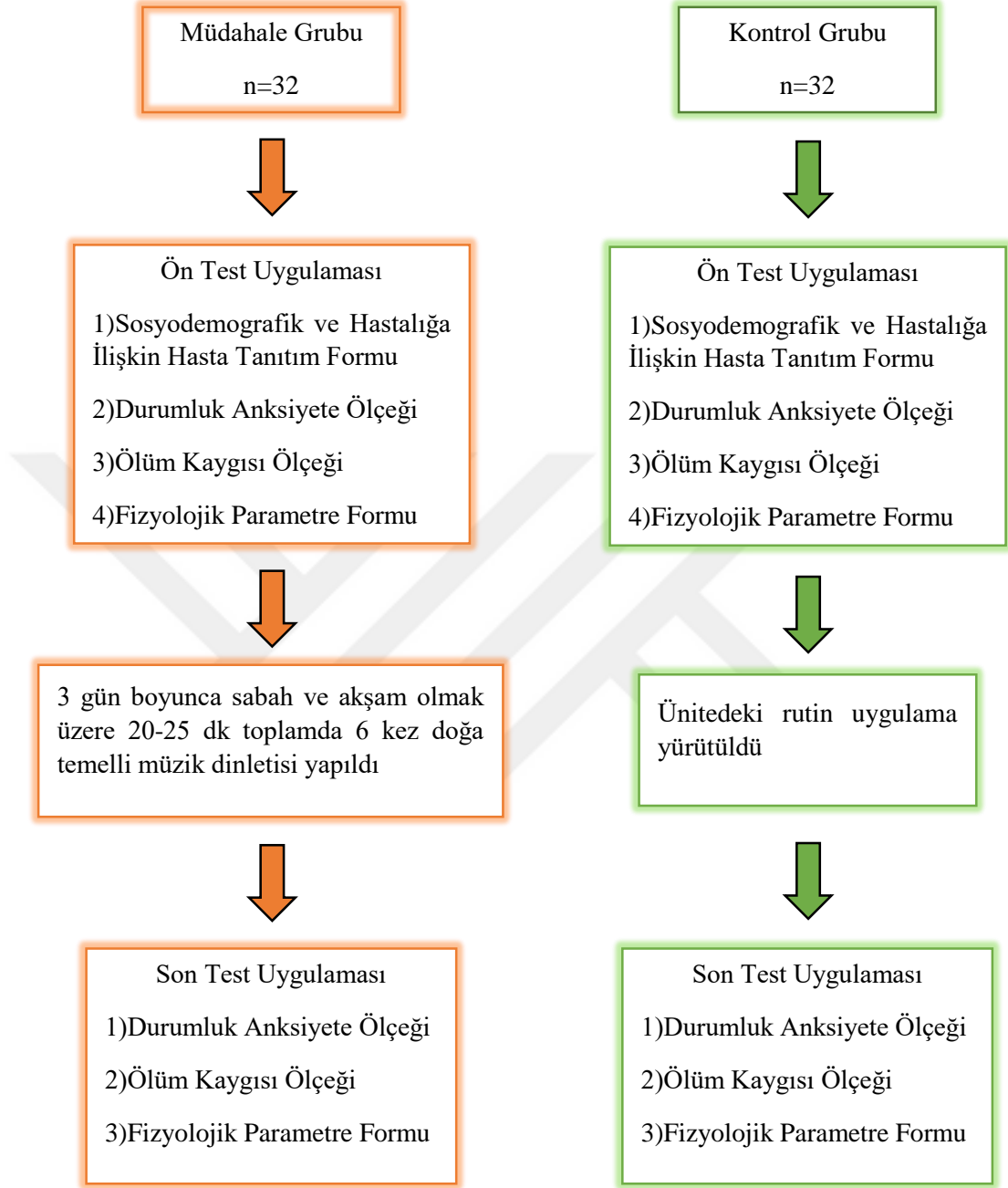
Hastanın nabız, kan basıncı, oksijen saturasyonu, vücut sıcaklığı ve ağrı puanının kaydedildiği formdur. Sistolik-diyastolik kan basıncı, nabız ve oksijen saturasyonu Philips Intellivue MX500 866064 Hastabaşı Monitörü ile vücut sıcaklığı ise temassız kızılötesi termometre ile ölçülmüştür. Ağrı ölçümü için Visual(görsel) Analog Skala kullanılmıştır. VAS günümüzde ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan tek boyutlu bir ölçektir (111). VAS'a göre "0" rakamının hiç ağrı hissetmiyorum anlamına geldiği, rakamlar büyüdükçe ağrı şiddetinin arttığı ve "10" rakamının ise en şiddetli ağrı hissediyorum anlamına geldiği hastaya açıklanarak, o anki hissettikleri ağrı şiddetinin hangi basamakta olduğunu işaretlemeleri istenmiştir. Çalışmamızın ağrı değerlendirme kısmında Vas'ın yatay düzenekteki formu kullanılmıştır.

#### **5.10. Veri Toplama Yöntemi**

Veriler kurum izni alındıktan sonra, araştırmacılar tarafından katılımcılar bilgilendirilerek, yazılı onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle, her bir katılımcı için yaklaşık 10-15 dakikalık süreyi içerecek şekilde toplandı. Müdahale grubuna uygulanacak girişim yine araştırmacı tarafından katılımcılar bilgilendirilerek, yazılı onamları alındıktan sonra uygulandı.



## 5.11. Araştırmanın Uygulanması



Şekil 5.11.1: Uygulama Akış Şeması

### 5.11.1. Müdahale grubu uygulaması

Müdahale grubundaki hastaların yoğun bakım ünitesine kabulünün ilk günü, Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Hasta Tanıtım Formu, Durumluk Anksiyete Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve fizyolojik parametreler (nabız, kan

basıncı, ateş, oksijen saturasyonu, ağrı) araştırmacı tarafından ölçülerek ön test uygulaması tamamlandı. Müdahale grubuna ön test uygulamasının ardından, 3 gün boyunca sabah ve akşam olmak üzere toplamda 6 kez doğa temelli müzik dinletisi yapıldı. Müzik dinletimi yaklaşık 20-25 dakika boyunca mp3 player ve kulaklık aracılığı ile sağlandı. Ayrıca, hastalara isterlerse müziğin sesine müdahale edebilecekleri, sesi açıp kapatabilecekleri, müziği durdurabilecekleri ve yeniden dinlemeye başlayabilecekleri açıklandı. Müzik dinleme materyali olarak her hasta için bireysel kulaklık kullanıldı. Müdahale tamamlandıktan sonra hastaların, Durumluk Anksiyete Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve fizyolojik parametreleri araştırmacı tarafından ölçülerek son test uygulaması yapıldı.

#### **5.11.2. Kontrol grubu uygulaması**

Hastanın, yoğun bakım ünitesine kabulünün ilk günü, Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Hasta Tanıtım Formu, Durumluk Anksiyete Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve fizyolojik parametreler (nabız, kan basıncı, ateş, oksijen saturasyonu, ağrı) araştırmacı tarafından ölçülerek ön test uygulaması gerçekleştirildi. Kontrol grubundaki hastalara yoğun bakım ünitesindeki rutin uygulamalar dışında herhangi bir müdahale yapılmadı. Kontrol grubundaki hastaların 3 gün sonra tekrar Durumluk Anksiyete Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği ve fizyolojik parametre değerleri araştırmacı tarafından ölçülerek son test uygulaması gerçekleştirildi.

Ayrıca; araştırma sonuçlarını etkilememesi açısından son test yapıldıktan sonra kontrol grubundaki bireylere müzik dinletisi isteyip istemedikleri sorularak, talep eden bireylere de doğa temelli müzik dinletisi gerçekleştirilerek bu girişimden etik açıdan faydalanmaları sağlandı.

#### **5.12. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

**Tablo 5.12.1:** Normal Dağılım Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) Değerleri

	Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)
Durumluk anksiyete ön test	0,209	0,352
Ölüm kaygısı ön test	0,066	0,382
Nabız ön test	1,714	1,386
Sistolik basınç ön test	-0,595	0,013
Diastolik ön test	1,989	0,506
Oksijen saturasyonu ön test	1,339	-1,120
Vücut sıcaklığı ön test	0,945	1,977
Vas ön test	-0,883	0,067
Durumluk anksiyete son test	1,032	1,241
Ölüm kaygısı son test	-0,128	-0,094
Nabız son test	1,130	1,219
Sistolik basınç son test	0,664	-0,324
Diastolik son test	0,307	0,035
Oksijen saturasyonu son test	1,002	-1,107
Vücut sıcaklığı son test	-0,258	0,045
Vas son test	-0,730	0,113

#### Betimleyici Analizler

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir (112, 113). Tanımlayıcı özelliklerin gruplara göre dağılımı ki-kare testi ve bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir. Ölçek puanları ve fizyolojik parametrelerin deney ve kontrol grupları arasındaki farkı bağımsız gruplar t-testi ile grup içerisinde değişimleri bağımlı gruplar t-testi ile analiz edilmiştir.

#### 5.13. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 10840098-604.01.01-E.6172 sayılı 06/02/2020 tarihli etik kurul izni alınmıştır. Belirlenen hastanede araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü- İstanbul Eğitim ve Tescil Birimi'nden 15916306-604.01.01-E7484 sayılı 18/12/2020 tarihli kurum izni (Ek-5) alınmıştır.

Araştırmacı tarafından gönüllülere; araştırmaya katılımın isteğe bağlı olduğu,

istedikleri zaman diliminde herhangi bir cezaya ya da yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan çekilebilecekleri, paylaştıkları bilgilerin gizli tutulacağı ve sadece bu araştırma için kullanılacağı hakkında bilgi verilmiştir. Hastalardan (müdahale ve kontrol grubu) yazılı ve sözlü onam alınmıştır (Ek-6 ve Ek-7). Araştırmadan elde edilen veriler yalnız bu araştırma için kullanılmış olup bilgilerin gizliliği sağlanmıştır. Hemşirelik etik kodlarından adalet ve eşitlik ilkesi gereğince, son test yapıldıktan sonra kontrol grubundaki bireylere müzik dinletisi isteyip istemedikleri sorularak, talep eden bireylere de doğa temelli müzik dinletisi yapılmıştır. Veri toplama araçlarından olan Ölüm Kaygısı Ölçeği için ölçek yazarından ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-8). Tüm araştırma boyunca Helsinki Bildirgesi'ne sadık kalınmıştır.



## 6. BULGULAR

Bu bölümde koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin; ölüm kaygısı, anksiyete ve fizyolojik parametrelere etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan araştırmanın analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verildi.

**Tablo 6.1:** Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımı (N=64)

		Müdahale (n=32)		Kontrol (n=32)		t		p	
		Ort±ss		Ort±ss					
Yaş		60,46±10,46		64,56±10,64		-1,552		0,126	
		Müdahale		Kontrol		Toplam		p	
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	11	%34,4	10	%31,2	21	%32,8	X <sup>2</sup> =0,071 p=0,500	
	Erkek	21	%65,6	22	%68,8	43	%67,2		
Medeni Durum	Evli	23	%71,9	24	%75,0	47	%73,4	X <sup>2</sup> =0,080 p=0,500	
	Bekar	9	%28,1	8	%25,0	17	%26,6		
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	4	%12,5	7	%21,9	11	%17,2	X <sup>2</sup> =3,366 p=0,499	
	İlköğretim	19	%59,4	15	%46,9	34	%53,1		
	Ortaöğretim	7	%21,9	6	%18,8	13	%20,3		
	Ön Lisans	0	%0,0	2	%6,2	2	%3,1		
	Lisans	2	%6,2	2	%6,2	4	%6,2		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	%34,4	6	%18,8	17	%26,6	X <sup>2</sup> =2,003 p=0,129	
	Çalışmıyor	21	%65,6	26	%81,2	47	%73,4		
Gelir Durumu	İyi	6	%18,8	6	%18,8	12	%18,8	X <sup>2</sup> =0,923 p=0,630	
	Orta	18	%56,2	21	%65,6	39	%60,9		
	Kötü	8	%25,0	5	%15,6	13	%20,3		
Hastalık Tanısı	Aritmi	1	%3,1	5	%15,6	6	%9,4	X <sup>2</sup> =2,943 p=0,098 X <sup>2</sup> =1,641 p=0,169 X <sup>2</sup> =2,744 p=0,092	
	Koroner Arter Hastalığı	8	%25,0	4	12,5	12	%18,8		
	Kalp Yetmezliği	3	%9,4	8	%25,0	11	%17,2		

**Tablo 6.1:** Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımı (N=64) (devam)

		Müdahale		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Hastalık Tanısı	Kalp Zarı Hastalıkları	1	%3,1	1	%3,1	2	%3,1	X <sup>2</sup> =0,000 p=0,754
	Akut Koroner Sendromlar	19	%59,4	14	%43,8	33	%51,6	X <sup>2</sup> =1,564 p=0,159
Kororbid Hastalık Varlığı	Evet	24	%75,0	24	%75,0	48	%75,0	X <sup>2</sup> =0,000 p=0,613
	Hayır	8	%25,0	8	%25,0	16	%25,0	
Kororbid Hastalığı*	Hipertansiyon	17	%53,1	18	%56,2	35	%54,7	X <sup>2</sup> =0,063 p=0,500
	Diyabetes Mellitus	14	%43,8	19	%59,4	33	%51,6	X <sup>2</sup> =1,564 p=0,159
	Kronik Böbrek Yetmezliği	7	%21,9	4	%12,5	11	%17,2	X <sup>2</sup> =0,988 p=0,255
	KOAH	2	%6,2	3	%9,4	5	%7,8	X <sup>2</sup> =0,217 p=0,500
	Hiperlipidemi	2	%6,2	4	%12,5	6	%9,4	X <sup>2</sup> =0,736 p=0,336
	Diğer**	2	%6,2	0	%0,0	2	%3,1	X <sup>2</sup> =2,065 p=0,246
Daha Önce KYBÜ'nde Tedavi Görme Durumu	Evet	10	%31,2	15	%46,9	25	%39,1	X <sup>2</sup> =1,641 p=0,153
	Hayır	22	%68,8	17	%53,1	39	%60,9	
Daha Önce Hastane Ortamında Müzik Dinletisi Alma Durumu	Evet	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	
	Hayır	32	%100,0	32	%100,0	64	%100,0	

Ki-kare testi, Bağımsız Gruplar T-Testi

Not: Kororbid Hastalığı\*: Birden fazla hastalık varlığı, Diğer\*\*: Anemi, akciğer kanseri.

Tablo 6.1'de araştırmaya dahil edilen hastaların (n=64) sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin gruplara göre dağılımları yer almaktadır. Hastaların %32,8'inin (n=21) kadın, %67,2'sinin (n=43) erkek olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptandı (p>0,05). Müdahale grubunun %34,4'ü (n=11) kadınlardan %65,6'sı (n=21) erkeklerden, kontrol grubunun ise %31,2'si (n=10)

kadınlardan %68,8'i (n=22) erkeklerden oluşmaktaydı.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları incelendiğinde %17,2'sinin okuryazar olmadığı, %53,1'nin ilköğretim, %20,3'ünün ortaöğretim, %3,1'inin ön lisans, %6,2'sinin lisans mezunu olduğu saptandı. Müdahale grubunun 23'ünün (%71,9) evli, 9'unun (%28,1) bekar; kontrol grubunun 24'ünün (%75,0) evli, 8'inin (%25,0) bekar olduğu bulundu ve bu özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Hastaların yaşları gruplara göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Müdahale grubunun yaş ortalaması 60,469 ( $Ss=10,460$ ), kontrol grubunun yaş ortalaması 64,562 ( $Ss=10,644$ ) idi.

Hastaların %9,4'ünün aritmi, %18,8'inin koroner arter hastalığı, %17,2'sinin kalp yetmezliği, %3,1'inin kalp zarı hastalıkları, %51,6'sının akut koroner sendromlar sebebi ile koroner yoğun bakım ünitesinde tedavi gördüğü tespit edildi. Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık durumlarına bakıldığında ise %54,7'sinde hipertansiyon, %51,6'sında diyabet, %17,2'sinde kronik böbrek yetmezliği, %7,8'inde KOAH, %9,4'ünde hiperlipidemi tanılarının bulunduğu tespit edildi. Hastaların %39,1'inin (n=25) daha önce koroner yoğun bakım ünitesinde tedavi gördüğü, %60,9'unun (n=39) ise daha önce koroner yoğun bakım ünitesinde tedavi görmediği saptandı. Araştırmaya katılan tüm bireylerin daha önce hastane ortamında müzik dinletisi almadığı sonucuna ulaşıldı.

**Tablo 6.2:** Durumluk Anksiyete Puanlarının Gruplara Göre Farklılaşma Durumu (N=64)

Gruplar	Müdahale (n=32)	Kontrol (n=32)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Durumluk Anksiyete Ön Test	41,68±4,56	40,50±4,88	1,004	0,319
Durumluk Anksiyete Son Test	41,18±6,34	40,62±5,11	0,390	0,698
<b>t</b>	0,585	-0,252		
<b>p</b>	0,563	0,802		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Bağımlı Gruplar T-Testi

Tablo 6.2’de hastaların ön test ve son test durumluk anksiyete puanlarının gruplara göre farklılaşma durumu yer almaktadır. Hastaların ön test ve son testte kaydedilen durumluk anksiyete puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermedi. ( $p>0,05$ ). Müdahale grubunun; müzik dinletisinden önceki durumluk anksiyete değerine ( $\bar{x}=41,688$ ) göre müzik dinletisinden sonraki durumluk anksiyete değerindeki ( $\bar{x}=41,188$ ) düşüş anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunun; ön testteki durumluk anksiyete değerine ( $\bar{x}=40,500$ ) göre son testteki durumluk anksiyete değerindeki ( $\bar{x}=40,625$ ) artış anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.3:** Ölüm Kaygısı Puanlarının Gruplara Göre Farklılaşma Durumu (N=64)

Gruplar	Müdahale (n=32)	Kontrol (n=32)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Ölüm Kaygısı Ön Test	7,78±2,97	7,09±2,48	1,005	0,319
Ölüm Kaygısı Son Test	7,28±2,43	6,81±2,32	0,788	0,434
t	1,450	1,247		
p	0,157	0,222		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Bağımlı Gruplar T-Testi

Tablo 6.3’de hastaların ön test ve son test ölüm kaygısı puanlarının gruplara göre farklılaşma durumu yer almaktadır. Hastaların ön test ve son testte kaydedilen ölüm kaygısı puanları gruplara göre istatistikî olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Müdahale grubunun; müzik dinletisinden önce kaydedilen ölüm kaygısı değerine ( $\bar{x}=7,781$ ) göre müzik dinletisinden sonra kaydedilen ölüm kaygısı değerindeki ( $\bar{x}=7,281$ ) düşüş anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunun; ön testte kaydedilen ölüm kaygısı değerine ( $\bar{x}=7,094$ ) göre son testte kaydedilen ölüm kaygısı değerindeki ( $\bar{x}=6,813$ ) düşüş anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).



**Tablo 6.4:** Ölüm Kaygısı Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı (N=64)

Gruplar		Müdahale		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Ölüm Kaygısı Durumu Ön Test	Var	19	%59,4	17	%53,1	36	%56,2	$X^2=0,254$ p=0,401
	Yok	13	%40,6	15	%46,9	28	%43,8	
Ölüm Kaygısı Durumu Son Test	Var	18	%56,2	19	%59,4	37	%57,8	$X^2=0,064$ p=0,500
	Yok	14	%43,8	13	%40,6	27	%42,2	

Not: Elde edilen toplam puan 7 ve üzeri ise kişide ölüm kaygısı ile ilgili durumun varlığına işaret ediliyor.

Tablo 6.4'de hastaların ön test ve son test ölüm kaygısı durumlarının gruplara göre dağılımı görülmektedir. Ölüm kaygısı durumu ön test ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmadı ( $X^2=0,254$ ;  $p=0,401>0,05$ ). Müdahale grubunun ölüm kaygısı durumunun ön testte 19'unun (%59,4) var, 13'ünün (%40,6) yok; kontrol grubunun 17'sinin (%53,1) var, 15'inin (%46,9) yok olduğu görüldü. Ölüm kaygısı durumu son test ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmadı ( $X^2=0,064$ ;  $p=0,500>0,05$ ). Müdahale grubunun ölüm kaygısı durumunun son testte 18'inin (%56,2) var, 14'ünün (%43,8) yok; kontrol grubunun 19'unun (%59,4) var, 13'ünün (%40,6) yok olduğu görüldü.

**Tablo 6.5:** Fizyolojik Parametrelerin Gruplara Göre Farklılaşma Durumu (N=64)

Gruplar	Müdahale(n=32)	Kontrol(n=32)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Nabız Ön Test	80,53±17,89	90,03±25,12	-1,742	0,086
Nabız Son Test	78,62±14,55	86,87±18,93	-1,954	0,055
<b>t</b>	1,321	1,009		
<b>p</b>	0,196	0,321		
Sistolik Basınç Ön Test	131,81±23,21	134,25±18,56	-0,464	0,644
Sistolik Basınç Son Test	129,15±16,87	131,28±18,45	-0,481	0,632
<b>t</b>	1,012	0,992		
<b>p</b>	0,319	0,329		

**Tablo 6.5:** Fizyolojik Parametrelerin Gruplara Göre Farklılaşma Durumu (N=64)  
(devam)

Gruplar	Müdahale(n=32)	Kontrol(n=32)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Diastolik Basınç Ön Test	76,84±14,59	76,96±10,26	-0,040	0,969
Diastolik Basınç Son Test	74,59±9,58	77,40±8,40	-1,248	0,217
<b>t</b>	1,306	-0,224		
<b>p</b>	0,201	0,825		
Oksijen Saturasyonu Ön Test	96,87±1,96	96,56±2,39	0,571	0,570
Oksijen Saturasyonu Son Test	97,78±1,54	96,81±1,97	2,189	<b>0,032</b>
<b>t</b>	-4,844	-1,312		
<b>p</b>	<b>0,000</b>	0,199		
Vücut Sıcaklığı Ön Test	36,54±0,24	36,52±0,32	0,261	0,795
Vücut Sıcaklığı Son Test	36,52±0,16	36,53±0,21	-0,066	0,947
<b>t</b>	0,368	-0,063		
<b>p</b>	0,715	0,950		
Ağrı Ön Test	3,59±2,60	3,53±2,21	0,104	0,918
Ağrı Son Test	2,62±1,82	3,00±2,079	-0,766	0,446
<b>t</b>	2,797	1,395		
<b>p</b>	<b>0,009</b>	0,173		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Bağımlı Gruplar T-Testi

Tablo 6.5’de araştırmaya katılan bireylerin ön test ve son test fizyolojik parametrelerinin (nabız, sistolik basınç, diastolik basınç, oksijen saturasyonu, vücut sıcaklığı, ağrı) gruplara göre farklılaşma durumu görülmektedir.

Hastaların ön test ve son testteki nabız sayıları gruplara göre istatistikî olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Müdahale grubunun; müzik dinletisinden önce ölçülen nabız sayısına ( $\bar{x}=80,531$ ) göre müzik dinletisinden sonra ölçülen nabız sayısındaki ( $\bar{x}=78,625$ ) düşüş anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunun; ön testte ölçülen nabız sayısına ( $\bar{x}=90,031$ ) göre son testte ölçülen nabız sayısındaki

( $\bar{x}=86,875$ ) düşüş anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ön test ve son testte ölçülen sistolik basınç değerleri gruplara göre istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Müdahale grubunun; müzik dinletisinden önce ölçülen sistolik basınç değerine ( $\bar{x}=131,812$ ) göre müzik dinletisinden sonra ölçülen sistolik basınç değerindeki ( $\bar{x}=129,156$ ) düşüş anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunun; ön testte ölçülen sistolik basınç değerine ( $\bar{x}=134,250$ ) göre son testte ölçülen sistolik basınç değerindeki ( $\bar{x}=131,281$ ) düşüş anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ön test ve son testte ölçülen diastolik basınç değerleri gruplara göre istatistiki olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Müdahale grubunun; müzik dinletisinden önce ölçülen diastolik basınç değerine ( $\bar{x}=76,844$ ) göre müzik dinletisinden sonra ölçülen diastolik basınç değerindeki ( $\bar{x}=74,594$ ) düşüş anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunun; ön testte ölçülen diastolik basınç değerine ( $\bar{x}=76,969$ ) göre son testte ölçülen diastolik basınç değerindeki ( $\bar{x}=77,406$ ) artış anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların oksijen saturasyonu son test değeri gruplara göre anlamlı farklılık gösterdi ( $t_{(62)}=2.189$ ;  $p=0.032<0,05$ ). Müdahale grubunun oksijen saturasyonu son test değeri ( $\bar{x}=97,781$ ), kontrol grubunun oksijen saturasyonu son test değerinden ( $\bar{x}=96,812$ ) yüksek bulundu. Hastaların oksijen saturasyonu ön test değeri gruplara göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Müdahale grubunun; müzik dinletisinden önce ölçülen oksijen saturasyonu değerine ( $\bar{x}=96,875$ ) göre müzik dinletisinden sonra ölçülen oksijen saturasyonu değerindeki ( $\bar{x}=97,781$ ) artış anlamlı bulundu ( $t=-4,844$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Kontrol grubunun; ön testte ölçülen oksijen saturasyonu değerine ( $\bar{x}=96,562$ ) göre son testte ölçülen oksijen saturasyonu değerindeki ( $\bar{x}=96,812$ ) artış anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ön test ve son testte ölçülen vücut sıcaklığı değerleri gruplara göre istatistiki olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Müdahale grubunun; müzik dinletisinden önce ölçülen vücut sıcaklığı değerine ( $\bar{x}=36,547$ ) göre müzik dinletisinden sonra ölçülen vücut sıcaklığı değerindeki ( $\bar{x}=36,528$ ) düşüş anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunun; ön testte ölçülen vücut sıcaklığı değerine ( $\bar{x}=36,528$ ) göre son testte ölçülen vücut sıcaklığı değerindeki ( $\bar{x}=36,531$ ) artış anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların ön testte kaydedilen ağrı puanları ile son testte kaydedilen ağrı puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Müdahale grubunun; müzik dinletisinden önce kaydedilen ağrı puanına ( $\bar{x}=3,594$ ) göre müzik dinletisinden sonra kaydedilen ağrı puanındaki ( $\bar{x}=2,625$ ) düşüş anlamlı bulundu ( $t=2,797$ ;  $p=0,009<0,05$ ). Kontrol grubunun; ön testte kaydedilen ağrı puanına ( $\bar{x}=3,531$ ) göre son testte kaydedilen ağrı puanındaki ( $\bar{x}=3,000$ ) düşüş anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).



## 7. TARTIŞMA

Bu çalışmada koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin ölüm kaygısı, anksiyete ve fizyolojik parametreler (nabız, sistolik ve diyastolik kan basıncı, oksijen saturasyonu düzeyi, vücut sıcaklığı ve ağrı) üzerine etkisi incelendi. Çalışmamızdan elde edilen bulgular;

- Araştırmaya Katılan Hastalara Ait Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması
- Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Ölüm Kaygısı Puanları ve Müzik Dinletisi Arasındaki İlişkinin Tartışılması
- Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Durumluk Anksiyete Puanları ve Müzik Dinletisi Arasındaki İlişkinin Tartışılması
- Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Fizyolojik Parametreleri (nabız, sistolik ve diyastolik kan basıncı, oksijen saturasyonu düzeyi, vücut sıcaklığı ve ağrı) ve Müzik Dinletisi Arasındaki İlişkinin Tartışılması, olmak üzere dört başlık altında güncel literatür doğrultusunda tartışıldı.

### 7.1. Araştırmaya Katılan Hastalara Ait Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması

Bu çalışmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ), grupların homojen olduğu tespit edilmiştir. Şahin ve arkadaşlarının 2017 yılında koroner yoğun bakımda yatan 208 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların 65'i kadın 143'ü erkeklerden oluşmaktaydı (114). Sivrikaya ve Erdem'in 2018 yılında koroner yoğun bakım ünitesindeki bireylerin hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlendiği çalışmalarında ise katılımcıların %63.1'inin erkek ve %85.1'inin evli olduğu saptanmıştır (115). Literatürdeki benzer çalışmaları incelediğimizde de erkek sayısının kadın sayısından, evli sayısının bekar sayısından fazla olduğu görülmektedir. Sekmen ve Ünsar'ın 2018 yılında yaptığı çalışmada araştırmaya dahil edilen hastaların %70,1'inin erkek, %85'inin evli olduğu saptanmıştır (24). Yaptığımız çalışmada ise; araştırmaya dahil edilen hastaların %67,2'sinin erkek, %73,4 'ünün evli olduğu tespit edilmiştir.

Literatür incelendiğinde araştırma sonuçlarımız diğer araştırma bulguları ile uyumludur.

## **7.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ölüm Kaygısı Puanları ve Müzik Dinletisi Arasındaki İlişkinin Tartışılması**

Kronik hastalıklara sahip bireylerin ölüm kaygı düzeyleri yaşadıkları semptomların sıklığına, şiddetine ve yaş faktörüne bağlı olarak farklılık göstermektedir (116).

Kalp yetersizliği olan hastalarda dolaşımın etkili sürdürülememesi nedeniyle kompanzasyon mekanizmaları devreye girmekte ve kalp atım hızını uyararak artırmaya çalışmaktadır. Bu durum kalpte ritim bozukluklarını tetikleyerek aritmilere yol açabilmektedir (117, 118). Semptomların artması ve ilişkili gelişen aritmiler, hastaların kalbe yüklediği yaşamsal önemin diğer organlardan daha fazla olmasına ve bu durumun ölüme ilişkin kaygıları artırdığı öngörülmektedir (119, 120).

Araştırmamıza katılan hastaların ölüm kaygısı durumlarını incelediğimizde; ön testte müdahale grubunun ölüm kaygısı durumunun 19'unun (%59,4) var, 13'ünün (%40,6) yok; kontrol grubunun 17'sinin (%53,1) var, 15'inin (%46,9) yok olduğu görülmekte, son testte ise müdahale grubunun ölüm kaygısı durumunun 18'inin (%56,2) var, 14'ünün (%43,8) yok; kontrol grubunun 19'unda (%59,4) var, 13'ünde (%40,6) ise yok olduğu görülmektedir. Ölüm Kaygısı Ölçeği'nden elde edilen toplam puan 7 ve üzeri ise kişide ölüm kaygısı ile ilgili durumun varlığına işaret etmektedir (110). Müdahale grubunun müzik dinletisinden önce kaydedilen ölüm kaygısı değeri  $7,78 \pm 2,97$ ; müzik dinletisinden sonra kaydedilen ölüm kaygısı değeri  $7,28 \pm 2,43$  bulunmuştur. Kontrol grubunun ön testte kaydedilen ölüm kaygısı değeri  $7,09 \pm 2,48$ ; son testte kaydedilen ölüm kaygısı değeri  $6,81 \pm 2,32$  bulunmuştur. Hastaların ön test ve son testte kaydedilen ölüm kaygısı puanları gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği saptanmıştır ( $p > 0,05$ ).

Literatür incelendiğinde, koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin ölüm kaygısı üzerine etkisinin incelendiği araştırma olmadığı görülmüştür. Bu nedenle araştırma hastanede yatan bireylerde ölüm kaygısı durumunun incelendiği literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

İnce'nin (2011) kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalarda ölüm kaygısı düzeyini incelediği çalışmada hastaların ölüm kaygısı puan ortalamalarının  $7,12\pm 3,15$  olduğu sonucuna varılmıştır (121). Yılmaz ve Yorulmaz'ın 2011 yılında kalp hastalarıyla yürüttüğü çalışmada; araştırmaya katılan bireylerin ölüm kaygısı puan ortalaması  $7.31\pm 3.34$  olarak bulunmuştur (68). Yılmaz ve Ergün'ün (2011) kalp yetmezliği hastaları ile yaptığı çalışmada ölüm kaygısı düzeylerinin  $8.82 \pm 2.90$  ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (122). Hintistan ve arkadaşlarının 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada; ölüm kaygısı puanı medikal hastalarda  $7.82\pm 2.73$  iken cerrahi hastalarda  $8.09\pm 2.73$  olarak tespit edilmiştir (123). Sert ve Özer'in (2019) in implante edilebilir kardiyoverter defibrilatörü (ICD) olan hastalarla yaptığı çalışma sonucunda Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamasının 7.46 olduğu ve hastaların orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadığı belirlenmiştir (124). Çavuşoğlu ve arkadaşlarının (2020) geriatric bireylerde psikolojik ağrı ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin incelendiği 65 yaş ve üzeri 100 hastanın katıldığı çalışmada; hastaların %34'ünde ölüm kaygısı saptanmıştır (125). Literatür incelendiğinde araştırma sonuçlarımız diğer araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir.

### **7.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Durumluk Anksiyete Puanları ve Müzik Dinletisi Arasındaki İlişkinin Tartışılması**

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunun, gruplararası anksiyete puanlarının karşılaştırılmasında; müdahale grubu birinci ölçümde puan ortalaması  $41,68\pm 4,56$ , ikinci ölçümde  $41,18\pm 6,34$  olduğu bulundu. Kontrol grubundaki hastaların birinci ölçümde puan ortalaması  $40,50\pm 4,88$ , ikinci ölçümde ise  $40,62\pm 5,11$  olduğu bulundu. Müdahale grubundaki hastaların müzik dinletisinden sonraki durumluk anksiyete değerindeki düşüş istatistiki yönden anlamlı sonuç saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki hastalarda birinci ölçüme göre ikinci ölçümdeki artış anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu çalışmada müdahale ve kontrol gruplarında ön test ve son testte ölçülen anksiyete puanlarının orta düzeyde anksiyeteye işaret ettiği görülmektedir.

Hastanede bulunmak, özellikle yoğun bakım ünitelerinde bulunmak hastalar açısından önem arz eden anksiyete sebebidir. Yoğun bakımda tedavi gören hastalarda tanı ve tedavi amaçlı invaziv ve noninvaziv yapılan işlemler, günlük yapılan pansumanlar, pozisyon verme, hastayı monitörize etme ve monitörden ayırma gibi

uygulamalara başvurulmaktadır. Yapılan bu uygulamalar ile hastaların klinik sonuçlarında belirgin iyileşmeler olmasının yanı sıra hastaların ağrı ve anksiyete yaşamalarına sebebiyet vermektedir (80).

Diette ve arkadaşlarının (2003) bronkoskopi sırasında doğa manzaraları izletme ve doğa sesleri dinletisinin ağrı puanı ve anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ağrıyı azaltmaya yönelik istatistiki açıdan anlamlı sonuç elde edilirken, anksiyeteye etkisi açısından anlamlı fark saptanmamıştır (126). Cutshall ve arkadaşlarının (2011) kalp damar ameliyatı olmuş hastalarda müziğin doğa sesi ile kombinasyonun anksiyete ve ağrıya etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, deney grubunun anksiyete düzeyinde azalma saptanmasına rağmen istatistiki açıdan anlamlı sonuç tespit edilememiştir (127). Çürük ve arkadaşlarının (2018) koroner girişim uygulanması esnasında bireylerin anksiyete düzeyleri ve yaşam bulgularına etkisini tespit etmek amacı ile yapmış olduğu çalışmada müzik terapinin durumluk anksiyete üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (128). Diri ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada müzik dinlemenin hastalarda durumluk anksiyete üzerine etkili olmadığı ortaya konmuştur (129).

Bu çalışmadan farklı olarak, Vizeli (2010) koroner girişim yapılacak bireylerde müzik terapinin anksiyete seviyesine etkisini incelediği tez çalışmasında; müzik terapisinin anksiyete düzeyine etkisinin olduğu sonucunu saptamıştır (130). Gökalp (2015) doktora tez çalışmasında müzik terapi sonrası deney grubundaki hastaların durumluk anksiyete düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşmıştır (131). Akarsu (2018) intrakoroner stenti olan hastalara dinletilen doğa sesinin anksiyeteye etkisini incelediği yüksek lisans tez çalışmasında; doğa sesinin anksiyeteyi azaltmada istatistiksel olarak anlamlı sonuç verdiğini saptamıştır (107). Erguvan'ın (2020) hastalara dinletilen müziğin yaşam bulguları ve anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacı ile yaptığı randomize deneysel çalışmada; müzik terapinin durumluk anksiyeteyi azalttığını saptamıştır (132). Literatür incelendiğinde araştırma sonuçlarımız diğer araştırma bulguları ile kısmi paralellik göstermektedir.

#### **7.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Fizyolojik Parametreleri ve Müzik Dinletisi Arasındaki İlişkinin Tartışılması**

Bu çalışmada müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin nabız sayısı ortalamaları, sistolik ve diyastolik kan basıncı düzeyleri ve vücut sıcaklığı ortalamaları



kaydedilen zamanlara ve gruplara göre incelenmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda müdahale grubundaki hastaların müzik dinletisinden önce ölçülen oksijen satürasyonu değerine ( $\bar{x}=96,875$ ) göre müzik dinletisinden sonra ölçülen oksijen satürasyonu değerinde ( $\bar{x}=97,781$ ) artış olduğu ve bu artışın istatistiki yönden anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $t=-4,844$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Müzik dinletisi uygulanan hastalarda oksijen satürasyonunun yükseldiği tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki hastalarda ise ön testte ölçülen oksijen satürasyonu değerine göre son testte ölçülen oksijen satürasyonu değerindeki artış istatistiki yönden anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Hasta takibinde en çok kullanılan yöntem; gerçek zamanlı, sürekli ve noninvaziv bilgi sağlayan, pulse oksimetre ile yatak başı monitörden yapılan satürasyon ölçümüdür (133).

Özer ve arkadaşlarının (2013) kalp ameliyatı sonrası müzik dinletisinin ağrı ve fizyolojik parametrelere olan etkisinin belirlendiği araştırmalarında; müzik dinletilen grup, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında oksijen satürasyonunda istatistiki açıdan anlamlı bir artış ve ağrı skorunda düşüş olduğu saptanmıştır. Diğer fizyolojik parametrelerde (nabız, sistolik ve diastolik kan basıncı) ise farka rastlanmamıştır (134). Aghaie ve arkadaşlarının (2014) koroner arter bypass greft hastalarının mekanik ventilasyondan ayrılması sırasında yaptıkları çalışmada doğa sesinin; oksijen satürasyonu üzerine etkisini istatistiksel açıdan anlamlı bulmuşlardır (86). Yoğun bakım hastalarına doğa seslerinin dinletildiği başka bir çalışmada oksijen satürasyonunun arttığı saptanmıştır (135). Yılmaz ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında; deney grubundaki bireylerin müzik uygulamasından sonra ölçülen oksijen satürasyonu ve kan basıncı değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı fark saptanırken, nabız değerlerinde fark saptanmamıştır (9).

Çalışmamızda grupların ön testte ölçülen nabız sayısına göre, son testte ölçülen nabız sayısındaki düşüş istatistiki yönden anlamlı bulunmamıştır. Dijkstra ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, uygulanan müzik sonucunda; fizyolojik parametrelerde (nabız sayısı, sistolik ve diastolik kan basıncı) önemli bir düşüş gözlenmedi (136). Korhan'ın (2011) yoğun bakımdaki hastalar ile yürüttüğü çalışmada hastaların uygulama öncesi ve sonrası ölçülen nabız sayılarında anlamlı

farklılık görülmemiştir (137). Özer ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında uygulanan müziğin nabız hızında değişiklik yaratmadığı saptanmıştır (134). Horuz ve Kunçer'in (2017), göğüs hastalıkları servisinde yatan KOAH tanılı hastalara batı klasik müziği ve türk klasik müziği dinletilerek yaptığı çalışmada, her iki grubun nabız ortalamalarında kontrol grubuna göre anlamlı fark bulunmamıştır (138). Kıray'ın (2019) yaptığı çalışmada uygulama ve kontrol grubu arasında müzik uygulaması öncesi ve sonrasında nabız değerlerinde anlamlı fark saptanmamıştır (139).

Çalışmamız sonucundan farklı olarak Gök ve Akpınar'ın (2015) yoğun bakımdaki hastalarla yapmış olduğu çalışmada ise; müziğin ve doğa seslerinin nabız hızını azalttığı belirlenmiştir (140). Luis ve arkadaşlarının (2019) canlı ud çalarak yapmış oldukları çalışmada, müzik terapi uygulanan hastaların nabız değerinde düşüş tespit edilmiştir (141).

Her iki grupraiki bireylerin ön test ve son testte kaydedilen kan basıncı değerlerinde gruplara göre istatistiki açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Wong ve arkadaşlarının (2001) ventilatöre bağımlı hastalar ile yapmış olduğu çalışmada, müzik terapisinin ortalama kan basıncı değerlerinde iki grup arasında anlamlı fark saptamamıştır (142). Han ve arkadaşları (2010) tafaından yapılan bir çalışmada müzik uygulamasının sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri üzerinde iki grup arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı saptanmıştır (143). Beaulieu-Boire ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada uygulanan müziğin sonucunda diyastolik kan basıncı değerinde herhangi bir değişikliğin olmadığı saptanmıştır (144). Özer ve arkadaşlarının (2013) açık kalp cerrahisi sonrası müzik terapi uyguladığı deney grubundaki hastaların, sistolik ve diyastolik kan basıncında fark saptanmamıştır (134). Liu ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada uygulama ( $n=56$ ), kontrol ( $n=56$ ) olmak üzere 112 bireye uygulanan 30 dakikalık müzik uygulaması sonucunda diyastolik kan basıncı değeri üzerinde herhangi bir değişimin olmadığı saptanmıştır (145). Foji ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında hemodinamik parametreler müzik müdahalesinden sonra azalma göstermiş olsa da istatistiki olarak anlamlı fark saptanmamıştır (146). Aktaş ve Karabulut'un (2016) kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde yürüttükleri çalışmada; müzik terapi uyguladıkları hasta grubunun kalp hızı, sistolik ve diyastolik kan basıncında değişim görülmemiştir. Aynı çalışmada mekanik ventilatördeki hastalarda müzik terapisinin

endotrakeal aspirasyon sırasında ağrıyı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (147). Çürük ve arkadaşlarının (2018) müziğin bireylerin anksiyete düzeyleri ve yaşam bulgularına olan etkisinin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada müzik terapinin yaşam bulguları (nabız, sistolik ve diyastolik kan basıncı) üzerine etki etmediğini tespit etmişlerdir (128). Kalp ameliyatı geçiren hastalara canlı olarak ud çalınarak yapılan araştırmada, müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ölçülen kan basıncı değerlerinde anlamlı fark bulunmamıştır (141).

Çalışmamızdan farklı olarak Saadatmand ve arkadaşlarının (2013) mekanik ventilasyona bağlı hastalarda doğa temelli seslerin anksiyete, ajitasyon ve fizyolojik parametrelere etkisini inceledikleri çalışmalarında; deney grubunda kontrol grubuna göre kan basıncı değerlerinde ve anksiyete düzeylerinde anlamlı derecede azalma olduğu görülmüştür (17). Wang ve arkadaşlarının (2015) akciğer kanseri cerrahisi sonrası müzik terapi uyguladıkları deney grubundaki hastaların sistolik ve diyastolik kan basıncında düşüş bulunmuştur (148). Demir ve Arslantaş'ın (2016) yapmış olduğu çalışmada, deney grubundaki hastaların, sistolik ve diyastolik kan basınçlarında düşüş olmuştur (149). Horuz ve Kunçer'in (2017), iki farklı müzik türü dinletilerek yaptığı çalışmada, müzik dinletilen her iki grupta, sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamalarında düşme saptanmıştır (138). Literatüre bakıldığında hastaların fizyolojik parametrelerinin değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Araştırma bulgularımız literatür ile kısmi paralellik göstermektedir.

Ağrı, hastayı hemşireden yardım almaya yönelten semptomların başında yer almaktadır. Ayrıca tedavi edilmeyen ağrıdan dolayı bireylerin hastanede yatış sürelerinin uzadığı ve mortaliteye olumsuz etkisi olduğu bildirilmiştir (150).

Bu çalışmada müdahale grubunun müzik dinletisinden önce kaydedilen ağrı puanına ( $\bar{x}=3,594$ ) göre müzik dinletisinden sonra kaydedilen ağrı puanındaki ( $\bar{x}=2,625$ ) düşüş istatistiksel yönden anlamlı bulunmuş olup ( $t=2,797$ ;  $p=0,009<0,05$ ), müzik dinletisi uygulanan hastaların ağrı puanlarının azaldığı saptanmıştır. Kontrol grubunun ise ön testte kaydedilen ağrı puanına göre son testte kaydedilen ağrı puanındaki düşüş anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Lechtzin ve arkadaşlarının doğa seslerinin eşlik ettiği doğa manzarası, şehir seslerinin olduğu şehir manzarası ve standart bakımın ağrıya etkisini inceledikleri çalışmalarında doğa seslerini dinlerken bir doğa manzarasını seyretmenin ağrıyı azalttığını saptamışlardır (151). Lee'nin 1995

ve 2014 yılları arasında yayınlanan müziğin ağrı üzerindeki etkilerini araştıran 97 tane randomize kontrollü çalışmayı dahil ettiği meta-analiz sonucunda; müzik müdahalelerinin ağrıyı azaltmada istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır (152). Wang ve arkadaşlarının (2015) akciğer kanseri cerrahisi sonrası müzik terapi uyguladıkları deney grubundaki hastaların VAS ağrı skorunda düşüş saptanmıştır (149). Çınar ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada, müzik dinletisi uygulanan müdahale grubundaki bireylerin girişimden sonra kaydedilen ağrı düzeyleri, kontrol grubundaki hastalara göre düşük bulunmuştur (153). Bayındır ve Koçyiğit'in 2017 yılında yoğun bakım hastalarında klasik türk müziğinin ağrı ve anksiyete yönetimi üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında; müziğin kalp atım hızı ve oksijen saturasyonunda anlamlı değişiklik oluşturduğu, ağrı ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu belirlemişlerdir (10). Kühlmann ve arkadaşlarının (2018) 1980 ve 2016 yılları arasında yapılmış 81 araştırmanın dahil edildiği meta analiz çalışması sonucunda; müzik müdahalesinin cerrahi hastalarda anksiyete ve ağrı üzerine etkili olduğu saptanmıştır (154). Kurt ve Çelik'in (2019) yoğun bakım hastalarında doğa temelli ses terapisinin etkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışma sonucunda girişimde bulunulan bireylerin, nabız sayılarının, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin ölçülen bütün zamanlarda normal aralıklar içerisinde azalma gösterdiği, ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir (19). Gao ve arkadaşlarının (2019) 969 hastayı kapsayan 2003 ile 2017 yılları arasında yapılmış 11 randomize çalışmanın dahil edildiği meta-analiz çalışmasında müzik terapiğinin ağrıyı azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır (155). Literatür incelendiğinde benzer çalışmalarda da; müzik terapinin hastaların iyileşme ve tedavi sürecini olumlu yönde etkilediği, ağrılarını azalttığı ve hastaların konforunu arttırdığı belirlenmiştir (80, 156). Bu açıdan bakıldığında araştırma bulgularımız literatür ile uyumludur.

Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Diri ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada müzik dinlemenin hastalarda VAS ağrı skoruna olumlu yönde etkisinin olmadığı ortaya konmuştur (129).

Bu çalışmada koroner yoğun bakım hastalarında nonfarmakolojik bir işlem olan doğa temelli müzik dinletisinin ağrı puanı ve oksijen saturasyonu üzerinde etkili olduğu görüldü. Bu bağlamda doğa temelli müzik dinletisinin koroner yoğun bakım

hastalarında ağrıyı azaltmada ve fizyolojik parametrelerden olan oksijen satürasyonunu yükseltmede etkili bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz. Hastaların ağrılarını azaltmak için farmakolojik yöntemler öne çıkmaktadır. Ancak kullanılan farmakolojik ilaçların özellikle ileri yaş ve yüksek riskli hastalarda istenmeyen etkileri nedeniyle nonfarmakolojik yöntemler giderek önem kazanmaktadır. Bu nedenle müzik terapisi güncelliğini korumaktadır. Hemşireler, bu girişimi ağrıyı azaltmak ve oksijen satürasyonunu yükseltmek için hastaların günlük bakımına farmakolojik olmayan bir müdahale olarak dahil edebilirler.



## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 8.1. Sonuçlar

Koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin ölüm kaygısı, anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırma sonucunda; doğa temelli müzik dinletisinin koroner yoğun bakım hastalarının oksijen saturasyonunu yükseltmede ve ağrıyı azaltmada etkili olduğu saptandı. Elde edilen bu sonuç “Koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin, uygulanmayan hastalara göre fizyolojik parametrelerden oksijen saturasyonu ve ağrı üzerinde olumlu değişiklik oluşturmaya etkisi vardır (H1c).” hipotezini desteklemektedir. Bunun yanında araştırmamız sonucunda; doğa temelli müzik dinletisinin ölüm kaygısı ve anksiyete üzerine etki etmediği saptandı. Elde edilen bu sonuç “Koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin, uygulanmayan hastalara göre ölüm kaygısını azaltmaya etkisi vardır (H1a).” ve “Koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin, uygulanmayan hastalara göre anksiyeteyi azaltmaya etkisi vardır (H1b).” hipotezini desteklememektedir.

### 8.2. Öneriler

- Doğa temelli müzik dinletisinin koroner yoğun bakım hastalarında ağrıyı azaltmak ve oksijen saturasyonunu yükseltmek için hemşirelik girişimlerine dahil edilmesi,
- Hastaların koroner yoğun bakımda tedavi gördüğü süre boyunca, günün belirli zamanlarında doğa temelli müzik dinletisi yapılarak farklı çalışmalar yapılması,
- Farklı müzik türleri kullanılarak koroner yoğun bakım hastalarında yeni çalışmalar yapılması,
- Kanıta dayalı hemşirelik çerçevesinde daha fazla hasta içeren, geniş kapsamlı, çift-kör, randomize ve kontrollü, prospektif klinik çalışmalar yapılması önerilebilir.

## 9. KAYNAKLAR

1. Kumsar AK, Yılmaz FT. Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi. 10(2):56-60, 2013.
2. Durmaz Akyol A. Yoğun bakım ünitelerinin planlanması ve sınıflandırılması. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti. Inc, 1. Baskı, İstanbul, Türkiye, s:3-9, 2017.
3. Garanlı Y, Koroner sendromlu hastaların uyku düzeylerinin incelenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
4. Tuna A, Bektaş M, Orhan F, Ayran G, Çelik GO. Koroner yoğun bakımda hasta deneyimleri, Anatolian Journal of Clinical Investigation. 8(2):77-81, 2014.
5. Sarıkaya Y. Ölüm kaygısı ölçeği geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 2013.
6. Kapucu S, Ahyar İ. ve Korkmaz F. Pearson hemşirelik tanıları el kitabı. J. M. Wilkinson ve L. Barcus, Ed. 11. basım Ankara: Pelikan Yayınevi; p: 226-235, 2018.
7. Lafçı D. Meme kanseri, uyku ve müzik tedavisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 44(1):61-64, 2018.
8. Arslan S. Dokunma, müzik terapi ve aromaterapinin yoğun bakım hastalarının fizyolojik durumlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, 2007.
9. Yılmaz DU, Korhan EA, Baysan B, Tan E, Erem A, Çelik S, et al. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapinin sedasyon düzeyi ve yaşamsal

belirtiler üzerine etkisi: bir pilot çalışma. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1(3):21-27, 2016.

10. Bayındır S, Koçyiğit F. Yoğun bakım ünitesinde ağrı ve anksiyete yönetiminde nonfarmakolojik adjuvan tedavi: müzik terapi. Maltepe Tıp Dergisi. 9(1):14-17, 2017.

11. Korhan EA, Uyar M. Ağrı kontrolünde kanıt temelli yaklaşım: Refleksoloji. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 5(1):9-14, 2014.

12. Almerud S, Peterson K. Music therapy a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. Intensive and Critical Care Nursing. 19(1):21-30, 2003.

13. Çiftçi H, Öztunç G. The effect of music on comfort, anxiety and pain in the intensive care unit: a case in Turkey. International Journal of Caring Sciences. 8(3):594-601, 2015.

14. Esch T, Guarna M, Bianchi E, Zhu W, Stefano GB. Commonalities in the central nervous systems involvement with complementary medical therapies: limbic morphnergic processes. Medical Science Monitor. 10(6):MS6-MS17, 2004.

15. Parlar KS, Karadağ G, Oyucu S, Kale Ö, Zengin S, Özdemir E, et al. Effect of music on pain, anxiety and patient satisfaction in patients who present to the emergency department in Turkey. Japan Journal of Nursing Science 12(1):44-53, 2015.

16. Citlik Saritas S, Saritas S, Cevik Akyil R, Isik K. The effects of Turkish classical music on physiological parameters, pain and analgesic use in patients with myocardial infarction: a non-randomized controlled study. European Journal of Integrative Medicine. 22:50-53, 2018.

17. Saadatmand V, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadrissi SD, Zayeri F, Vaismoradi M, et al. Effect of nature-based sounds' intervention on agitation, anxiety and stress in



patients under mechanical ventilator support: a randomised controlled trial. *International Journal Of Nursing Studies*. 50(7):895-904, 2013.

18. Akkaya E. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalara mekanik ventilasyon döneminde dinletilen doğa sesi ve kültürel müziğin fizyolojik yanıtlara etkisi. Sanko Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2020.

19. Kurt T, Çelik S. Yoğun bakım hastalarını mekanik ventilasyondan ayırma sürecinde doğa temelli ses terapisinin etkisi. *Cukurova Medical Journal*. 44:119-132, 2019.

20. Akarsu K, Koç A, Ertuğ N. The effect of nature sounds and earplugs on anxiety in patients following percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 18(8):651-657, 2019.

21. Seifi L, Najafi Ghezeljeh T, Haghani H. Comparison of the effects of benson muscle relaxation and nature sounds on the fatigue in patients with heart failure: a randomized controlled clinical trial. *Holist Nurs Pract*. 32(1):27-34, 2018.

22. Wijayanti K. Nature sounds music to decreased anxiety on critically ill patients. *Nurscope: Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*. 2(2):20-29, 2016.

23. Burrai F, Micheluzzi V, Zito MP, Pietro G, Sisti D. Effects of live saxophone music on physiological parameters, pain, mood and itching levels in patients undergoing haemodialysis. *Journal of Renal Care*. 40(4):249-256, 2014.

24. Sekmen ID, Ünsar S. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*. 9(20):113-119, 2018.

25. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*. 1:21-25, 2011.

26. Özdemir L. Koroner yoğun bakımda kalan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 12(1):5-12, 2010.
27. Hweidi IM. Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 44(2):227-235, 2007.
28. Şahin M, Köçkar Ç. Bir stresör olarak yoğun bakım. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*. 2(4):207-214, 2018.
29. Tunçay GY, Uçar H. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 17(2):33-46, 2010.
30. Avcı GG, Türker S, Çiftçi M, Sürücü Ş. Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi. *Journal of Critical and Intensive Care*. 4(2):21-24, 2013.
31. Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2(2):69-74, 2011.
32. Weil MH, Tang W. From intensive care to critical care medicine: a historical perspective. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 183(11):1451-1453, 2011.
33. Çelikel T. Dünyada ve Türkiye'de Yoğun Bakım Uzmanlığı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1(1):5-9, 2001.
34. Kelly FE, Fong K, Hirsch N, Nolan JP. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine*. 14(4):376-379, 2014.
35. Reisner-Sénélar L. The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records. *Intensive care medicine*. 37(7):1084-1086, 2011.
36. Kelley MA. Critical care medicine-a new specialty? *The New England Journal of Medicine*. 318(24):1613-1617, 1988.
37. Biket AP, Tönük S. Çocuk yoğun bakım ünitelerinin tarihçesi ve günümüzde Türkiye'deki durumunun örneklerle incelenmesi. *Sigma*. 4:64-76, 2012.

38. Akpir K. Türkiye’de Yoğun Bakım. Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği Dergisi. İstanbul, 32:335-343, 2004.
39. Bodur İ. Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin belirlenmesi. Ufuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020.
40. Loughran J, Puthawala T, Sutton BS, Brown LE, Pronovost PJ, DeFilippis AP. The cardiovascular intensive care unit—an evolving model for health care delivery. *Journal of intensive care medicine*. 32(2):116-123, 2017.
41. Hofhuis JG, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs*. 24(5):300-13, 2008.
42. Türen S, Işık FÇ, Morgül NU, Atakoğlu R. Koroner yoğun bakımda kalp yetersizliği hastaları için belirlenen hemşirelik tanıları ve NANDA’ya Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17):115-120, 2017.
43. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Causes-of-Death-Statistics-2018-30626>
44. Kavaklı Ö. Koroner yoğun bakım ünitesinde göz bandı uygulaması ile birlikte verilen danışmanlığın uyku kalitesi, anksiyete ve konfor düzeyine etkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2017.
45. Edéll-Gustafsson UM, Hetta JE. Fragmented sleep and tiredness in males and females one year after percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA). *Journal of Advanced Nursing*. 34(2):203-211, 2001.
46. İncekara E. Koroner yoğun bakım ünitesine başvuran hastaların uyku sorunları ve uyku sorunlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004.
47. Yıldız FT, Aydın HT. Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 17(1):1-7, 2013.

48. Eroğlu A. Yoğun Bakım Hastasının Maliyeti ve Maliyete Enfeksiyonun Katkısı. Yoğun Bakım Dergisi. 2(1):139-142, 2002.
49. Terzi B. Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hastanın konfor düzeyi ve fizyolojik parametrelerine etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2014.
50. Çobanoğlu U. Yoğun Bakım Hastalarının Monitorizasyonunda gelişmeler. Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni. 5(3):151-161, 2014.
51. Elnour S, Shankar-Hari M. The critically ill patient: making the referral to intensive care. British Journal of Hospital Medicine. 72(Sup10), M154-M156, 2011.
52. Türedi D. Yoğun bakım hastalarının akut fizyolojik durum değişikliklerinin hasta yakınlarının psikolojileri üzerine etkileri. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2011.
53. Kıraner E, Terzi B. Covid-19 pandemi sürecinde yoğun bakım hemşireliği. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 24(Ek-1), 83-88, 2020.
54. Pamuk K. Yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerde ışığın uyku kalitesi ve fizyolojik parametreler üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2021.
55. Asgar Pour H, Yavuz M. Vücut sıcaklığındaki yükselmenin hemodinamik parametrelere etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 3(3):73-79, 2010.
56. Akıncı SB. Kritik hastada hemodinamik monitörizasyon. Yoğun Bakım Dergisi. 3(1):5-21, 2003.
57. Zaybak A, Güneş ÜY. Hemşirelerin indirekt arteriyel kan basıncını ölçme yöntemleri ile ilgili gözlemsel bir çalışma. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 11(3):23-28, 2007.
58. Yıldırım Sarı H, Çevik Yöntem S, Demir D, Karaoğlan N, Şengün Başkurt S, Çimen S. Pediatri hemşirelerinin yaşam bulgularına yönelik bilgi ve tutumları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 10(1):38-44, 2013.

59. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 21(1):42-79, 2012.
60. Karahisar F. (2006). Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.2-15, Erzurum, 2006.
61. Özışık Eyüboğlu S. Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
62. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 12(1):37-43, 2011.
63. Görpüz Ş. Acil servise başvuran koah hastalarının hastalık ve dispne şiddeti ile covid-19 korkusu ve ölüm kaygısı düzeyi arasındaki ilişki. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 2021.
64. Özdemir K. Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
65. Carpenito LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı. Çeviren: F. Erdemir, Ed. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 63-66,481-486, 2010.
66. Yılmaz E, Kutlu AK, Çeçen D. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler. Yeni Tıp Dergisi. 25(3):149-156, 2008.
67. Özen D. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
68. Yılmaz ZE. Kalp ve hemodiyaliz hastalarının ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
69. Tekin M, Tekin A. (2014). Anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtiler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 6(4):330-339, 2014.

70. Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N, Valius L, Bunevicius R. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depression and Anxiety*. 24(7):455-460, 2007.
71. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8(1):113-120, 2007.
72. Niti M, Ng TP, Kua EH, Man Ho RC, Tan CH. Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: the role of subjective health and functional status. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*. 22(11):1087-1094, 2007.
73. Budak E. Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. (Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015.
74. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul, 105-113, 1985.
75. Kutlu R, Özberk DI, Gök H, Demirbaş N. Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 24(4):672-679, 2016.
76. Yağlı NV, İnce Dİ, Sağlam M, Kütükçü EÇ, Arıkan H. Akut koroner sendromlu hastalarda anksiyete ve depresyonu belirleyen faktörler. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 26(1):40-46, 2015.
77. De Jonge P, Spijkerman TA, Van Den Brink RHS, Ormel J. Depression after myocardial infarction is a risk factor for declining health related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. *Heart*. 92(1):32-39, 2006.
78. Adib-Hajbaghery M, Abasi A, Rajabi-Beheshtabad R. Whole body massage for reducing anxiety and stabilizing vital signs of patients in cardiac care unit. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 28-47, 2014.
79. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal*. 35(21):1365-1372, 2014.

80. Uyar M, Akın Korhan E. Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı*. 23(4):139-146, 2011.
81. McGrady A, McGinnis R, Badenhop D, Bentle M, Rajput M. Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 29(6):358-364, 2009.
82. Yesilbursa D, Aydınlar A, Karaagac K, Ucar H, Akturk Y, Yetgin ZA. The Comparison of Depression and Anxiety Levels in Patients with Acute Coronary Syndrome. *J Clin Anal Med*. 5(5): 390-393, 2014.
83. Bradt J, Dileo C, Potvin N. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD006577, 2013.
84. Al-Abbudi SJ, Lami FH, Wady ZA. Prevalence and assessment of severity of depression among ischemic heart disease patients attending outpatient cardiology department Baghdad teaching Hospital, Baghdad, Iraq. *Journal of Psychiatry*. 21(2):1-10, 2018.
85. Hatunoğlu A. Türk islam hekimlerinin psikoloji biliminin gelişimine katkıları ve psikolojik hastalıklara tedavi yöntemleri. *The Journal Of Academic Social Science*. 2(5):255-263, 2014.
86. Aghaie B, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Ebadi A, Moradian ST, Vaismoradi M, et al. Effect of nature-based sound therapy on agitation and anxiety in coronary artery bypass graft patients during the weaning of mechanical ventilation: a randomised clinical trial. *International Journal of Nursing Studies*. 51(4):526–538, 2014.
87. Ozdemir PG, Selvi Y, Boysan M, Ozdemir M, Akdağ S, Ozturk F. Relationships between coronary angiography, mood, anxiety and insomnia. *Psychiatry research*. 228(3):355-362, 2015.
88. Yaşar E. Genel anestezi altındaki hastalarda müziğin intraoperatif ve postoperatif etkileri. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Aydın, 2010.
89. Koç EM, Başer AD, Kahveci R, Özkara A. Ruhun ve bedenin gıdası: geçmişten günümüze müzik ve tıp. *Konuralp Tıp Dergisi*. 8(1):51-55, 2016.

90. Öztürk L, Erseven H, Atik MF. Makamdan şifaya. 1. Baskı, İstanbul: Yaylacık Matbaacılık, 3-21, 2009.
91. McCaffrey RG, Good M. The lived experience of listening to music while recovering from surgery. *Journal of Holistic Nursing*. 18(4), 378-390, 2000.
92. Karamızrak N. Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Heart Journal*. 17(1):54-57, 2014.
93. Jenkins MD. A descriptive study of subject indexing and abstracting in international index to music periodicals rilm abstracts of music literatüre and the music index online. *Notes*. 57(4):834-863, 2001.
94. Kor G, Adar Ç. Mim Kemal Öke ve müzik terapi üzerine düşünceleri. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Akademik Müzik Araştırmaları Dergisi*. 2(4):1-12, 2016.
95. Birkan ZI. Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*. 37-49, 2014.
96. Ersoy Çak Ş, Özcan N. Müzik terapinin tarihsel gelişimi ve uygulandığı mekânlara bir bakış. *Turkish Studies Social Sciences*. 13(18):599-618, 2018.
97. Yıldırım M. Müzikle tedavi: tarihi, gelişimi, bağımlılıklarda uygulanışı ve Türkiye'deki müzik terapi uygulamaları. *Turkish Academic Research Review*. 6(2):477-497, 2021.
98. Gündüz K. Müzik Terapi Dernekleri. *Online Journal of Music Sciences*. 5(1):54-82, 2020.
99. Öztürk L, Özbek H. Küllerinden doğan bir tıbbi uygulama: Müzik Terapi. *Journal of Health Services and Education*. 2(1):1-8, 2018.
100. Karamızrak N. Kardiyovasküler Hastalıklarda Müzik ile Terapi. *Koşuyolu Heart Journal*. 22(2):120-125, 2019.
101. Baltaş Z, Baltaş A. Stres ve Başa Çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi, 142,146, 2013.



102. Allen K, Golden LH, Izzo JL, Ching MI, Forrest A, Niles CR, et al. Normalization of hypertensive responses during ambulatory surgical stress by perioperative music. *Psychosomatic Medicine*. 63(3):487-492, 2001.
103. Uzun M. Kardiyak ve Pulmoner Rehabilitasyon. 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul. 59-350, 2014.
104. O'Connell E, Landers M. The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives. *Intensive and Critical Care Nursing*. 24(6):349-358, 2008.
105. Stein-Parbury J, McKinley S. Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *American Journal of Critical Care*. 9(1):20-27, 2000.
106. Wåhlin I, Ek AC, Idvall E. Empowerment in intensive care: patient experiences compared to next of kin and staff beliefs. *Intensive and Critical Care Nursing*. 25(6):332-340, 2009.
107. Akarsu K. İntrakoronar stent takılmış hastalarda doğa seslerinin anksiyeteye etkisi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.
108. Vizeli M. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda müzik terapisinin anksiyete düzeyine etkisi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
109. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*. 82(2):165-177, 1970.
110. Akça F, Köse İA. Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(1):7-16, 2008.
111. Eti Aslan F. Ağrı Doğası ve Kontrolü, s.47-51, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2006.

112. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics (sixth ed.) Pearson, Boston, 2013.
113. George D, Mallery M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson, 2010.
114. Şahin M, Kabalcı M, Savcı Ü. Koroner yoğun bakım ünitesindeki hastalarda akut miyokard infarktüsü ve anstabil angina pectoris ayırımında kardiyak belirteçlerin rolü. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 10(2):110-114, 2018.
115. Karaca Sivrikaya S, Erdem G. Koroner yoğun bakım hastalarının hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 12(3):186-192, 2018.
116. Bal Özkaptan B, Kapucu S. Home nursing care with the self-care model improves self-efficacy of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Japan Journal of Nursing Science*. 13,365–377, 2016.
117. Pedersen CT, Kay GN, Kalman J, Borggreffe M, Della-Bella P, Dickfeld T, et al. "EHRA/HRS/APHRS expert consensus on ventricular arrhythmias." *Europace* 16(9):1257-1283, 2014.
118. Al-Khatib SM, Stevenson WG, Ackerman MJ, Bryant WJ, Callans DJ, Curtis AB, et al. "2017 AHA/ACC/HRS guideline for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society." *Journal of the American College of Cardiology*. 72(14):e91-e220, 2018.
119. Altunbaş G, Ercan S, Davutoğlu V, Ünal A, Bülbül F. Kardiyovasküler hastalık ve depresyon ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*. 2(2):84-90, 2012.
120. Balcı A, Enç N. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 4(5):41–50, 2013.

121. İnce Z, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin ölüm kaygısının değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
122. Bahadır Yılmaz E, Ergun A. Kalp yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 26(3):1-10, 2011.
123. Hintistan S, Cilingir D, Pekmezci H. Assessment of death anxiety among medical and surgery clinics patients of a teaching hospital. The Journal of the Pakistan Medical Association. 66(7):823-828, 2016.
124. Sert M. İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörü olan hastalarda ölüm kaygısı ve uyku kalitesi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2019.
125. Cavusoglu C, Ileri I, Dogrul RT, Ozsurekci C, Caliskan H, Kizilarlanoglu MC, et al. Relationship between psychological pain and death anxiety with comprehensive geriatric assessment in older adults. Geriatrics & Gerontology International. 20(11):1056-1060, 2020.
126. Diette GB, Lechtzin N, Haponik E, Devrotes A, Rubin HR. Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: A complementary approach to routine analgesia. Chest. 123(3): 941–948, 2003.
127. Cutshall SM, Anderson PG, Prinsen SK, Wentworth LJ, Olney TL, Messner PK, et al. Effect of the combination of music and nature sounds on pain and anxiety in cardiac surgical patients: a randomized study. Alternative Therapies in Health & Medicine. 17(4):16-23, 2011.
128. Çürük GN, Görüş S, Bayındır SK, Doğan Z. Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda müzik terapinin anksiyete düzeyi ve yaşam bulgularına etkisi; randomize kontrollü çalışma. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2:130-136, 2018.
129. Diri MA, Çetinkaya F, Gül M. The effects of listening to music on anxiety, pain, and satisfaction during urodynamic study: a randomized controlled trial. Urologia internationalis. 103(4):444-449, 2019.

130. Vizeli M. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda müzik terapisinin anksiyete düzeyine etkisi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
131. Gökalp K. Müzik terapisinin yaşlı kanser hastalarının anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, 2015.
132. Erguvan B. İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör takılan hastalarda müzik terapinin anksiyete ve yaşam bulgularına etkisinin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2020.
133. Tusman G, Bohm SH, Sipmann FS. Advanced uses of pulse oximetry for monitoring mechanically ventilated patients. *Anesthesia & Analgesia*. 124(1):62-71, 2017.
134. Özer N, Özlü ZK, Arslan S, Günes N. Effect of music on postoperative pain and physiologic parameters of patients after open heart surgery. *Pain Management Nursing*. 14(1):20-28, 2013.
135. Ribeiro ASF, Ramos A, Bermejo E, Casero M, Corrales JM, Grantham S. Effects of different musical stimuli in vital signs and facial expressions in patients with cerebral damage: A pilot study. *Journal of Neuroscience Nursing*. 46(2):117-124, 2014.
136. Dijkstra BM, Gamel C, Van Der Bijl JJ, Bots ML, Kesecioğlu J. The effects of music on physiological responses and sedation scores in sedated, mechanically ventilated patients. *Journal of Clinical Nursing*. 19(7-8):1030-1039, 2010.
137. Korhan EA, Khorshid L, Uyar M. The effect of music therapy on physiological signs of anxiety in patients receiving mechanical ventilatory support. *Journal of clinical nursing*. 20(7-8):1026-1034, 2011.
138. Horuz D, Kurçer MA. Göğüs hastalıkları servisinde yatan KOAH tanılı hastalarda müzik terapinin anksiyete ve bazı fiziksel bulgulara etkisi. *Bilimsel Çalışmalar Dergisi*. 79-88, 2017.

139. Kıray S. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapinin ağrıya etkisi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2019.
140. Şirin Gök M. Farklı işitsel uyaranların yoğun bakım hastalarının yaşam bulgularına oksijen saturasyonuna ve koma düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, 2015.
141. Luis M, Doss R, Zayed B, Yacoub M. Effect of live oud music on physiological and psychological parameters in patients undergoing cardiac surgery. *Global cardiology science & practice*. (2): e201917, 2019.
142. Wong HL, Lopez-Nahas V, Molassiotis A. Effects of music therapy on anxiety in ventilator dependent patients. *Heart&Lung*. 30(5):376-87, 2001.
143. Han L, Li JP, Sit JW, Chung L, Jiao ZY, Ma WG. Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*. 19(7-8):978-987, 2010.
144. Beaulieu-Boire G, Bourque S, Chagnon F, Chouinard L, Gallo-Payet N, Lesur O. Music and biological stress dampening in mechanically-ventilated patients at the intensive care unit ward—a prospective interventional randomized crossover trial. *Journal of critical care*. 28(4):442-450, 2013.
145. Liu Y, Petrini MA. Effects of music therapy on pain, anxiety, and vital signs in patients after thoracic surgery. *Complementary therapies in medicine*. 23(5):714-718, 2015.
146. Foji S, Tadayonfar MA, Mohsenpour M, Rakhshani MH. The study of the effect of guided imagery on pain, anxiety and some other hemodynamic factors in patients undergoing coronary angiography. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 21(2):119-123, 2015.
147. Aktaş YY, Karabulut N. The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. *Nursing in critical care*. 21(1):44-52, 2016.

148. Wang Y, Tang H, Guo Q, Liu J, Liu X, Luo J, et al. Effects of intravenous patient-controlled sufentanil analgesia and music therapy on pain and hemodynamics after surgery for lung cancer: a randomized parallel study. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 21(11):667-672, 2015.
149. Demir Ö, Arslantaş H. Müzik eşliğinde uygulanan progresif gevşeme egzersizinin anjiyografi ve peruktan transluminal koroner anjiyoplasti olacak hastaların yaşam bulgularına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 19(1):10-17, 2016.
150. Badir A. "Reality about pain control: The knowledge and beliefs of nurses on the nature, assessment and management of pain. *The journal of the Turkish Society of Algology*. 17(2):44-51, 2005.
151. Lechtzin N, Busse AM, Smith MT, Grossman S, Nesbit S, Diette GB. A randomized trial of nature scenery and sounds versus urban scenery and sounds to reduce pain in adults undergoing bone marrow aspirate and biopsy. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*. 16(9):965–972, 2010.
152. Lee JH. The effects of music on pain: a meta-analysis. *Journal of music therapy*. 53(4):430-477, 2016.
153. Aratç S, Çınar D. Klasik türk müziğinin ağrı ve kaygı düzeyine etkisi: girişimsel kardiyolojide randomize kontrollü bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 8(2):140-145, 2016.
154. Kühlmann AYR, De Rooij A, Kroese LF, Van Dijk M, Hunink MGM, Jeekel J. Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery. *British Journal of Surgery*. 105(7), 773-783, 2018.
155. Gao Y, Wei Y, Yang W, Jiang L, Li X, Ding J, et al. The effectiveness of music therapy for terminally ill patients: a meta-analysis and systematic review. *Journal of pain and symptom management*. 57(2):319-329, 2019.
156. Lee OKA, Chung YFL, Chan MF, Chan WM. Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study. *Journal Of Clinical Nursing*. 14(5):609-620, 2005.

## 10. EKLER

### Ek-1. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Hasta Tanıtım Formu:

Hasta Adı Soyadı: .....

1)Yaş: .....

2)Cinsiyet: Kadın( ) Erkek( )

3)Medeni Durum: Evli ( ) Bekar ( )

4)Eğitim durumu: Okur yazar değil ( ) İlköğretim ( ) Ortaöğretim ( ) Önlisans ( )  
Lisans ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora ( )

5)Çalışma durumu:

a)çalışıyor b)çalışmıyor

6)Gelir Durumu: a)iyi b)orta c)kötü

7)Tanı:

8)Daha önce Koroner Yoğun Bakım ünitesinde tedavi gördünüz mü?

a)evet b)hayır

9)Daha önce hastane ortamında müzik dinletisi aldınız mı? a)evet b)hayır

GRUBU: Kontrol ( ) Müdahale ( )

## Ek-2. Durumluk Anksiyete Ölçeği:

Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		<b>HİÇ</b>	<b>BİRAZ</b>	<b>ÇOK</b>	<b>TAMAMEN</b>
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-3. Ölüm Kaygısı Ölçeği:

Aşağıdaki ifadelerden biri size uygun düşüyorsa veya büyük ölçüde uygunsa “D” harfini yuvarlak içine alınız. Eğer uymuyorsa veya büyük ölçüde size uygun olmayan bir ifade ise “Y” harfini yuvarlak içine alınız.

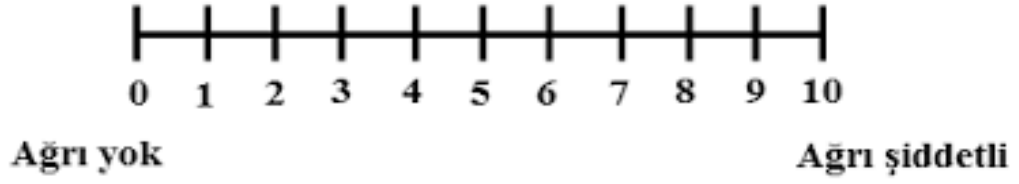
1. Ölmekten çok korkuyorum.	Doğru	Yanlış
2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir.	Doğru	Yanlış
3. Birileri ölüm ile ilgili konuşmalar yaparken tedirgin olmam.	Doğru	Yanlış
4. Ameliyat olmak zorunda kalmak düşüncesi beni korkutur.	Doğru	Yanlış
5. Ölmekten pek de korkmam.	Doğru	Yanlış
6. Kanser hastalığına yakalanmak konusunda özel bir korkum yoktur.	Doğru	Yanlış
7. Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez.	Doğru	Yanlış
8. Zamanın büyük bir hızla uçup gidiyor olması beni sık sık huzursuz eder.	Doğru	Yanlış
9. Acı çekerek ölmekten korkuyorum.	Doğru	Yanlış
10. Ölümden sonra hayat konusu benim için ciddi bir problem oluşturmaktadır.	Doğru	Yanlış
11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum.	Doğru	Yanlış
12. Sık sık hayatın gerçekten ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.	Doğru	Yanlış
13. Birilerinin Üçüncü Dünya Savaş hakkında konuştuklarını duyarsam ürperirim.	Doğru	Yanlış
14. Ölü bir insan vücudu görmek bana korku verir.	Doğru	Yanlış
15. Gelecekte korkmamı gerektirecek hiçbir şey olmadığını hissediyorum.	Doğru	Yanlış

**Ek-4. Fizyolojik Parametre Formu:**

NABIZ	KAN BASINCI	OKSİJEN SATÜRASYONU	VÜCUT SICAKLIĞI



**Visüel Analog Skala (VAS)**



## Ek-5. Araştırma Kurum İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 15916306-604.01.01  
Konu : Özge ÖZTÜRK'ün Araştırma İzni Hk.

### ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 30/11/2020 tarihli ve 79341859-799-21611 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Bölümü öğrencisi olan Hastaneniz personeli Özge ÖZTÜRK'ün "**Koroner Yoğun Bakım Hastalarına Uygulanan Doğa Temelli Müzik Dinletisinin Ölüm Kaygısı, Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi**" başlıklı çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 10.12.2020 tarih ve 2020/47 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan

EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

Telefon: Faks No:

e-Posta:

Bilgi için: Cemile ÖZASLAN

TIBBİ SEKRETER

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bcca0d78-6c07-4784-9b55-73f2c19aeb65 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müdahale Grubu)

Sayın katılımcı;

Bu çalışma, deneysel bir araştırma olup koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin, ölüm kaygısı, anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Gönüllünün araştırmaya katılımı tamamen isteğe bağlı olup, istediğiniz zaman diliminde, herhangi bir cezaya ya da yaptırıma maruz kalmadan, hiçbir hak kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir ya da araştırmadan çekilebilirsiniz. Paylaştığınız bilgiler gizli tutulacak olup sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli tutulacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ya da gönüllünün katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü zamanında bilgilendirilecektir. Araştırmaya 60 kişinin katılması beklenmektedir.

Araştırmaya katılım için; Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, koroner yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalar için hazırlanan, Sosyodemografik ve hastalığa ilişkin hasta tanıtım formunu, durumluk anksiyete ölçeğini ve ölüm kaygısı ölçeğini doldurmanız istenmektedir. Formları doldurduktan sonra size içinde doğa temelli müziklerin yer aldığı bir müzik çalar verilecek ve kulaklık aracılığı ile bu müziklerden seçtiklerinizi 3 gün boyunca sabah ve akşam olmak üzere toplam 6 kere 15-30 dk dinlemeniz istenecektir. Dilediğiniz zaman müziğin sesine müdahale edebilir, sesi açıp kapatabilir, müziği durdurup yeniden dinlemeye başlayabilirsiniz. Toplamda 2 kere olmak üzere anksiyete, ölüm kaygısı ve fizyolojik parametreleriniz ölçülüp kaydedilecektir. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Teşekkür ederiz.

*“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”*

### Gönüllünün:

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

### Araştırmacının:

Adı Soyadı: Özge Öztürk (Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi)

İmza:

Tarih:

## Ek-7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

Sayın katılımcı;

Bu çalışma, deneysel bir araştırma olup koroner yoğun bakım hastalarına uygulanan doğa temelli müzik dinletisinin ölüm kaygısı, anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Gönüllünün araştırmaya katılımı tamamen isteğe bağlı olup, istediğiniz zaman diliminde, herhangi bir cezaya ya da yaptırıma maruz kalmadan, hiçbir hak kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedilir ya da araştırmadan çekilebilirsiniz. Paylaştığımız bilgiler gizli tutulacak olup sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli tutulacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ya da gönüllünün katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü zamanında bilgilendirilecektir. Araştırmaya 60 kişinin katılması beklenmektedir. Araştırmaya katılım için; Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, koroner yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalar için hazırlanan, Sosyodemografik ve hastalığa ilişkin hasta tanıtım formunu, durumluk anksiyete ölçeğini ve ölüm kaygısı ölçeğini doldurmanız istenmektedir. Toplamda iki kere olmak üzere anksiyete, ölüm kaygısı ve fizyolojik parametreleriniz ölçülüp kaydedilecektir. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Teşekkür ederiz.

*“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”*

Gönüllünün:

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Araştırmacının:

Adı Soyadı: Özge Öztürk (Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi)

İmza:

Tarih:

## Ek-8. Ölüm Kaygısı Ölçeği Kullanım İzni:

9.12.2021 10:19

Gmail - ölüm kaygısı ölçeği kullanım izni hakkında



özge öztürk <[redacted]@gmail.com>

### ölüm kaygısı ölçeği kullanım izni hakkında

3 ileti

özge öztürk <[redacted]@gmail.com>

15 Ocak 2020 00:10

Alıcı: figenakca <[redacted]@uludag.edu.tr>

Merhaba hocam, ben Özge ÖZTÜRK. Şişli Hamidiye Etfal EAH Acil Tıp Kliniğinde hemşireyim. Aynı zamanda Medipol Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Şuan tez dönemindeyim. Dr. Öğretim Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN danışmanlığında yürüteceğim yüksek lisans tez çalışmamda türkçe uyarlamasını yaptığınız Templer'in ölüm kaygısı ölçeğini kullanabilir miyim ?

İyi çalışmalar dilerim.

Özge ÖZTÜRK,

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Email: [redacted]@gmail.com

Tel no: [redacted]

figenakca figenakca <[redacted]@uludag.edu.tr>

17 Ocak 2020 21:55

Alıcı: özge öztürk <[redacted]@gmail.com>

Kullanabilirsin Esra  
Kolaylıklar  
Dr. Figen Akça

özge öztürk <[redacted]@gmail.com> 16 Oca 2020 Per, 15:18 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

özge öztürk <[redacted]@gmail.com>

18 Ocak 2020 01:27

Alıcı: figenakca figenakca <[redacted]@uludag.edu.tr>

Teşekkür ederim hocam rica etsem benimle ölçek maddelerini ve değerlendirmenin nasıl yapılacağını paylaşır mısınız?

Huawei telefonumdan gönderildi

----- Orijinal mesaj -----

Gönderici: figenakca figenakca <[redacted]@uludag.edu.tr>

Tarih: 17 Oca 2020 Cum 22:55

Al: özge öztürk <[redacted]@gmail.com>

Konu: Re: ölüm kaygısı ölçeği kullanım izni hakkında

[Alıntılanan metin gizlendi]

## 11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı**

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.6172  
Konu : Etik Kurulu Kararı

06/02/2020

**Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN**

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Koroner Yoğun Bakım Hastalarına Uygulanan Doğa Temelli Müzik Dinletisinin Ölüm Kaygısı, Anksiyete Ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

**Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Ek:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 06.02.2020 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden F293D440X3 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

**İstanbul Medipol Üniversitesi**  
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz  
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	KORONER YOĞUN BAKIM HASTALARINA UYGULANAN DOĞA TEMELLİ MÜZİK DİNLETİSİNİN ÖLÜM KAYGISI, ANKSİYETE VE FİZYOLOJİK PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİSİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>



**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR**  
**ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 116</b>	<b>Tarih: 05/02/2020</b>		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlnur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma