

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

MEKANİK VENTİLASYON DESTEĞİNDE OLAN HASTALARDA
MÜZİK TERAPİ ve SES İZOLASYONUNUN KONFORA ETKİSİ

Sinem ÇALIŞKAN
ORCID: 0000-0002-3912-6503
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Esra AKIN PALANDÖKEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2020-İZMİR

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

MEKANİK VENTİLASYON DESTEĞİNDE OLAN HASTALARDA
MÜZİK TERAPİ ve SES İZOLASYONUNUN KONFORA ETKİSİ

Sinem ÇALIŞKAN
ORCID:0000-0002-3912-6503
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Esra AKIN PALANDÖKEN

2020-İZMİR

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Programı** Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapi ve Ses İzolasyonunun Konfora Etkisi Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 27 / 07 / 2020

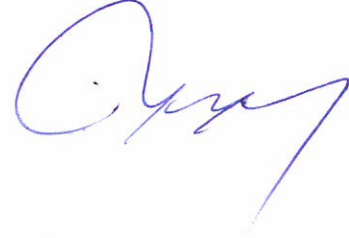
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Esra AKIN PALANDÖKEN İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Meltem UYAR Ege Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Mehmet UYAR Ege Üniversitesi



ONAY : Bu Yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet KOYU
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi' ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Tezimin tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir).

27.07.2020

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanım Prof. Dr. Esra AKIN PALANDÖKEN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

27.07.2020



TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitim sürecim boyunca her daim yanımda olan, güler yüzü ve enerjisiyle mutluluk veren, hep bir adım öteye taşımak için yol gösterici ve destekleyici olan, tüm öğrenim sürecimde rehberlik yapan, ihtiyaç duyduğum her anda motivasyonumu arttıran; bunların yanı sıra süreç içerisinde, birçok bilimsel araştırma yapmama, ulusal-uluslararası kongrelere katılmama olanak sağlayarak bilimsel deneyim kazanmamda ve akademik özgüvenimin gelişmesinde büyük payı olduğunu yadsıyamayacağım; öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum ve duyacağım çok değerli, kıymetli ve idolüm danışman hocam Sayın Prof. Dr. Esra AKIN PALANDÖKEN'e,

Tezime olan katkılarından dolayı değerli hocalarım, Sayın Prof. Dr. Meltem UYAR'a ve Sayın Prof. Dr. Mehmet UYAR'a,

İyi ki tanıdım dediğim ve her geçen gün daha çok sevdiğim, tezimin her aşamasında manevi desteği ile bana motivasyon veren, değerli arkadaşım Arş. Gör. Duygu YILDIRIM'a,

Sıcacık kalbi ve gülüşüyle neşe katan, yaşam enerjisiyle dolu değerli arkadaşım Hatice ATEŞ'e,

Varlığı ve sevgisi ile bana güç veren, yaşamım boyunca aldığım her kararda arkamda duran, desteğini bir an olsun esirgemeyen, hayatıma anlam katan çok değerli anneme,

Küçük yaşına rağmen o kıvrak zekasıyla beni benden alan, sadece sarılmasıyla bile tüm sıkıntılarımı unutturan, güzel gözlü biricik kardeşime,

Ve tüm hayatım boyunca beni her zaman destekleyen, asla pes etmeme izin vermeyen, daima elini omzumda hissettiğim, sabrını esirgemeyen, varlığı ile güç veren, hayatımdaki yerini kelimelere sığdıramayacağım en güzel mutluluğum, hayatıma anlam katan Şiyar KOÇ'a

Tüm Kalbimle Sonsuz

TEŞEKKÜR EDERİM...

Sinem ÇALIŞKAN

ÖZET
SİNEM ÇALIŞKAN
MEKANİK VENTİLASYON DESTEĞİNDE OLAN HASTALARDA MÜZİK
TERAPİ ve SES İZOLASYONUNUN KONFORA ETKİSİ

HEMŞİRELİK ESASLARI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
İZMİR, 2020

Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde sürekli gözetim altında kompleks bakım ve tedavi uygulamaları gerçekleştirilen hastalara en sık uygulanan girişimsel yöntemlerden biri mekanik ventilasyondur. Yaşam kurtarıcı olan mekanik ventilasyon tedavisi hastalarda çeşitli fizyolojik ve psikososyal komplikasyonlara neden olmaktadır. Mekanik ventilasyon hastalar için anksiyete, ajitasyon, stres, ağrı, hemodinamik stabilitede dengesizlik kaynağı olabilmektedir. Bu sonuçsal etkiler hastaların konfor düzeyini etkilemektedir. Bu bağlamda; mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda bakım maliyetini azaltıp, konfor düzeyini arttıracak, gevşemeyi sağlayacak farklı tamamlayıcı ve bütünleştirici bakım uygulamalarının kullanımı zorunlu hale gelmektedir. Bu çalışma, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde yatmakta olan ve mekanik ventilasyon desteğinde uygulanan hastalarda müzik terapi ve ses izolasyonunun konfora olan etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma, Kasım 2019 – Ocak 2020 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini araştırma kriterlerine uyan 24 hasta oluşturdu ve her bir hasta kendi deney ve kontrolü oldu. Araştırmanın örneklemine dahil edilen hastaların uygulama sırasını belirlemek için randomizasyon yöntemi kullanıldı. Hastalara Klasik Batı ve Klasik Türk müziklerinin dinlettirilmesi ve ses izolasyonu olmak üzere 3 farklı girişim uygulandı. Klasik Batı Müziği ve Nihavent makamında olan Klasik Türk Müziği hastalara ayrı ayrı 60 dakika boyunca dinlettirildi. Ses izolasyonu uygulamasında ise özel bir kulaklık aracılığıyla 60 dakika boyunca hastalara sessizlik sağlandı. Hastaların

verilerinin toplanmasında “Hasta Tanıtım Formu”, “Glasgow Koma Skalası”, “Hasta İzlem Formu”, “Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği” (CPOT), Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği kullanıldı. Hastaların 0. dk , 30. dk ve 60., dk.’da ki hemodinamik değerleri, CPOT ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçek puanları kaydedildi. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 25.0 paket programında gerçekleştirildi. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanıldı. Uygun test istatistiğinin seçimi ve normal dağılıma uygunluğu belirlemek için Kolmogorov Smirnow, Shapiro-Wilk testi ve varyansların homojenliğini değerlendirmek için ise Levene testi yapıldı. Normal dağılıma sahip veriler için istatistik değerlendirmelerde parametrik testler kullanıldı. Normal dağılıma sahip verilerde de niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla bağımlı grup karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulandı. Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni ikili karşılaştırma yöntemi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için de korelasyon analizi uygulandı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 64.88 ± 14.05 ’dir. Hastaların %66.7’sinin erkek, %79.2’sinin evli, %45.8’inin okur-yazar olmadığı saptandı. Hastaların yoğun bakımda yatış gün süresi ortalaması 18.87 ± 20.57 , mekanik ventilasyon desteğinde kalma gün süresi ortalaması ise 18.79 ± 20.64 gündür. Hastaların en sık kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%12.5) tanısına sahip oldukları ve Glaskow Koma Skalası puan ortalamalarının 10.20 ± 1.38 puan olduğu belirlendi. Hastaların sistolik, diyastolik kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı, CPOT puan değerleri uygulanan Klasik Batı Müziği, nihavent makamında olan Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamalarından etkilendiği ve bu hemodinamik değerlerinde anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın sistolik, diyastolik kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı, CPOT ağrı puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı ($p < 0.005$). Hastaların oksijen saturasyonu değerleri nihavent makamında olan Klasik Türk Müziği uygulamasından etkilendiği ve bu değerler arasında anlamlı bir fark olduğu, bu farkın oksijen saturasyonu değerinin artması yönünde olduğu belirlendi ($p < 0.005$). Hastaların ekspirasyon dakika volümü (L/dk) değerleri uygulanan klasik

Batı müziği ve ses izolasyonu uygulamalarından etkilendiği ve bu değerler arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın ekspirasyon dakika volümü (L/dk) değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı ($p<0.005$). Hastaların hemodinamik parametrelerindeki ve CPOT ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçek puanlarındaki değişim Klasik Batı Müziği, nihavent makamında Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamaları arasında fark göstermediği belirlendi ($p>0.005$).

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda; mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygulanan müzik terapi ve ses izolasyonunun hastaların hemodinamik parametrelerini olumlu yönde etkilediği, hastaların algıladığı ağrı şiddetini ve sedasyon ihtiyacını azalttığı saptandı. Bu bağlamda; çalışmamızın en önemli bulgusu mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda yoğun bakım ortamına ilişkin seslerinin arındırıldığı bir girişimin hastalarda konfor düzeyini arttırdığıdır. Dolayısıyla müzik terapinin de sese bağlı uyaranlardan arındırılmış bir girişim olarak belki de etki ettiği de diğer araştırmamızın önemli ve kritik bir sonucudur. Tüm bunlar doğrultusunda mekanik ventilasyon desteğindeki hastalarda yan etkisi olmayan, ucuz ve uygulanabilirliği kolay olan müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamaları hastaların konfor düzeyini arttırmada kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: mekanik ventilasyon, müzik terapi, ses izolasyonu, konfor

ABSTRACT
SİNEM ÇALIŞKAN
THE EFFECT OF MUSIC THERAPY AND SOUND ISOLATION ON COMFORT IN
PATIENTS WITH MECHANICAL VENTILATION SUPPORT

FUNDAMENTALS OF NURSING
MASTER’S PROGRAM
İZMİR, 2020

Aim: Mechanical ventilation is one of the most frequently applied interventional methods for patients undergoing complex supervision and treatment practices in intensive care units. Life-saving mechanical ventilation therapy causes various physiological and psychosocial complications in patients. Mechanical ventilation can be a source of imbalance in anxiety, agitation, stress, pain and hemodynamic stability for patients. These consequential effects affect the comfort level of the patients. In this context, In patients with mechanical ventilation support, the use of different complementary and integrative treatments, which will reduce the cost of care, increase the level of comfort, and provide relaxation, becomes compulsory. This study was carried out experimentally to examine the effect of music therapy and sound isolation on comfort in patients who are hospitalized in the Anesthesiology and Reanimation Intensive Care Unit and applied with the support of mechanical ventilation.

Material and Method: The research was carried out in the Anesthesiology and Reanimation Intensive Care Unit of Ege University Medical Faculty Research and Practice Hospital between November 2019 - January 2020. The sample of the study consisted of 24 patients who met the research criteria, and each patient had his own experiment and control. The randomization method was used to determine the order of administration of the patients included in the sample of the study. 3 different attempts were applied to the patients, including classical western music, classical Turkish music in nihavent theme, and sound isolation. Classical Western Music and Classical Turkish Music were played for 60 minutes separately. In the sound insulation application, the patients were provided with silence for 60 minutes through a special headset. “Patient Identification Form”, “Glasgow Coma Scale”, “Patient Follow-Up Form”, “Intensive Care Pain Observation Scale” (CPOT), Sedation Evaluation Scale of the American Intensive Care Nurses Association were used to collect the

data of the patients. Hemodynamic values, CPOT scores, and the American Intensive Care Nurses Association Evaluation of Sedation Scale scores were recorded at 0, 30, 60 and 60 minutes. The analysis of the data obtained from the research was carried out in Statistical Package for Social Science (SPSS) 25.0 package program. Descriptive statistical methods (number, percentage, mean, standard deviation) were used while evaluating the data. Kolmogorov Smirnow, Shapiro-Wilk test was used for compliance with normal distribution and selection of appropriate test statistics, and Levene test was used to evaluate the homogeneity of variances. Parametric tests were used in statistical evaluations for data with normal distribution. In comparing quantitative data in normally distributed data, variance analysis was used in repeated measurements in comparison of more than two dependent groups, and one-way variance analysis in comparison of more than two independent groups. Bonferroni binary comparison method was used to find the group that made a difference. Correlation analysis was also used to test the relationship between continuous variables.

Results: The average age of the patients participating in the research is 64.88 ± 14.05 . It was determined that 66.7% of the patients were male, 79.2% were married and 45.8% were illiterate. The mean duration of hospitalization in patients in intensive care unit is 18.87 ± 20.57 , and the average duration of stay in mechanical ventilation support is 18.79 ± 20.64 days. It was determined that the patients had the most common diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease (12.5%) and the Glaskow Coma Scale mean score was 10.20 ± 1.38 points. Patients' systolic, diastolic blood pressure, pulse rate, respiratory rate, CPOT score values were influenced by Classical Western Music, Classical Turkish Music in nihavent theme and sound isolation practices and there was a significant difference in these hemodynamic values, and this difference was systolic, diastolic blood pressure, pulse rate, respiratory rate and CPOT pain scores were found to in the direction of decreasing ($p < 0.005$). It was determined that the patients' oxygen saturation values were affected by the Classical Turkish Music application and there was a significant difference between these values and this difference was in the direction of increasing the oxygen saturation value ($p < 0.005$). It was determined that the expiratory minute volume (L/min) values of the patients were affected by the classical music and sound isolation applications and there was a significant difference between these values and this difference was in the direction of decreasing the expiratory minute volume (L/min) values ($p < 0.005$). The change in the hemodynamic parameters of the patients, the change in the CPOT and the American Association of Intensive

Care Nurses' Sedation Assessment Scale scores did not differ between Classical Western Music, Classical Turkish Music in nihavent theme and sound isolation practices in the final ($p > 0.005$).

Conclusion: As a result of this study; It was determined that music therapy and sound isolation applied to patients with mechanical ventilation support positively affect the hemodynamic parameters of the patients and decrease the severity of pain perceived by the patients and the need for sedation. In this context, the most important finding of our study is that in patients with mechanical ventilation support, an attempt in which their voices about the intensive care environment are purified increases the level of comfort in patients. Therefore, it is an important and critical result of our other research that music therapy also acts as an attempt to clear the sound-related stimulant. In line with all of these, music therapy and sound isolation applications that have no side effects and are easy to apply should be used in patients with mechanical ventilation support to increase the comfort level of the patients.

Keywords: mechanical ventilation, music therapy, sound isolation, comfort

İÇİNDEKİLER

ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvi
TABLolar DİZİNİ.....	xvii
BÖLÜM I.....	1
1. GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI	1
1.2. AMAÇ VE VARSAYIM.....	3
1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	4
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE YAYGIN ETKİSİ	4
1.5. ARAŞTIRMAYA DÂHİL OLMA KRİTERLERİ.....	5
1.6. ARAŞTIRMAYA DÂHİL OLMAMA KRİTERLERİ	5
1.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	6
BÖLÜM II	7
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. YOĞUN BAKIM.....	7
2.1.1 Yoğun Bakım Tanımı.....	7
2.1.2 Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi.....	7
2.1.3 Yoğun Bakım Ünitesinin Özellikleri.....	11
2.2. MEKANİK VENTİLASYON	12
2.2.1. Mekanik Ventilasyon Tanım.....	12
2.2.2. Mekanik Ventilasyonun Tarihçesi.....	12
2.2.3.Mekanik Ventilasyon Amaçları.....	13
2.2.4. Mekanik Ventilasyon Endikasyonları.....	14
2.2.5. Mekanik Ventilatör Tipleri ve Modları.....	16
2.2.6.Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları.....	20
2.3. KONFOR	20

2.3.1. Konfor Kavramı	20
2.3.2. Konfor Kuramı.....	21
2.3.3. Konfor Kuramının Düzeylerinin İncelenmesi	22
2.3.4. Konfor Kuramının Boyutlarının İncelenmesi.....	23
2.3.5. Yoğun Bakım Ünitesinde Konfor Düzeyini Etkileyen Faktörler.....	25
2.4. MÜZİK	29
2.4.1. Müziğin Tanımı.....	29
2.4.2. Müzik Terapisi	31
2.4.3. Müzik Terapinin Tarihsel Gelişimi.....	31
2.4.5. Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Konfor Düzeyine Etkisi Üzerine Yapılan Çalışmalar	33
BÖLÜM III.....	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	38
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	38
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	38
3.4. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN.....	39
3.4.1. Bağımlı Değişkenler.....	39
3.4.2. Bağımsız Değişkenler.....	39
3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	39
3.5.1. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamasında Kullanılacak Araç-Gereçler.....	41
3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	41
3.6.1. Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalara Müzik Terapinin ve Ses İzolasyonunun Uygulanması	41
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	44
3.8. SÜRE VE OLANAKLAR.....	44
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ.....	44
BÖLÜM IV	46
4. BULGULAR	46
4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMI.....	46
4.2. HASTALARIN TANILARINA GÖRE DAĞILIMI.....	47
4.3 HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMI	48
4.4.MÜZİK TERAPİ VE SES İZOLASYONU UYGULAMASININ HEMODİNAMİK PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİSİ	48
4.4.1.Kan Basıncının Değerlendirilmesi.....	48
4.4.2 Nabız Hızının Değerlendirilmesi.....	61
4.4.3 Solunum Hızının Değerlendirilmesi	67

4.4.4 Oksijen Satürasyonu Değerlendirilmesi.....	73
4.4.5 Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlendirilmesi.....	78
4.5. MÜZİK TERAPİ VE SES İZOLASYONU UYGULAMASININ CPOT PUANI ÜZERİNE ETKİSİ.....	84
4.6. MÜZİK TERAPİ VE SES İZOLASYONU UYGULAMASININ AMERİKAN YOĞUN BAKIM HEMŞİRELER BİRLİĞİNİN SEDASYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANI ÜZERİNE ETKİSİ.....	90
4.6.1. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Bilinç Alt Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	90
4.6.2. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Ajitasyon Alt Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	95
4.6.3. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Anksiyete Alt Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	101
4.6.4. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Uyku Alt Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	107
4.6.5. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	112
4.6.6. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Değerlendirmesi.....	117
4.7. MÜZİK TERAPİ VE SES İZOLASYONU UYGULAMALARININ SONUÇLARINI ETKİLEYEN TANIMLAYICI DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	123
4.7.1. Sistolik Kan Basıncı Değerleri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi.....	123
4.7.2. Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi.....	130
4.7.3. Nabız Hızı Değeri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi.....	136
4.7.4. Solunum Hızı Değeri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi.....	147
4.7.5. Oksijen Satürasyonu Değeri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi.....	153
4.7.6. Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değeri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi.....	160
4.8. HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERE GÖRE ETKİLİ DEĞİŞKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	167
4.8.1. Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Hemodinamik Değerlerinin Dağılımı.....	167
4.9. UYGULAMA TÜRLERİ İLE ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	182
4.9.1. Uygulama Türleri ile Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	183
4.9.2. Uygulama Türleri İle CPOT Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	192
4.10. KLİNİK ÖZELLİKLER İLE ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	194
4.10.1. Klinik Özellikler İle Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	194
4.10.2. Klinik Özellikler İle CPOT Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	196

BÖLÜM V.....	199
5. TARTIŞMA	199
5.1.HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	199
5.2.HASTALARIN TANILARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	200
5.3.HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	201
5.4. MÜZİK TERAPİ VE SES İZOLASYONU UYGULAMASININ HEMODİNAMİK PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİSİNİN TARTIŞILMASI	202
5.4.1. <i>Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Değerleri</i>	202
5.4.2. <i>Nabız Hızı Değerleri</i>	208
5.4.3. <i>Solunum Hızı Değerleri</i>	210
5.4.4. <i>Oksijen Satürasyonu Değerleri</i>	213
5.4.5. <i>Ekspirasyon Dakika Volümü</i>	214
5.5. MÜZİK TERAPİ VE SES İZOLASYONU UYGULAMASININ CPOT PUANI ÜZERİNE ETKİSİNİN TARTIŞILMASI.....	216
5.6. MÜZİK TERAPİ VE SES İZOLASYONU UYGULAMASININ AMERİKAN YOĞUN BAKIM HEMŞİRELER BİRLİĞİNİN SEDASYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANI ÜZERİNE ETKİSİNİN TARTIŞILMASI	219
BÖLÜM VI.....	223
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	223
6.1. SONUÇLAR	223
6.2. ÖNERİLER.....	226
KAYNAKLAR.....	227
EKLER	245
EK I. HASTA TANITIM FORMU.....	245
EK II. GLASGOW KOMA SKALASI.....	246
EK III. HASTA İZLEM FORMU.....	247
EK IV. YOĞUN BAKIM AĞRI GÖZLEM ÖLÇEĞİ (CPOT)	249
EK V. AMERİKAN YOĞUN BAKIM HEMŞİRELER BİRLİĞİNİN SEDASYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	250
EK VI. ETİK KURUL	251
EK VII. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTA YAKINI)	253
EK VIII ÖLÇEK İZİNLERİ.....	260
EK IX. POWER ANALİZİ SONUÇLARI.....	262
<i>Klasik Batı Müziği Türü</i>	262
<i>Nihavent Makamında Klasik Türk Müziği Türü</i>	262
<i>Ses İzolasyonu Uygulama Türü</i>	263
ÖZGEÇMİŞ.....	264

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ARDS: Akut Respiratuar Distres Sendromu

ASV: Adaptive Support Ventilation (Asiste Ventilasyon)

CMV: Continuous Mandatory Ventilation (Kontrollü Ventilasyon)

CPAP: Continious Positive Airway Pressure (Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı)

CPOT: Critical-Care Pain Observation Tool (Yoğun Bakım Ağrı Gözlemi Ölçeği)

CPR: Cardiopulmonary Resuscitation (Kardiyopulmoner Resüsitasyon)

dB: Desibel

dk : Dakika

EKG: Elektrokardiyogram

GKS: Glasgow Koma Skalası

HFJV: High Frequency Jet Ventilation (Yüksek Frekanslı Jet Ventilasyon)

HFO: High Frequency Ossilation (Yüksek Frekanslı Ossilasyon)

HFPPV: High Frequency Pozitive Pressure Ventilation (Yüksek Frekanslı Pozitif Basıncılı Ventilasyon)

IMV: Intermittent Mandatory Ventilation (Aralıklı Zorunlu Solunum)

IPPV: intermittent positive pressure ventilation- Aralıklı Pozitif Basıncılı Ventilasyon

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MV: Mekanik Ventilasyon

NCCAM: The National Center for Complemantary and Alternative Medicine, (Amerikan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi)

PEEP: Positive End-Expiratory Pressure (Ekspiryum Sonu Pozitif Basınç)

SIMV: Synchronized Intermittent-Mandatory Ventilation (Senkronize Aralıklı Zorunlu Ventilasyon)

SVO: Serebrovasküler Olay

VİP : Ventilatör İlişkili Pnömoni

VAS-A: Visual Analog Scale-Anxiety (Görsel Analog Skala)

YBÜ : Yoğun Bakım Ünitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Mekanik Ventilatör Tiplerinin Sınıflandırılması	16
Şekil 2. Mekanik Ventilatör Modlarının Sınıflandırılması	18
Şekil 3. Araştırma Planı	43
Şekil 4. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Sistolik Kan Basınçlarının Değişimi	53
Şekil 5. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Diyastolik Kan Basınçlarının Değişimi	59
Şekil 6. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Nabız Değerlerinin Değişimi	65
Şekil 7. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Solunum Hızlarının Değişimi	71
Şekil 8. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Oksijen Satürasyonu Değerinin Değişimi	76
Şekil 9. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Ekspirasyon Dakika Volümü Değerinin Değişimi	81
Şekil 10. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre CPOT Puanlarının Değişimi	87
Şekil 11. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Ajitasyon Alt Boyutu Puan Ortalamaları Değişimi	98
Şekil 12. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Anksiyete Alt Boyutu Puan Ortalamaları Değişimi	104

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Konforun Taksonomik Yapısı.....	24
Tablo 2: Araştırma Zaman Çizelgesi.....	45
Tablo 3: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 4: Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı.....	47
Tablo 5: Hastaların Klinik Durumuna Göre Dağılımı.....	48
Tablo 6: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Sistolik Kan Basınçlarının Dağılımı.....	49
Tablo 7: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	51
Tablo 8: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	52
Tablo 9: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	52
Tablo 10: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	54
Tablo 11: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Diyastolik Kan Basınçlarının Dağılımı.....	55
Tablo 12: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	57
Tablo 13: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	58
Tablo 14: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	58
Tablo 15: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	60
Tablo 16: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Nabız Değerlerinin Dağılımı.....	61
Tablo 17: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Nabız Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	63
Tablo 18: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Nabız Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	64
Tablo 19: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Nabız Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	64
Tablo 20: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Nabız Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	66
Tablo 21: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Solunum Hızlarının Dağılımı.....	67

Tablo 22: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	69
Tablo 23: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	70
Tablo 24: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	70
Tablo 25: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	72
Tablo 26: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Oksijen Satürasyonu Değerinin Dağılımı	73
Tablo 27: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	74
Tablo 28: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	75
Tablo 29: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	75
Tablo 30: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	77
Tablo 31: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Ekspirasyon Dakika Volümü Değerinin Dağılımı	78
Tablo 32: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	80
Tablo 33: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	80
Tablo 34: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	81
Tablo 35: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	83
Tablo 36: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre CPOT Puanlarının Dağılımı	84
Tablo 37: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki CPOT Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı	86
Tablo 38: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki CPOT Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı	86
Tablo 39: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki CPOT Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı	87
Tablo 40: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki CPOT Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı	89

Tablo 41: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Bilinç Alt Boyutu Puan Ortalamaları Dağılımı	91
Tablo 42: Uygulama Türlerine Göre Hastaların Farklı Zamanlarındaki Bilinç Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	92
Tablo 43: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Bilinç Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	94
Tablo 44: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Ajitasyon Alt Boyutu Puan Ortalamaları Dağılımı	95
Tablo 45: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ajitasyon Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	97
Tablo 46: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ajitasyon Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	97
Tablo 47: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ajitasyon Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	98
Tablo 48: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Ajitasyon Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	100
Tablo 49: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Anksiyete Alt Boyutu Puan Ortalamaları Dağılımı	101
Tablo 50: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Anksiyete Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	103
Tablo 51: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Anksiyete Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	103
Tablo 52: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Anksiyete Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	104
Tablo 53: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Anksiyete Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	106
Tablo 54: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Uyku Alt Boyutu Puan Ortalamaları Dağılımı	107
Tablo 55: Uygulama Türlerine Göre Hastaların Farklı Zamanlarındaki Uyku Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	109
Tablo 56: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Uyku Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	111
Tablo 57: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Puan Ortalamaları Dağılımı	112

Tablo 58: Uygulama Türlerine Göre Hastaların Farklı Zamanlarındaki Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	114
Tablo 59: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	116
Tablo 60: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği’ nin Toplam Puan Ortalamaları Dağılımı.....	117
Tablo 61: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	119
Tablo 62: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	120
Tablo 63: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	120
Tablo 64: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği’ nin Toplam Puan Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	122
Tablo 65: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı.....	125
Tablo 66: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı.....	127
Tablo 67: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı.....	129
Tablo 68: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı	131
Tablo 69: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı.....	133
Tablo 70: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı	136
Tablo 71: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı.....	138
Tablo 72: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı	140
Tablo 73: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı	142
Tablo 74: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Öncesi (0. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	144
Tablo 75: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Sırası (30. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	144

Tablo 76: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Sonrası (60. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	145
Tablo 77: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Öncesi (0. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	145
Tablo 78: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Sırası (30. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	146
Tablo 79: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Sonrası (60. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı.....	146
Tablo 80: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı	149
Tablo 81: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı	151
Tablo 82: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı	153
Tablo 83: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı.....	155
Tablo 84: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı.....	157
Tablo 85: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı	159
Tablo 86: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı	162
Tablo 87: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı	164
Tablo 88: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı	166
Tablo 89: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı	169
Tablo 90: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı	172
Tablo 91: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı.....	174
Tablo 92: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı.....	176
Tablo 93: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı.....	179
Tablo 94: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı	182

Tablo 95: Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Bilinç Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	183
Tablo 96:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Bilinç Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	184
Tablo 97:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Bilinç Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	184
Tablo 98:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Ajitasyon Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	185
Tablo 99:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Ajitasyon Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	185
Tablo 100:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. Dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Ajitasyon Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	186
Tablo 101:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Anksiyete Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	186
Tablo 102:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Anksiyete Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	187
Tablo 103:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Anksiyete Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	187
Tablo 104:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Uyku Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	188
Tablo 105:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Uyku Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	188
Tablo 106:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Uyku Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	189
Tablo 107:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Hasta Ventilator Uyumu Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	189

Tablo 108:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Hasta Ventilator Uyumu Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	190
Tablo 109:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Hasta Ventilator Uyumu Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki	190
Tablo 110:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Toplam Puanları Arasındaki İlişki 191	
Tablo 111:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Toplam Puanları Arasındaki İlişki 191	
Tablo 112:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. Dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Toplam Puanları Arasındaki İlişki 192	
Tablo 113: Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki	192
Tablo 114: Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki	193
Tablo 115: Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki	193
Tablo 116:Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki	194
Tablo 117: Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki	194
Tablo 118: Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki	195
Tablo 119: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Öncesi (0.dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki 195	
Tablo 120: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki 196	
Tablo 121: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki	196
Tablo 122: Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Öncesi (0. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki	196
Tablo 123: Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Sırası (30. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki	197

Tablo 124: Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Sonrası (60. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki	197
Tablo 125: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Öncesi (0. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki	198
Tablo 126: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Sırası (30. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki	198
Tablo 127: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Sonrası (60. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki	198



BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit altında olan bireyleri destekleyerek kapsamlı tıbbi tedavilerin ve hemşirelik bakımının uygulandığı, kompleks tıbbi cihazlarının yer aldığı ve hastanın bakım-tedavi sürecinin ekip yaklaşımı ile birlikte yürütüldüğü birimlerdir (1,2). Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan araçlar diğer alanlara göre farklılık göstermekle birlikte özellikle ileri düzeydeki teknolojik cihazların kullanımı söz konusudur (3–5). Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan ileri düzeydeki teknolojilerden biri ise mekanik ventilasyondur (6,7).

Mekanik ventilasyon yoğun bakım ünitelerinde hastalara solunumu sürdürme, akciğer ekspansiyonu sağlama, anestezi ve sedasyonu kolaylaştırma desteği amacıyla yapılan bir girişimdir (8–10). Solunum sıkıntısı olan hastalar genellikle yoğun bakımda kaldıkları süre içinde mekanik ventilatöre gereksinim duyarlar (11). Mekanik ventilasyonda amaç hastanın yaşamını tehdit eden semptomları iyileştirmek, hastanın rahatsızlıklarını azaltmak ve solunum kaslarının yorgunluğunu engellemektir (12). Fakat bu gereksinim belirli bir süre mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda; uykusuzluk, ajitasyon, ağrı, duyuşal yüklenme, hareketsizlik, gürültü, yalnızlık, güçsüzlük, duyuşal yoksunluk gibi birçok konforu bozan fizyolojik ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır (3).

Yoğun bakım ünitelerinde özel eğitim alan sağlık profesyonellerinden hemşirelerin verdiği kaliteli bakımın en önemli parçasını ise bireylerin konforunu sağlamaktır (13). Yapılan çalışmalarda bireyler yoğun bakımdan ayrıldıktan sonra konforlarını etkileyen ve yoğun bakım ortamında zor süreçler yaşamalarına neden olan başlıca faktörleri; ağrı, uyku problemleri, anksiyete, gürültü ve mekanik ventilasyon uygulamaları olarak ifade etmişlerdir (14–16). Yoğun bakım ünitesinde hastanın fiziksel boyutta konforunun bozulmasına neden olan faktörler incelendiğinde; uykusuzluk, endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon uygulamalarının olduğu ve ağrının yoğun bakımdaki bir bireyin fiziksel konforunu bozan en önemli stres oluşturan etmen olduğu göze çarpmaktadır (17,18). Yapılan çalışmalarda kontrol altında tutulamayan ağrının immünosupresyon, taşikardi, miyokardın oksijen ihtiyacında azalma, intrakranial basınç artışı ve solunum sistemi komplikasyonlarının gelişmesi, mekanik ventilasyon desteği süresinin uzamasına ve yoğun bakım sürecinin uzamasına neden olduğu ve de morbidite, mortalite riskini arttırdığı ortaya konmuştur (19–21).

Bireyi stres ve sorunlardan uzak tutarak rahatlatan, psikolojik ve fizyolojik açıdan yenilenmesini sağlayan uykunun eksikliği de fiziksel konforu etkilemektedir (13). Uyku eksikliği nedeniyle nörolojik sistemin etkilenmesi sonucu; ajitasyon, deliryum, depresyon, gibi semptomlar, kardiyovasküler sistemin etkilenmesi neticesinde; aritmi, sistolik ve diyastolik kan basıncı artışı ve ölüm görülebilmektedir. Uyku eksikliğinin etkilediği diğer bir sistem ise solunum sistemidir. Bu etkilenme sonucunda; üst havayolu kaslarında zayıflama ventilatörden ayrılımda gecikme, apne ve hipoapne görüldüğü yapılan çalışmalarla ortaya konmaktadır (22–25).

Hastaların konforunun artırılmasında modern tıbbın dışında tamamlayıcı ve bütünleştirici bakım tedavilerin kullanımı tüm dünyada oldukça artmıştır (26–35). Amerikan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (The National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM) 4 büyük grupta tanımlandığı tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden biri olan zihin-beden tıbbının en önemli ve en sık kullanılan uygulaması müziktir (27). Dünya Müzik Terapi Federasyonu, müzikle terapiyi ‘Kişi veya kişilerin yaşam kalitesini geliştirmek, arttırmak ya da iyi bir seviyede tutmak için müzik ve/veya müzikal unsurlarının eğitilmiş bir müzik terapisti tarafından tasarlanarak kullanılması’ olarak tanımlanmaktadır (36). Yıllardır kullanılan tamamlayıcı ve bütünleştirici tedavi yöntemlerinden biri olan müzik terapi (37), Selçuklulardan ve Osmanlıdan günümüzde uzanan altı bin yıllık bir geçmişe sahiptir (38,39). Yoğun bakım, cerrahi, psikiyatri, kadın doğum, pediatri, onkoloji, radyoterapi ve kemoterapi sürecinde(40–45), hastalara uygulanan mekanik ventilasyon gibi diğer girişimsel tanı-tedavi süreçlerinde ortaya çıkan semptomlardan özellikle ağrı, anksiyete ve uykusuzluk tedavisinde sıklıkla kullanılan müzik terapi(46–50); immün sistemin aktive olması, konforun artırılması, hastanede kalış süresinin azaltılması gibi olumlu etkilerinin de olduğu çalışmalarla ortaya konmaktadır (3,36,51).

Tüm bunların yanında bireyin çevresinde olan değişim, yoğun bakım ortamının barındırdığı gürültü, alarm sesleri, aydınlatma, ısı gibi olumsuz durumlarda konforu etkilemektedir (13). Yapılan çalışmalarda yoğun bakımda bakım ve tedavi gören hastaların deneyimleri incelendiğinde ortamındaki medikal cihaz alarmlarını, bakım aktiviteleri sırasındaki sesleri, telefon seslerini gürültü olarak ifade ettikleri saptanmış ve bireylerin konfor düzeyini düşürdüğü, anksiyetelerinin arttığı ve ağrı toleransının düştüğü görülmüştür (52–55). Ayrıca yoğun bakıma yatan hastaların ifadeleri incelendiğinde en yüksek gürültü kaynağı olarak personel konuşmaları belirtilmiştir (56).

Konuya ilişkin tüm çalışmalar incelendiğinde; mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların konfor düzeyini olumsuz etkileyen gürültünün ortadan kaldırılması gerektiği sonucunu ortaya koymaktadır. Bunun yanında tamamlayıcı ve bütünleştirici tedavi yöntemlerinden biri olan müzik terapi uygulamasının anksiyete, ağrı, sedasyon ve birçok semptom yönetiminde kullanılabilecek bir yöntem olması, hemşirelerin bakımında multi-perspektif olarak müzik terapinin aktif bir hemşirelik girişimi olarak kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Tüm bunların ışığında mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda farklı müzik türlerinin hastaların hemodinamik değerlerine, anksiyete , ağrı, ajitasyon stres ve konfor düzeylerine ilişkin hem uluslararası hem ulusal düzeyde oldukça fazla araştırma sonucu mevcuttur. Nitekim ki araştırma sonuçlarının olumlu yönde de etki ettiği ortaya konmuştur. Ancak ses izolasyonuna ilişkin uluslararası düzeyde sadece 2019 yılına ait bir araştırma mevcut olup ulusal düzeyde herhangi bir araştırma sonucu söz konusu değildir. Dolayısıyla araştırmamızın sonuçlarının bu anlamda ulusal ve uluslararası düzeyde literatüre anlamlı katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yanı sıra ise acaba mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygulanan müzik terapinin yoğun bakım ortamında bulunmasından kaynaklı çeşitli sesler sonucu oluşan gürültünün ortadan kaldırılması sonucunda mı gerçekten etkili olduğu, yoksa müzik terapinin kendi içinde barındırdığı etki mekanizmasından dolayı mı bunu ortaya koyup koymadığı uygulanacak etkin ses izolasyon yöntemi ile anlamlılığı ortaya konacaktır. Bu bağlamda çalışmanın çarpıcı olduğu ve literatüre anlamlı katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. AMAÇ ve VARSAYIM

Yoğun bakım ünitelerinde sürekli gözetim altında kompleks bakım ve tedavi uygulamaları gerçekleştirilen hastalara en sık uygulanan girişimsel yöntemlerden biri mekanik ventilasyondur. Yaşam kurtarıcı olan mekanik ventilasyon tedavisi hastalarda çeşitli fizyolojik ve psikososyal komplikasyonlara neden olmaktadır. Mekanik ventilasyon hastalar için anksiyete, ajitasyon, stres, ağrı, hemodinamik stabilitede dengesizlik kaynağı olabilmektedir. Bu sonuçsal etkiler hastaların konfor düzeyini etkilemektedir. Bu bağlamda; mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda bakım maliyetini azaltıp, konfor düzeyini arttıracak, gevşemeyi sağlayacak farklı tamamlayıcı ve bütünleştirici bakım uygulamalarının kullanımı zorunlu hale gelmektedir. Bu çalışma, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde yatmakta olan ve mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapi ve ses izolasyonunun konfora olan etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak yapıldı.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H_1 = Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapi hastaların konfor düzeyini etkiler.

H_{1a} =Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda Klasik Batı Müziği hastaların konfor düzeyini etkiler.

H_{1b} =Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda Klasik Türk Müziği hastaların konfor düzeyini etkiler.

H_2 =Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda ses izolasyonu hastaların konfor düzeyini etkiler.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ ve YAYGIN ETKİSİ

Yapılan çalışmalar, yoğun bakımda mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların ağrı, anksiyete, stres, uykusuzluk, gürültü gibi konfor algılarını olumsuz yönde etkileyen faktörleri deneyimledikleri gösterilmektedir. Bu faktörleri kontrol altına almak için kliniklerde kullanılan analjezik maddeler, sedasyon tedavileri hastalara uygulanmakta, hastalar sürekli kimyasal ajanlara maruz kalmakta, ve istenilen sonuca varmak için uzun bir süre beklenilmektedir (57,58). Bu ilaçların uzun süre kullanımı bireylerde yan etkilere neden olmaktadır (59,60). Dolayısıyla hemşirelerin bakım sağladıkları hastalarda meydana gelebilecek advers etkileri en aza indirmek için tamamlayıcı ve bütünleştirici bakım uygulama yöntemi olarak müzik terapi uygulanabilir yöntemlerdendir. Literatür incelendiğinde; uluslararası boyutta yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Ancak bireylerin ağrı, anksiyete yönetiminde etkin olan müzik terapinin çevresinde oluşan gürültüyü engellediği için mi semptom yönetiminde etkin çıktığı yoksa müziğin iyileştirici bir güç olması nedeniyle mi bu sonuçlara ulaşıldığı akılda soru işareti bırakan bir konudur. Literatür incelendiğinde ses izolasyonu konusuna ilişkin birçok tavsiye bulunmakla birlikte, uluslararası düzeyde yapılan yalnızca bir araştırma sonucuna rastlandı. Ülkemizde ise bu konuya ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Bu doğrultuda yapılacak olan çalışmanın mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların konfor yönetiminde etkin sonuçlara yol açacağı düşünülmektedir.

1.5. ARAŞTIRMAYA DÂHİL OLMA KRİTERLERİ

Araştırma kapsamına:

- a) Yetişkin yaş grubu (18-85)
- b) Psikiyatrik ve nörolojik hastalık tanısı almamış olan
- c) Hemodinamik stabilliği olan
- d) Bilinen işitme problemi olmayan
- e) Mekanik ventilatör modu aynı olan hastalar (Spontan solunumun korunduğu mekanik ventilasyon modu uygulanan)
- f) Glasgow Koma Skalası puanı 9 ve üstünde olan
- g) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde yatmakta olan
- h) Yoğun Bakım Ağrı Gözlemi Ölçeği "Critical-Care Pain Observation Tool" (CPOT) Ağrı puanına göre ağrısı olan
- i) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' ne göre sedasyon tedavisi alma ihtiyacı olan hastalar alındı.

1.6. ARAŞTIRMAYA DÂHİL OLMAMA KRİTERLERİ

- a) Bilinen işitme problemi olan
- b) Psikiyatrik ve nörolojik hastalık tanısı olan
- c) Mekanik ventilasyon desteğinde olmayan
- d) Glasgow Koma Skala puanı 9'un altında olan hastalar
- e) Araştırmaya katılmak istemeyen hastalar
- f) Nöromusküler bloker ilaç tedavisi alanlar
- g) Gebe olanlar
- h) Yoğun Bakım Ağrı Gözlemi Ölçeği "Critical-Care Pain Observation Tool" (CPOT) ağrı puanına göre ağrısı olmayan
- i) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği 'ne göre sedasyon tedavisi alma ihtiyacı olmayan
- j) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde yatmayan hastalar araştırma kapsamına dâhil edilmedi.

1.7. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın mekanik ventilasyon desteğinde ve genelde yarı bilinçli hastalarda gerçekleştirilmesi ve hastaların içinde bulunduğu özel incinebilir grup olması nedeniyle bilgilendirilmiş gönüllü onam formu hastaların ailelerinden alındı. Hastalarının durumları çok riskli olduğu için zaman zaman ailelere uygulanacak girişimleri aktarmak, onların onamını almak, hastaların iyiliğini ve konforunu arttırmak için sağlamak için yapılacak bu 3 girişimin anlamlılığını belirlemekte sıkıntılar yaşanmıştır. Zira Ocak ayından itibaren tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemi süreci nedeniyle araştırma verilerinin toplanmasında da bazı aksaklıklar yaşanmıştır.



BÖLÜM II

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YOĞUN BAKIM

2.1.1 Yoğun Bakım Tanımı

Yoğun bakımla ilgili literatürde çeşitli tanımların yapıldığı görülmektedir. Organ ya da sistemlerin fonksiyonlarını yitirmesi neden olan durumlar ortadan kaldırılincaya kadar hastaların desteklenmesi, hastalığa sebep olan faktörlerin tedavi edilmesi ve hastanın hayatının devam ettirilmesi için uygulanan yöntemlerin tamamı (61), yaşamı risk altında olan, yakından ve özel izlem gerektiren veya yaşamı destekleyici tedaviye bağlı olan hastalara yapılan bakım uygulamaları (62), çok özel eğitim, uygulama, araştırma ve araştırma sonuçlarından yararlanma süreçlerini kapsayan ekip çalışmasının söz konusu olduğu alan (63) gibi birçok tanımı vardır.

2.1.2 Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi

Dünyada Yoğun Bakım Ünitelerinin Gelişmesi

Modern yoğun bakım kavramı, 1852 yılında Kırım Savaşı sırasında Florence Nightingale tarafından verilen özel hemşirelik uygulamaları gerektiren, yoğun bakım hastalarının tek bir yere toplaması sonrasında gelişmiştir. Yoğun bakım ünitelerinin temeli Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ameliyat sonrası derlenme odaları ile atılmıştır. İlk kez 1923 yılında John Hopkins Hastanesi'nde hastalarının post-operatif bakımı için bir klinik kurulmuştur. Yoğun bakım hastalarının resüsitasyonu ve triyajı konusunda İkinci Dünya Savaşı, Kore ve Vietnam Savaşları sırasında, önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemde anestezi ve post-operatif bakımın gelişmesi kan ürünleri ve intravenöz sıvılar ile şokun tedavi edilmesi, kapsamlı merkezlere hastaların yönlendirilmesi yoğun bakım gelişimini olumlu etkilemiştir (64).

Bu gelişmeler ve Florence Nightingale'in uygulamalarından 100 yıl sonra, 1952'de Danimarka'nın başkenti Kopenhag'ta başlayan polio salgını yoğun bakımda uzmanlaşmanın temellerinin atılmasına neden olmuştur. Ibsen, basit solunum cihazları

ile solunumun sürdürülmesi, solunum işlevlerini yitiren hastaların hava yolu bakımı ve pozitif basınçlı ventilasyonun mortaliteyi önemli ölçüde azalttığını belirtmiştir (64).

W. Kolff 1940'larda heparin ve selofan membran kullanarak hemodiyaliz makinesini başarılı bir şekilde kullanımını sağlamıştır. Paul Zoll 1956'da ilk defibrilatörü geliştirmiştir. Eksternal kardiyopulmoner resüsitasyon 1960 yılında olmuştur. Uzun araştırmalarından elde edilen bilgiler 1960 ve 1970'lerde yoğun bakım izlemine aktarılmıştır. Bu gelişmeler iç hastalıkları kökenli hekimlerin, yoğun bakım ünitelerine olan ilgisini arttırmış, 1960'lı yıllarda kritik kalp hastalıklarının yakından izlenmesi amacıyla düzenlenen bakım ünitelerinin kurulmasına ve bu ünitelerde özel eğitilmiş hekim ve hemşireler çalıştırılmasına, protokoller geliştirilmesine yol açmıştır. Yoğun bakım amaçlı inşa edilen ilk ünite 1964'de İngiltere'de kurulmuştur. ABD'de 1960'lı yılların sonlarında akut bakım hastanelerinin büyük bir kısmı (%95'i) bir yoğun bakım ünitesine sahip olmuştur (64).

Yoğun bakım biliminin geçmişinde hem rastlantılar hem de ihtiyaçlar önemli roller oynamıştır. Ibsen'den önce yoğun bakım felsefesine uygun pratik uygulamayı ilk yapan hemşire Florence Nightingale olup, 1852'de Kırım Savaşı sırasında kritik hastaların ayrı bir mekânda toplanarak, deneyimli hemşirelerin gözetimi altında tedavi edilmelerinin sonuçlarının daha başarılı olacağını düşünmüş ve uygulamaya aktarmıştır. Böylece, ihtiyaçlardan hareketle yoğun bakım servislerinin oluşumuna giden ilk adım Florence Nightingale tarafından atılmıştır. Yoğun bakım servislerinin oluşmasına yol açan rastlantı, 1950'li yıllarda Danimarka'da görülen poliomiyelit salgını sırasında yaşanmıştır. Danimarka'daki polio epidemisi sırasında, gerektiğinde hastalarda tank respiratörler kullanılmıştır. Tank respiratörler ile hastaları etkili bir şekilde ventile etmek mümkün olamamış ve yetersiz ventilasyon sonucu hastalarda görülen asidoz, metabolik asidoz olarak yorumlanmaktaydı (64,65).

Anestezi uzmanı olan Ibsen 12 yaşında tank respiratörü ile ventile edilmekte olan bir hastaya konsültasyon yapmak için bir gün ameliyathaneden çağrılır. Hastada hipertansiyon olup, plazmada CO₂ çok yüksek olarak ölçülmüştür. Ibsen bu tablonun yetersiz ventilasyona bağlı solunumsal asidoz tablosundan ileri geldiğini, metabolik asidoz olmadığını ifade etmiştir. Balonu elle sıkıştırılarak kullanılan bir ventilatörü entübasyon tüpüne bağlayarak hastayı "intermittent positive pressure ventilation (IPPV)" ile ventile etmeye başlamış ve başarılı olmuştur. Böylece bu uygulamadan

sonra benzer tablodaki hastalara trakeotomi, IPPV ve fizik tedaviden oluşan bir protokol tedaviye girmiş ve mortalite oranı % 87'den % 25'e düşmüştür. Daha sonra IPPV tetanozlu hastalarda uygulanmıştır. Ibsen 1953 yılında Kopenhag Kummerehospital'de aralıklı pozitif basınçlı ventilasyon ve ihtiyaç halinde hemodinamik adjuvan tedavilerinin deneyimli hemşirelerin bakımı kontrolünde uygulandığı ilk "intensive therapy unite"i açmıştır. O gün yapılanların değerlendirmelerini anlatan World Anaesthesia Dergisinin Mayıs 2003 sayısındaki bir yazısında Zorap, bu olayı yoğun bakımın doğuşu olarak nitelendirmiş ve Ibsen' in ilk yoğun bakım uzmanı olarak kabul edildiğini bildirmiştir. Danimarka'daki bu gelişmeler kısa sürede Avrupa'ya yayılmış ve diğer ülkelerde de reanimasyon üniteleri açılmaya başlamıştır. Paris'te 1954 yılında Mollare, Bernard Hastanesi'nde ve Nede, Foch Hastanesi'nde ilk "intensive care" ünitelerini açmışlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gelişmeler Avrupa'dan daha sonra ve daha farklı olarak devam etmiştir (66). Başlangıcında Dandy'nin 1920'lerde kendi nöroşirurji hastaları için açtığı post operatuar ünite ilk ünite olarak kabul edilebilir. Daha sonra İkinci Dünya Savaşı sırasında kurulan ve anestezi uzmanlarının da görev aldığı şok ünitelerini başlangıç çalışmalarına örnek olarak göstermek mümkündür. Ancak ilk solunumsal yoğun bakım üniteleri 1960'lardan sonra Oxford, Baltimor ve Toronto üniversitelerinde kurulmuştur (65).

Türkiye'de Yoğun Bakım Ünitelerinin Gelişmesi

Ülkemizde yoğun bakım hizmeti 1950'li yıllarda çoğu yoğun bakım eğitimi almamış hekimler tarafından yürütülmüştür. Türkiye'nin ilk anestezi hekimlerinden biri Sadi Sun diğeri Cemalettin Öner'dir. Yurt dışında bulundukları sırada yoğun bakım çalışmalarını yakından izleme olanağı yakalamış oldukları ve eğitimini alma imkânı bulmuşlardır. Sadi Sun daha sık anestezi, Cemalettin Öner ise daha çok reanimasyon konularındaki çalışmaları ile sonraki yıllarda öne çıkmıştır. 3.1.1955'de Sağlık Bakanlığı Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde anesteziyoloji de uzmanlık dalı olarak dahil edilmiştir. Bakanlık teşkilatı Cemalettin Öner'e, fakülte ise Sadi Sun'a 1956 yılında ilk uzmanlık diplomaları verilmiştir (65).

Cemalettin Öner, 1957'li yıllarda Paris'e gönderilmiş ve ileri anestezi kursunu tamamlamıştır. 1954 yılında yeni kurulmuş olan Foch Hastanesi, reanimasyon

servisinde “resident” olarak çalışmış ve yoğun bakım bilimi ile bu kurumda tanışmıştır. Yurda döndükten sonra bir yandan hastanesinde anesteziyi geliştirmeye caba gösterirken, bir yandan da reanimasyon çalışmalarını başlatmıştır. İlk uygulamalar barbitürat entoksikasyonlarında striknin tedavisi yerine semptomatik tedaviyi yerleştirmede, bir hemşirenin yardımıyla başarılı tedavi edilen hasta için diğer bilim dalı uzmanlarına karşı verilen mücadele ile başlamıştır. Böylece Türkiye’de reanimasyon bilim dalının temeli atılmıştır. Yoğun bakımın bundan sonraki gelişmesi daha sistemli, yine cerrahlara ve dahili branş hekimlerine karşı verilen mücadeleler ile sürmüştür (65).

Cemalettin Öner’in tek odada başladığı çalışmaları, 1959 yılında dört yataklı bir servisle devam etmiştir. Bu sırada Sadi Sun Cerrahpaşa’da anestezinin alt yapısını oluşturmakla uğraşmakta anesteziye bağımsızlık kazandırma mücadeleleri vermektedir. 1950 ile 1960 arası, Türkiye’de böyle bir mücadele devrini yansıtır. Cemalettin Öner ve Sadi Sun Türkiye’de başladıkları anestezi çalışmalarını yurt dışında bulundukları ülkelerde reanimasyon çalışmaları ile sürdürmüş, yurda döndükten sonra aynı şeyleri burada da yapmak için çalışmaya başlamışlardır (65,66).

Haydarpaşa Numune Hastanesi’nde yeni bir servisin yapılmasına yol açan durum ilk dört yataklı servisin artan hasta talebini karşılamaması olmuştur. 1969 yılında hizmete giren bu serviste 30 hemşire 6 asistan görev yapmıştır. Halen hizmet görmekte olan bu servise 1986 yılında Prof. Dr. Cemalettin Öner Servisi adı verilmiştir. Cemalettin Öner, bir yandan örnek bir servis kurmaya, reanimasyon biliminin yapay solunum uygulamasının ötesinde bir dal olduğunu tanıtmaya ve yerleştirmeye uğraşırken, bir yandan da legal kimliğini kazandırmaya yönelik çalışmalarını sürdürmüştür. Bakanlıkla ilişkilerini çok geliştirerek yürütmüş olması, bu konuda birçok engeli zor da olsa aşmayı sağlamış ve anestezi uzmanlığı 1962 yılında 3 yıldan 4 yıla çıkarılarak adı “Anestezi ve Reanimasyon” uzmanlığına dönüştürülmüştür. Türkiye’de de anestezi uzmanları bu konuda liderliği üstlenmiş ve bugüne kadar yoğun bakım bilim dalını ülkemizde uygulayan, tanıtan, geliştiren ve dünyaya açan araştırmalar yapan, yani akademik yönü ile de bu bilim dalını temsil eden tek uzmanlık dalı olmuştur (64–66).

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nde Sadi Sun tarafından da kısa süre içerisinde benzer yapılanma ortaya konmuştur. Sun’un Danimarka’da yoğun bakım üzerine aldığı eğitim ile çalışmalarına başlama olanağı bulmuştur ve 1970’te ilk reanimasyon servisini açmıştır. Cemalettin Öner Sağlık, Bakanlığı’nda bulunmanın ve bakanlığın bu konuda yapılanmayı destekleyen bir tutum içerisinde olmasının avantajını kullanarak, yoğun bakım çalışmalarını Haydarpaşa Numune Hastanesi’nde daha önce başlatabilmiştir. Daha sonra İstanbul Tıp Fakültesi’nde inşa edilen ayrı bir pavyonla 1975 yılında 12 yataklı bir reanimasyon servisi kurulmuştur. Böylece 1975 yılında; İstanbul Haydarpaşa’da Cemalettin Öner’den sonra, Dr. İsmail Tuncel’in başında olduğu servis dışında, İstanbul Tıp ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri’nde kurulmuş servisler ve Cemalettin Öner’in öğrencisi Dr. Şevket Kaya’nın Taksim Hastanesi’nde kurduğu servis ile Şişli Etfal Hastanesi’nde, Dr. Cahit Bergil ile Dr. Raife Torun’un kurmaya çalıştıkları servislerle devam etmiştir. Bu servisler Türkiye’nin ilk Reanimasyon servisleridir. Daha sonraki yıllar içerisinde 80’li yıllarda bu servislere “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi”, “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi”, “9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi”, “Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi” “A.Ü. Tıp Fakültesi” yoğun bakım servisleri sırayla eklenmiştir (64–66).

2.1.3 Yoğun Bakım Ünitesinin Özellikleri

Yoğun bakım üniteleri; yoğun bakıma ihtiyaç duyan, 24 saat boyunca yüksek nitelikte bakım uygulamalarının yapıldığı ve sağlık çalışanlarının en iyi sonuçları almak için özveriyle fazlasıyla çaba harcadığı (61), fiziksel görünüm, duyuşal çevre, tedavi gören hastaların nitelikleri ve bu birimlerde bulunan araç-gereç donanımı bakımından başka birimlere göre büyük ayrımlılıklar gösteren (62,63), hastaların fiziksel ve psikososyal açıdan fazlasıyla stres etkeniyle karşılaştığı (67) birimlerdir.

Sağlık Bakanlığı’nın 2011 yılında yayınladığı “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ”de yoğun bakım servisi; “Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, fiziksel alt yapısı ve konumu itibarıyla hasta bakımı açısından özellik taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal göstergelerin izlendiği, hasta takip ve tedavisinin 24 saat esasına dayalı olarak kesintisiz sağlandığı,

fonksiyonel olarak, dahili yoğun bakım servisi, cerrahi yoğun bakım servisi, nöroyoğun bakım servisi, anestezi yoğun bakım servisi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım servisi, koroner yoğun bakım servisi, genel yoğun bakım servisi şeklinde adlandırılan erişkin, çocuk ve yeni doğan hasta birimleri.” şeklinde tanımlanmaktadır (68).

2.2. MEKANİK VENTİLASYON

2.2.1. Mekanik Ventilasyon Tanım

Ventilasyon akciğerlerde alveollerde oksijen ve karbondioksit değişiminin gerçekleşmesidir (69). Mekanik ventilasyon (MV) ise çeşitli hastalıklardan kaynaklanan solunum yetersizliklerinin tedavisinde, ventilatör adı verilen bir cihaz yardımı ile solunum işleminin yapay olarak sürdürülmesini sağlayan, yoğun bakım ünitelerinde en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir (70). MV, spontan solunumun gerçekleştirebilene kadar eksternal araçlar kullanılarak hastanın hayati fonksiyonlarının sürdürülmesi, altta yatan primer hasarın tedavi edilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla, yoğun bakım ünitelerinde kullanılan bir yaşam destek ünitesidir (71). Mekanik ventilasyona ihtiyaç duyan yoğun bakım hastalarında solunum işlevinin devam ettirilebilmesi için hastanın ağız boşluğundan trakeasına endotrakeal tüp olarak isimlendirilen bir tüp yardımıyla ventilasyon cihazı ile akciğerler arasında doğrudan bir bağlantı sağlanmış olur (72). Uygulanan bu yöntemle hastanın akciğerlerine oksijen kayıpsız olarak yollanır. MV uygulaması birçok hastada hayat kurtarıcı bir uygulama olmasının yanında yüksek kalitede verilen hemşirelik bakımı ile olası komplikasyonların önlenmesinde, MV desteğine neden olan hastalığın tedavi edilip en kısa sürede sonlandırılması ve hastaların yoğun bakım ünitelerinde kalış sürelerinin kısaltılmasında etkin olmaktadır (8).

2.2.2. Mekanik Ventilasyonun Tarihçesi

Hayatın devamı için gerekli iki işlevden biri olan solunum ile ilgili ilk bilgiler Mısır, Çin ve Yunan kaynaklarında görülmektedir. Batılı kaynaklara bakıldığında mekanik ventilasyon kullanımı ile ilgili tarihsel gelişim Hipokratın havayı bilimsel olarak kullanması ve suda boğulma durumlarında nefes borusu vasıtasıyla hastaya

hava gönderilmesi gerektiğini beyan etmesiyle başlar (72,73). Bidirilen ilk raporlarda suni solunum sağlam bir kişinin hastaya ağızdan ağıza solunum yaptırması olarak bildirilmiştir. 18. yy' da boğulma vakalarında ağızdan ağıza yapılan yapay solunum birinci basamak tedavi olarak kullanılmıştır (69).

Mekanik ventilatörlerin gelişiminde ilk olarak negatif basınçlı ventilatörler rol oynamıştır. Mekanik ventilatör uygulamalarının temelini oluşturan negatif basınçlı ventilatörler 1832 yılında Dalziel tarafından geliştirilmiştir. Hastaların sadece kafasının dışarıda olduğu, manuel el ve ayak kullanılarak çalıştırılan negatif basınçlı ventilatörler Drinker ve Shaw tarafından 1929 yılında geliştirilerek çelik akciğer görüntüsünü almıştır (71,74). 1930'lu yıllarda Amerika'da epidemik olarak görülen polio hastalığından sonra geniş olarak kullanım alanı bulan negatif basınçla çalışan bu makine, çalışma mekanizmasıyla spontan solunumla benzerlik göstermesine rağmen, çok fazla yer kaplaması, hasta ihtiyaçlarının karşılanmasının zorluğu, hasta entegrasyonun iyi olmaması ve hastanın rahat etmemesi, negatif basınç sebebiyle dolaşımı etkilemesi gibi yan etkilere de sahip olduğu saptanmıştır (73).

1950'li yıllarda Skandinavya'daki polio salgınında ise endotrakeal entübasyon ve trakeostomi ile uygulanabilen pozitif basınçlı ventilasyon üretildi. Günümüzde kullanılan modern pozitif basınçlı ventilatörler 1960-1970'li yıllarda üretildi. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte günümüzde kullanılan modern ventilatörler daha sonraki yıllarda ortaya çıktı (72,73).

2.2.3.Mekanik Ventilasyon Amaçları

Mekanik Ventilasyon'un genel amacı; solunum yetersizliği olan hastalarda, solunum işlevi düzelene kadar istediğimiz parametrelere göre, cihaz desteği ile vücut, organ ve dokularına oksijen transferini sağlamak ve oksijenizasyonu arttırmaktır (75). Ayrıca hastayı dinlendirmek, yaşam kalitesini arttırmak, hayatta kalmayı sürdürmek, solunum komplikasyonlarını önlemek ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla MV'den yararlanılır.

Fizyolojik Amaçları

- Akciğer gaz değişimini desteklemek veya sağlamak,
- Akciğer volümünü arttırmak,
- Solunum işini azaltmak veya ortadan kaldırmaktır (Solunum kaslarını dinlendirmek.) (71).

Klinik Amaçları

- Hipoksiyi iyileştirmek ($spO_2 > \%90$),
- Akut solunumsal asidozu düzeltmek,
- Solunum kaslarının güçsüzlüğünü düzeltmek,
- Atelektazileri önlemek veya ortadan kaldırmak,
- Solunum kasları yorgunluğunu ortadan kaldırmak,
- Sedasyon veya kas gevşemesine izin vermek,
- Sistemik veya miyokardiyal oksijen tüketimini azaltmak,
- Kafaiçi basıncı düşürmek,
- Toraks duvarını stabilize etmektir (Yelken göğüs) (71).

2.2.4. Mekanik Ventilasyon Endikasyonları

Teknolojinin gelişmesi ve insan fizyolojisinin daha iyi anlaşılmasıyla, mekanik ventilasyon, yoğun bakım ünitelerinde tedavide başvurulmuş en sık yöntemlerden biri olmuştur (76) Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların MV desteğine ihtiyacı olup olmadığı her gün subjektif kriterler ve objektif ölçümler ile değerlendirilmektedir (2,8).

Temel olarak yetersiz oksijenizasyon ve/veya yetersiz alveoler ventilasyon nedeni ile oluşan akut veya kronik solunum yetmezliğinde, medikal tedaviler ile kontrol altına alınamayan hipoksemi ve/veya hiperkapniyi düzeltmek için MV ile hasta solunumunun desteklenmesi gerekmektedir (1,77). Yoğun Bakım Ünitesi'nde bireyin solunum gücüyle yaşaması, solunum aktivitesinde yardımcı araç-gerece, MV destek tedavisine gereksinimi, solunum/dakika sayısı, saturasyonu, uygulanan MV cihazına uyum durumu, MV cihazında hangi solunum modunda takip edildiği, trakeal

sekresyonların niteliği MV’ dan ayrılabilme vb. durumu günlük olarak değerlendirilmektedir (2,8,61,78).

MV endikasyonları reversibl solunum yetmezliği olup ventilasyona ve oksijenizasyon yetmezliğine bağlıdır. MV uygulaması ile birçok farklı patolojilerden kaynaklanan ventilasyon bozukluğuna bağlı olarak gelişen solunum yetmezliği ve akciğer patolojilerinden kaynaklan oksijenizasyon yetmezliğine bağlı olarak gelişen solunum yetmezliği tedavi edilebilmektedir (79).

Genel Fizyo-patolojik Endikasyonlar;

- Solunum durması,
- Ciddi solunum yetmezliği klinik bulguları (bilinç kaybı, hızlı yüzeysel solunum, zorlu solunum.)
- Yetersiz alveolar ventilasyon,,
- Yetersiz arterial oksijenizasyon,
- Solunum patterni veya fonksiyonunun kontrol edilmesi gereken durumlar,
- Tanısal, cerrahi ve terapötik işlemlerdir (80) .

Sık Rastlanan Klinik Endikasyonlar;

- Sepsis,
- Pnömoni,
- Serebrovasküler Olay (SVO) ile birlikte bilinç bozukluğu,
- Aspirasyon pnömonisi veya aşırı sekresyon,
- KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) Alevlenmesi,
- Kardiyopulmoner Arrest,
- Kardiyojenik Pulmoner Ödem,
- GIS Kanama,
- Pulmoner Emboli,
- ARDS (Akut Respiratuar Distres Sendromu)
- Göğüs-Kafa Travmasıdır (81).

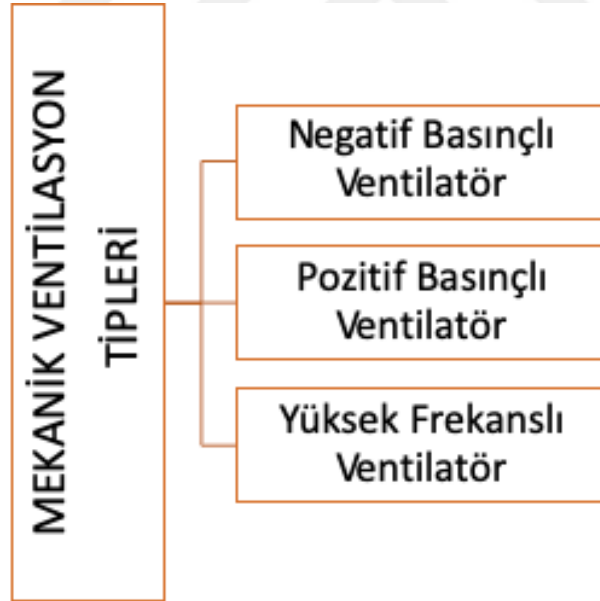
2.2.5. Mekanik Ventilatör Tipleri ve Modları

2.2.5.1. Mekanik Ventilatör Tipleri

Bu bölümde mekanik ventilatör tiplerine değinilmiştir.

a) Negatif Basınçlı Ventilatör

Akciğerlerin işleyişini taklit eden negatif basınçlı ventilatörlere tank ventilatör veya çelik akciğer örnek verilebilir. Torasik bölge veya vücudun tümü negatif basıncı sağlayan hava geçirmez bir tankın ya da yeleğin içine yerleştirilerek, toraks çevresinde ventilatör tarafından negatif basınç oluşturulur. Oluşturulan basınç ağız basıncına göre daha negatif hale geldiğinden göğüs duvarını geçer, intra pulmoner ve alveolar boşluğa yansır. Torasik bölgedeki negatif basınç kaldırıldığında ekspirasyon meydana gelir ve havanın dışarı doğru akımı sağlanır. Negatif basınçlı ventilatörler endikasyon yoksa çok sık tercih edilmemektedir (82–84)(Şekil 1).



Şekil 1. Mekanik Ventilatör Tiplerinin Sınıflandırılması

b) Pozitif Basınçlı Ventilatör

Pozitif basınçlı ventilatörde, Hava yolu basıncı atmosfer basıncının üzerine çıkarılır. Bu sayede inspiratuvar gaz akımı sağlanan ventilatör hava vermeye başladığında basınç değeri ağızda pozitif, alveolde sıfırdır. Basınç farkından dolayı

hava alveollere ulaşır ve pozitif bir basınç oluşur. Oluşan bu basınçla inspirasyon gerçekleşir ve inspirasyon sonunda basınç uygulaması durur. Ağız basıncı sıfıra düşer. Alveoler basıncın hala pozitif olmasından kaynaklanan basınç farkından dolayı hava dışarı çıkarak ekspirasyon gerçekleşir. Rutin uygulamalarda pozitif basınçlı ventilatör daha sık tercih edilmektedir (Şekil 1). Pozitif basınçlı ventilatörün üç çeşidi bulunmaktadır;

Akciğerlere göre yapılan ayarlamalar basınç limitine bağlı ise **basınç hedefli (pressure support ventilasyon-psv)**, ventilasyon hacmine bağlı ise **volüm hedefli**, inspirasyon zamanına göre ise **zaman hedefli** olarak adlandırılmaktadır. Gaz akışı bağımlı olduğu hedefe ulaşınca kadar devam eder ve istenen hedefe ulaşıldığında inspirasyon durur ve ekspirasyon başlar.

c) Yüksek Frekanslı Ventilatör

Hastanın ventilasyonu için gerekli olan dakika volümü, düşük ventilasyon volümü ve yüksek ventilasyon hızları kullanılarak sağlanmaktadır (Şekil 1). Üç temel yüksek frekanslı ventilasyon modeli vardır; solunum hızı 60 ile 100 solunum/dk ayarında **yüksek frekanslı pozitif basınçlı ventilasyon (HFPPV)**, solunum hızı 100'den 400-600 solunum/dk."ya kadar değişen ayarda **yüksek frekanslı jet ventilasyon (High Frequency Jet Ventilation- HFJV)**, solunum yaklaşık 4000 solunum/dk."ya kadar ulaşan solunum hızları ayarında **yüksek frekanslı osilasyon (HFO)** olarak adlandırılmaktadır.

2.2.5.2. Mekanik Ventilatör Modları

Mekanik ventilatörün solunum desteğini başlatma şekline göre modlar üçe ayrılır (Şekil 2).

a) Kontrollü Mekanik Ventilasyon (CMV): Ventilatör ayarlanan miktarda tidal volümü ayarlanan sayıda verir. Bu modda hasta solunum siklusunu başlatamaz ve ventilatör ayarlarını değiştiremez. Hastanın spontan solunumunun olmadığı durumlarda kullanılan moddur (Şekil 2).

Zaman Kontrollü Ventilasyon (IPPV); ventilatör hastanın havayollarına belirli zaman aralıkları ile pozitif basınç uygular.

Basınç Kontrollü Ventilasyon (Pressure Control Ventilation- PCV); ventilatör önceden ayarlanan aralıklarla sabit basıncı sabit bir sürede uygular. Kendiliğinden solunumu var olmayan hastalarda, başlangıç modu olarak kullanılmaktadır (82–84).



Şekil 2. Mekanik Ventilatör Modlarının Sınıflandırılması

b) Yardımlı (Asist) Ventilasyon: Ventilatör desteği hastanın kendiliğinden solunumu mevcutsa solunumuyla birlikte eğer yoksa zaman dönüşümlü olarak verilir (Şekil 2).

Asiste Solunum (AV); hastanın solunum çabası ile tetiklenen ve ventilatörün tidal volümü belirlediği ventilasyon modudur. Ventilatörün çalışması zaman-sikluslu değil, hasta-kontrollü hale gelmiştir. Eğer hasta belirli tetikleme kuvveti üretemez ya da solunumu durursa, AV modu, bütünüyle CMV olarak çalışır.

Asiste-Kontrollü Solunum (ACV); hastanın solunum çabası yetersiz olduğunda ventilatör ayarlanan solunum sayısını (frekans) garanti edecek şekilde asiste-kontrollü ventilasyon uygular. Hasta spontan solunum yaptığında ise ventilatör bunu algılayıp önceden ayarlanan volüm ya da basınçta ventilasyon uygular. Uyanık hastalarda uyum zorluğuna neden olabilir (46, 47).

Aralıklı Zorunlu Ventilasyon (IMV); hastanın spontan solunumu asiste edilmez, solunumun olmadığı dönemlerde ventilatörden gaz akımı devam eder. Hastanın spontan solunum çabasını dikkate almaksızın, ayarlanan frekansa göre gaz akışı olur. Ventilatör önceden belirlenen zorunlu solumaları yaptırır ve arada ventilatör desteği olmayan spontan solumaya izin verir. Zaman sikluslu çalışmaktadır (82–84).

Senkronize Aralıklı Zorunlu Ventilasyon (SIMV); ventilatör ayarlanan miktardaki solunumu hastanın solunumuyla senkronize yaptırır. Hasta tetiklemez ise IMV uygulanır. Kontrollü solunum ve spontan solunumdan oluşan kombine bir ventilasyon tipidir. Hastayı solunum işine dâhil etmektedir. Basınç tetiklemeli, akım veya volüm sınırlı bir moddur (82–84).

Basınç Destekli Ventilasyon (PSV); ventilatör hastanın solunum çabasına ayarlanan inspirasyon basıncının verilmesini sağlar. Zaman tetiklemeli ve basınç sınırlı bir moddur. Bu mod senkronize aralıklı zorunlu ventilasyon moduna alternatif olarak veya senkronize aralıklı zorunlu ventilasyon ile birlikte uygulanmaktadır. İnspirasyon hasta tarafından başlatıldığı için hasta konforunun iyileşmesine, sedasyon ihtiyacının azalmasına, daha hızlı ventilatörden ayırmaya yardımcı olur.

Zorunlu Dakika Ventilasyon (Mandatory Minute Ventilation-MMV); ayarlanan tidal volüm ventilatör tarafından pozitif basınçla sağlanır. Hastanın solunum çabası arttığında ventilatör sağladığı desteğin miktarını azaltır (82–84).

c) Spontan Modlar: Yalnızca spontan solunuma basınç desteği verir. Kendiliğinden solunum devam etmiyorsa destek vermez (Şekil 2).

Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı (CPAP); hastanın hava yollarına sürekli olarak çevre basıncı üzerinde basınç uygulanmasıdır. Ayırma için hastayı hazırlamaya yardımcı olur. Kollabe alveolleri açar, FRK'yi artırır, oksijenasyon ve akciğer kompliyansını iyileştirir, minimum akciğer volümünü sürdürerek akciğer hasarı ve ödemi azaltır (82–84).

İki Fazlı Aralıklı Pozitif Hava Yolu Basıncı (Biphasic Positive Airway Pressure-BİPAP); inspirasyon sırasında hastanın solunum çabasıyla

tetiklenen cihaz pozitif basınç uygular, ekspirasyonda hava yolu basıncı istenen sabit düzeyde tutulur. Basınç destekli, akım tetiklemeli bir moddur. BİPAP“da iki farklı basınç, inspiratuvar hava yolu basıncı ve ekspiratuvar hava yolu basıncı ayarlanır (82–84).

2.2.6.Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları

Mekanik ventilasyon, yaşamı destekleyici bir tedavi olmasının yanında hastaya uygun ayarlarda ve dikkatli bir şekilde uygulanmazsa, akciğer ve akciğer dışı komplikasyonlara neden olabilir. Atelaktazi, hipoventilasyon ventilatör ilişkili pnömoni (VIP), ventilatör ilişkili akciğer hasarı, havayolu hasarı, sedasyon ve nöromusküler tedavi gereksinimi, yoğun bakımda kalış süresinde artma, maliyette artış, morbidite ve mortalitede artış gibi istenmeyen ciddi sorunlar oluşabilir. MV uygulamasında, yaygın olarak kullanılan pozitif basıncın fizyolojik etkilerine, O₂ tedavisine, endotrakeal tüpe (ETT) ve trakeostomi kanülüne, ventilatör ayarlarına, veya MV’ye eşlik eden tedavilere (sedasyon gibi) ve girişimlere (nemlendirici devresi gibi) bağlı olarak istenmeyen etkiler görülebilmektedir. MV desteğinin uzaması ile komplikasyon gelişme riskinde artış olmaktadır (85–90). MV uygulanan hastaların devamlı ve dikkatle gözlenmesi, bireysel olarak değerlendirilmesi, hedeflenen yararların en üst seviyede, komplikasyonların ise en düşük seviyede tutulması için çaba gösterilmesi gerekmektedir (90,91).

2.3. KONFOR

2.3.1. Konfor Kavramı

Latince “güçlendirmek” anlamına gelen “confortare” kelimesinden türetilen ve rahatlık anlamına gelen konfor kavramı, Türk Dil Kurumu tarafından ‘günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık’ olarak tanımlanır. Günlük yaşantıda sıklıkla kullanılan konfor ve rahatlama/rahatlatma temel bir insan gereksinimini ifade eder (13,92). Hemşirelikte ise konfor kavramı Florence Nightingale“ den beri sürekli kullanılmış, hemşirelerin görevinin hastanın konforunu sağlamak olduğu ifade edilmiş, eskiden beri hemşirelik bakımının temel yapıtaşlarından biri olarak ifade edilmiştir (93,94). ‘Notes of Nursing’ adlı kitabında konforun öneminden bahseden Nightingale konfor kavramının hemşireliğin ana merkezini ve etik boyutunu oluşturmuş, daha sonraları

zamanla bakımın başarıya ulaşmasını sağlayan temel bir kavram haline gelmiş; beslenme, dinlenme, uyku, arkadaşlık ve anlaşma ile birlikte temel bir gereksinim olarak tanımlanmıştır (95).

2.3.2. Konfor Kuramı

Kolcaba hemşirelik disiplininin en önemli fonksiyonlarından biri olan relaksasyon üzerine temellenen konfor düzeylerini (94); Orlando, Henderson, Paterson ve Zdarek'in konfor kuramlarını sentezleyerek oluşturmuştur (84). Kolcaba konfor kavramı üzerine 15 yıl boyunca yaptığı çalışmalar sonucu konfor kavramını ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak bireysel gereksinimlerin yoğunluğuna göre üç düzeye ve holistik görüş doğrultusunda da fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olmak üzere dört boyuta ayırmıştır (96).

Konfor kuramının gelişimi sırasında Kolcaba dört temel felsefi bakış açısından etkilenmiştir. Bunlar; bütüncüllük, insan gereksinimleri, Murray'ın İnsanda Baskı Kuramı ve üç orta düzey hemşirelik kuramıdır (97,98).

Bütüncüllük; Hemşirelikte bütüncüllük beden, zihin ve ruhun çevresiyle etkileşim içinde olan bakımı olarak kavramsallaştırılmıştır (99). Bütüncüllük kavramı çerçevesinde, bireyin fiziksel yapısıyla iç içe olan mental, spiritüel ve emosyonel yaşantılarının toplamından oluştuğu kabul edilmiştir. Bireyin yaşantısının devamı için sosyal ve çevresel şartlar içinde bulunduğu, etkileri eş zamanlı algıladığı, içe veya dışa dönük tepkiler verdiği açıklanmıştır. Birey temelli bütüncül görüşte, insanın karmaşık uyaranlara bütüncül olarak tepki verdiği, ve bu verilen tepkinin bütüncül olarak değerlendirilmesinin, daha değerli olduğunu ileri sürülmüştür (100).

İnsan Gereksinimleri; Sağlık bakım ortamlarında, bireyin temel gereksinimlerinin karşılanması sonucunda beklenen hedeflere ulaşmak için İnsan gereksinimleri kavramı çerçevesinde bütüncül bakım verilirken, bakım verilen bireylerin bireysel ve kültürel özelliklerini göz önünde bulundurmanın gerekliliği üzerinde durulmuştur (97).

Murray'ın İnsanda Baskı Kuramı; İnsanda Baskı Kuramı 1938 yılında Psikolog Murray ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Murray ve arkadaşları kişilik kuramlarının temel bileşenlerini inceleyen araştırmaları neticesinde İnsanda Baskı Kuramı'na göre insanda baskı oluşturan uyaranlar alfa ve beta baskıları olarak

adlandırılmaktadırlar. Alfa baskısı negatif (zorlayıcı) güçler, pozitif (kolaylaştırıcı) ve etkileşim içinde olan güçlerden oluşur. Bireyin alfa baskısını içinde yer alan güçlerin toplam etkisini algılaması ise beta baskısını oluşturmaktadır. Bireyin bir durum ya da olayın sonucu olumlu algılaması, diğer sonuçların da olumlu olacağı beklentisini güçlendirir. Bunun tersi de geçerlidir.

İnsanda baskı kuramını hemşireliğe uyarladığında; Kolcaba alfa baskısının zorlayıcı güçlerini sağlık bakım gereksinimlerine, kolaylaştırıcı güçlerin sağlık bakım gereksinimlerine etkileşim içinde olan güçleri ise etkileyen değişkenlere (yaş, gelir-gider, sosyal destek vb.) dönüştürmüştür. Beta baskısını oluşturan bireysel algılamayı ise bireyin sağlık bakım ortamındaki bakım gereksinimlerini ve bunların karşılanması için uygulanan hemşirelik girişimlerini algılamasına özelleştirmiştir. Konfor düzeyinde artışın, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlarla karşılıklı etkileşim içinde olduğunu; bu etkileşimin bireyin sağlığını geliştirmek için harekete geçmesini olumlu yönde etkileyeceğini ileri sürmüştür (101,102).

Üç Orta Düzey Hemşirelik Kuramı; Konfor kuramının ilk boyutu içinde ilk aşama olan ferahlama durumu, Orlando'nun 1961 yılında ortaya koyduğu etkileşim kuramından yararlanılarak, sıkıntıdan kurtulma olarak açıklanmıştır. Orlando gereksinimleri olan ve bunlar karşılanmadığında sıkıntı yaşayan bireyi hasta, hastanın gereksinimlerini değerlendirip sıkıntısını giderebilme becerisi olan kişiyi de hemşire olarak konumlandırmıştır(93).

2.3.3. Konfor Kuramının Düzeylerinin İncelenmesi

Konfor kuramı düzeylerine göre incelendiğinde karşımıza ferahlama, rahatlama ve üstünlük boyutları çıkmaktadır.

Ferahlama; bireyin herhangi bir özel gereksiniminin karşılanması sonucu ya da eski vücut fonksiyonlarının yerine gelmesiyle hissettiğidir. Ferahlama hasta gereksinimlerinin karşılanması üzerine odaklanan hemşirelik kuramlarından temelini alır. Orlando'nun teorisi ihtiyaçları karşılanan hastanın hissettiği duygu olarak tanımlanmıştır. Henderson'ın teorisinde ise hastanın 14 temel gereksinimden herhangi birinin karşılanmasıyla hissedilen husus olarak tanımlanmıştır (95,96,103).

Rahatlama; sakinlik, huzur ya da rahatlık durumu olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel ve mental deneyim ile duygulardan ve çevresel faktörlerden etkilenen, bireyin

en etkili performansı gösterebildiği, hastanın rahatladığını ve memnun olduğunu ifade ettiği konfor halidir. Etkili verim alabilmek için gereken konfor halidir ve hastanın gösterdiği görev performansı ile pozitif ilişkili kalıcı bir durumdur. Fiziksel-duygusal birikimler ve çevresel özelliklerden etkilenir (95,96,103).

Üstünlük; bireyin ağrı ya da mevcut problemlerinin atlatılması, sıradan güçlerin artırılması durumu olarak tanımlanan üstünlük, hastanın kendi potansiyeline göre belli zaman ve durumda kendi kaderini kontrol etmesini ve planlamada özgür olmasını, kişinin kendi bakımını planlayıp, yönetmesini hedefler. Konfor gereksinimleri karşılanan birey, konforun üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme seviyesine ulaşabilmektedir. Üstesinden gelme; hastanın olağanüstü performans potansiyelini ortaya çıkarması konusuyla diğer kavramlardan ayrılmasını sağlayan özelliktir. Tüm konfor düzeyleri hastanın verimini olumlu yönde etkiler, teorik olarak güç verici bileşenlerdir (95,96,103).

Konfor kuramını geliştirilirken yola çıkılan varsayımlar; insanların kompleks uyarılara karşı bütüncül tepki verdiği, konforun hemşirelikte istenen bütüncül bir çıktı olduğu, konfor gereksinimi kişilerin karşılamaya çalıştığı temel bir insan gereksinimidir. Bu gereksinimin karşılanması için aktif bir uğraş gerekir. Konforun artması, bireyi tercih ettiği sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlarda bulunması için güçlendirir ve bu davranışlarda bulunmaya cesaretlendirilen bireyler sağlık bakımından memnundur (100).

2.3.4. Konfor Kuramının Boyutlarının İncelenmesi

Fiziksel Konfor; bedensel algılarla alakalıdır. Bireyin fiziksel durumunu dolayısıyla konforu üzerinde etkili olan faktörler dinlenme ve rahatlama, uyku, kişinin hastalığa karşı yanıtları, beslenme düzeyi, atıkların elimine edilmesi ve homeostazis, gibi fizyolojik faktörleri içermektedir. Fiziksel konforu azaltan en büyük etkenlerden biri ise ağrıdır. Yoğun bakımda yatma sebebi olan hastalık, homeostatik dengenin bozulması, pozisyona kaynaklı problemler, mekanik ventilatör gibi girişimsel uygulamalar, bulantı-kusma, üşüme titreme, drenler ve çeşitli kateterler fiziksel konforun bozulmasına neden olabilmektedir (84,95,96,103–106).

Psikospiritüel Konfor; Mental, emosyonel ve spiritüel bileşenler psikospiritüel konforu oluşturmaktadır. Bireyin yaşamına anlam katan öğeler, öz-saygı, benlik

kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma gibi duyguları kapsamaktadır. Örneğin yoğun bakımda tedavi görme, mekanik ventilasyon desteğinde olma başlı başına hastada anksiyeteyi arttırmakta, psikospiritüel konforu azaltmaktadır. Bireyin bilmediği bir ortamda olması, çevresinde tanımadığı kişilerin olması, tedavisinin ne zaman sonlanıp taburcu olacağına ait belirsizlik, endişe, hastanın genel durumundaki ani değişiklikler psikospiritüel konforu azaltan diğer etkenlerdendir (84,95,96,103–106).

Çevresel Konfor; dış etkenler ve dış etkenlerin insan üzerinde olan etkileri şeklinde tanımlanmaktadır. Bu kapsamda aydınlık, gürültü, renk, sıcaklık, güvenilir çevre gibi insanın dış ortamla ilgili kavramlar yer almaktadır. Örneği yoğun bakım ortamında çevresel konforu azaltan faktörler; soğuk ortam, mekanik ventilatör ve infüzyon pompaları gibi cihazlardan çıkan gürültülü sesler, parlak ışık, rahat olmayan yataklardır (84,95,96,103–106).

Sosyokültürel Konfor; Sosyo-kültürel bakımı oluşturan faktörler arasında; bilgi ve danışmanlık, ailenin gelenek, görenek ve dini inançları doğrultusunda bakım verme, kişilerarası iletişimin sürdürülmesi, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi, evde bakımın sağlanması yer almaktadır. Örneğin yoğun bakım ortamında, aile bireylerinden uzak olma, kültürel geleneklere önem verilmemesi, bakımın kalitesinin yetersiz olması, sosyal güvencenin olmaması gibi faktörlerdir. Hemşireler ve sağlık ekibini oluşturan tüm üyeler, hastanın ailesi ve yakınları hassas davranarak konforu arttırabilirler (84,95,96,103–106)(Tablo 1).

Tablo 1: Konforun Taksonomik Yapısı

KONFOR			
	DÜZEYLERİ		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
BOYUTLARI			
Fiziksel			
Psiko-spiritüel			
Çevresel			
Sosyo-kültürel			

2.3.5. Yoğun Bakım Ünitesinde Konfor Düzeyini Etkileyen Faktörler

Yoğun bakım ünitesinde konfor, üniteye yaşanabilecek stresli durumlardan, ortaya çıkabilecek komplikasyonlardan ve yaşanan problemlerden kaçınma, huzur içerisinde olması ve üstesinden gelme gereksinimlerinin karşılanması şeklinde tanımlanabilir. Konfor, YBÜ'deki hasta bireyde beklenen pozitif bir sonuç olarak kabul edilebilir (103).

Yoğun bakım ünitesinde sunulan hemşirelik bakımının kalitesini ölçmek için hasta bireyin konfor düzeyi bir gösterge sayılabilir. Bu nedenle YBÜ'de hemşirelik bakımının kalitesini yükseltebilmek için konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin bilinmesi ve bu faktörlerin düzenlenmesi oldukça önemlidir.

Yoğun bakım ünitesinde konfor düzeyini etkileyebilecek fiziksel, psiko-sprituél, çevresel ve sosyokültürel faktörler;

Fiziksel Faktörler

Yoğun bakım ünitesinde konfor düzeyini etkileyen fiziksel faktörler arasında; homeostatik dengenin bozulması, ağrı, uyku problemleri, yetersiz beslenme, endotrakeal entübasyon, mekanik ventilatör desteğinde olma, endotrakeal aspirasyon ve intravenöz gibi girişimsel uygulamalar, sedasyon için uygulanan ilaçlar, hastanın pozisyonu, boşaltım alışkanlığının değişmesi, immobilizasyon, yaşam aktivitelerinde bağımlılık, bakım ve tedavi sürecinde gelişen komplikasyonlar (basınç yaraları, düşme, enfeksiyonlar vb.) sayılabilmektedir (62,96,107).

Ağrı, YBÜ'de hasta bireyin konforunu bozan en önemli sorun olarak görülmekle birlikte; vücudun belirli bölgesinden kaynaklanan, kuvvetli bir doku hasarına bağlı olan ya da olmayan, bireyin geçmişte edindiği, öznel, primitif koruyucu deneyimleriyle alakalı, rahatsız edici emosyonel bir duyusu, davranış şekli olarak tanımlanmaktadır (108). Yoğun bakım ünitesinde özellikle cerrahi girişim sonrası girişim alanındaki cerrahi yaralar, bireylere uygulanan girişimsel araç-gereçler (arteriyel kateter, santral venöz kateter, pulmoner arter kateteri, idrar sondası, nazogastrik sonda, drenler vb.), uzun süreli immobilizasyon, endotrakeal entübasyon, endotrakeal aspirasyon, mekanik ventilatör desteğinde olma, cerrahi pansuman ve

kateter girişimleri, pozisyon verme, vb. bakım ve tedavi girişimleri hasta bireyin ağrı deneyimlemesine neden olmaktadır (62,95,107,109,110). Ayrıca uzun süre kontrol altına alınamayan ağrının bağışıklık sisteminin baskılanmasına, taşikardi, miyokardın oksijen gereksiniminde artışına, serebrovasküler otoregülasyonda azalmaya, intrakranial basınçta artmaya ve katabolizma sürecinin uzamasına, diyafram ve göğüs hareketinin azalmasına bağlı olarak solunum sistemiyle alakalı birden fazla komplikasyonun gelişmesine; dolayısıyla mekanik ventilasyon desteği sürecinin artmasına ve yoğun bakım sürecinin uzamasına neden olduğu belirtilmektedir (62,109).

Yoğun bakım ünitelerinde hava yolunun kontrolünü sağlamak amacıyla vazgeçilmez bir yöntem olarak uygulanan endotrakeal entübasyonun sağladığı yararların yanı sıra bazı komplikasyonlara da neden olduğu bilinmektedir. Bu komplikasyonlar arasında; aspirasyon, dişlerde hasar, kardiyak aritmi, kollaps, hipoksi, tüpün kaf arkasında biriken sekresyonun yer değiştirmesine bağlı mekanik ventilasyon ilişkili pnömöni riskinde artma vb. sayılabilmektedir (111). Öte yandan YBÜ' de sıklıkla uygulanan endotrakeal entübasyonun, hasta bireylerde anksiyete, konuşamama ve boğulma hissine yol açtığı belirtilmektedir (88) Endotrekeal tüp uygulamalarında, sedasyon gereksiniminde artış, ajitasyon ve hareketliliğe bağlı endotrakeal tüpün spontan veya hasta bireyin müdahalesine bağlı olarak çıkmasıyla kardiyak arrest, ağrı, acı gibi komplikasyonlar ve ölüm gelişebildiği belirtilmektedir (13).

Yoğun bakım ünitesinde konfor düzeyini etkileyen fiziksel faktörlerden biri de immobilizasyondur. Yoğun bakım ünitesinde çok fazla sayıda uygulanan girişimsel araç-gereçler ve hastalık özellikleri hasta bireyleri uzun süre yatağa bağımlı hale getirmektedir. Başkalarının yardımı olmaksızın hareket edemeyen ve yaşam aktivitelerini de bağımlı olarak gerçekleştiren hasta bireylerin konfor düzeyleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Aynı zamanda yatakta uzun süre aynı pozisyonda bırakılan hasta bireylerde; pulmoner komplikasyonlar, kardiyak performans değişiklikleri, basınç yaralanmaları, atrofiler, tromboembolik komplikasyonlar, anemi, hormonal değişimler, sekresyon birikimi, kas kütlesinde azalma, eklem açıklığı hareketlerinde azalma, basınç yaraları vb. görüldüğü belirtilmektedir (112,113).

Yoğun bakım ünitesinde konfor düzeyini etkileyen diğer fiziksel faktör uykusuzluktur. Uykusuzluk, YBÜ’de yaygın olarak görülen hasta birey için önemli bir sorundur. Uyku bireyi stres ve problemlerden uzaklaştıran ve rahatlatan, ruhsal ve fiziksel açıdan yenilenmesini sağlayan iyileşme ve sağlık için gerekli bir süreç olarak tanımlanmaktadır (62,96). Uykusuzluğa neden olan faktörler arasında; YBÜ’de gece ve gündüz zaman kavramının olmaması, YBÜ’nün fiziksel ortamı (ışık, ısı, gürültü, hoş olmayan kokular vb.), bakım ve tedavi uygulamalarının gece yapılması, hasta bireyin ağrı deneyimlemesi, ilaç uygulamaları vb. sayılabilmektedir. Uykusuzluk sonucu bireylerde bilişsel işlevlerde bozulma, yara iyileşmesinde gecikme, konfüzyon, deliryum, depresyon görülebilmektedir (114,115). Ayrıca uykusuzluğun kardiyovasküler sistem fonksiyonlarını etkilemesi neticesinde; aritmi, gece saatlerinde kan basıncının yükselmesi, kalp yetmezliğinde kötüleşme ve ölüm; solunum sistemini etkilemesi neticesinde de üst hava yolu kas gücünde azalma, mekanik ventilasyon desteğinden ayrılamama gelişebilmektedir (62,96). Uğraş ve Öztekin’in yaptıkları çalışmada; nöroşirürji YBÜ’de hasta bireylerin %78,6’sının uykusuzluk sorununu deneyimledikleri ve uykusuzluğa neden olan faktörler arasında ise en sıklıkla immobilizasyon (%63,6) ve ünitenin gürültüsü (%57,6) sayılmaktadır (115).

Psiko-spiritüel Faktörler

Teknolojik araç-gereç ve bilinmeyenlerle dolu bir yer olan YBÜ’de olmak hasta bireyler için tamamen bir anksiyete kaynağı olarak tanımlanır ve YBÜ’de konforu olumsuz yönde etkileyen psiko-spiritüel faktörlerin başında gelmektedir. Yoğun bakım ünitesinde anksiyeteye neden olan faktörler arasında; başlıca fiziksel kontrolün kaybı, hastalığın ciddiyetini algılama, özellikle mekanik ventilasyon gibi solunum desteği nedeniyle iletişim problemleri, yeteri kadar olmayan ağrı yönetimi, yer/zaman oryantasyon kaybı, çevresinde bulunan kötü kokular, gürültü, çalışanların bireyleri ile kötü iletişim kurması, hasta bireyin yanında ünite çalışan sağlık bakımı ekibinin konuşması, her türlü konu ve girişimle alakalı bilgilendirilmeme, hastalık süreci ile ilgili belirsizlik, uyku örüntüsünün bölünmesi, beden imajının zedelenmesi, kendisine olan güvenin yitirilmesi, ilişkilerde değişiklikler, yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olma, kötüye giden hastalık süreci, korku, hasta bireyin genel durumunda ani değişimler sayılmaktadır (62,96,103,116).

Çevresel Faktörler

Yoğun bakım ünitesinde konforu etkileyen çevresel faktörler arasında; YBÜ'nün ısısı, aydınlatması, üniteye duvarların rengi, ünitenin penceresinden görülen manzara, üniteye gürültü, hasta yatakları, ünitenin giriş kapısında yer karşılama notu, vb. sayılmaktadır (96,104,117). Yoğun bakım ünitesindeki klimalı soğuk ortam, mekanik ventilatör ve infüzyon pompası gibi elektronik aletlerin çıkardığı gürültü, kargaşa, kaos, çok parlak ışık, hoş olmayan kokular, hasta bireyin mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan sedye ve yataklar YBÜ'ye kabul edilen hasta bireyin konforunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (96,103). Bu faktörlerden gürültü YBÜ'de konforu etkileyen en önemli çevresel faktörlerden biri olarak görülmektedir.

Gürültü, istenmeyen ses, bireyin/grubun fizyolojik ve psikolojik boyutlarını olumsuz yönde etkileyebilen ses; hasta bireyde rahatsızlığa neden olan çevresel zarar/tehlike olarak tanımlanmaktadır. Gürültülü bir YBÜ ortamının uyku bozukluğu, yara iyileşmesinde gecikme ve sempatik sinir sisteminin aktivasyonuna yol açtığı, hatta işitme kayıplarına, vertigo, ajitasyon, yorgunluk, mide ve duodenal ülser vb. gastrointestinal sorunlara, kardiyak aritmi, sinir sistemi bozukluklarına, psikişik sorunlara ve YBÜ'de kalma süresinin uzamasına neden olabileceği belirtilmektedir (72,118–120).

Yoğun bakım ünitesinde kullanılan tüm teknolojik araç-gereçlerin, hasta bireye takılı bulunan göğüs tüplerindeki su seslerinin, çalan telefonun, üniteye kapıların açılıp kapanmasının, sürekli çalan monitör alarmlarının gürültüye neden olduğu bilinmektedir. Yoğun bakım ünitesinde kayıt edilen gürültü seviyeleri dikkate alındığında; üniteye yere bir şeyler düşürmenin 92 desibel'in (dB(A)) üzerinde, ekipmanların hareketi (ör; yatakların çekilmesi vb.) 90 dB(A), ventilatör alarmlarının 70-85 dB(A), monitör alarmlarının 79 dB(A), IV infüzyon cihazı alarmlarının 65-77 dB(A), aspiratörlerin 50- 75 dB(A) düzeyinde ses çıkarttıkları belirtilmektedir (Pugh 2007). Yoğun bakım ünitelerindeki 55-70 dB(A) arasındaki gürültü seviyesinin normal kabul edilebileceği ancak bu seviyenin 80 dB(A)'in üzerine çıktığında üniteye çalışanlar üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı; hatta aşırı gürültünün işitme kayıplarına bile neden olabileceği ifade edilmektedir (121). Terzi ve arkadaşlarının yaptığı araştırma sonuçlarına göre; YBÜ'deki gürültüye en fazla (n=130, %86,67)

ünitelerde bulunan araç-gereçlerin (aspiratör, ventilatör, infüzyon pompaları, hemofiltrasyon cihazı, pendant fren sistemi) ve çalışanların neden olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada YBÜ'leri arasında gürültü düzeyleri karşılaştırıldığında ise; gürültü düzeyinin en yüksek (71,37 dBA) yeni doğan yoğun bakım ünitesi, en düşük (56,77 dBA) ise aritmi yoğun bakım ünitesi olduğu belirtilmektedir (121).

Sosyokültürel Faktörler

Yoğun bakım ünitesinde hasta bireylerin ailesi ve arkadaşlarıyla sözlü veya sözsüz iletişim kuramaması, yapılan uygulamalarla alakalı yeteri kadar bilgi alamaması, yoğun bakım ortamından ve sağlık problemlerinden kaynaklı toplumdan izole olması sosyokültürel boyutta hasta konforunu etkileyebilmektedir (62,96).

Öte yandan aileden ayrı kalma, YBÜ'de kültürel geleneklere önem verilmemesi, yeteri kadar özenin verilmediği bakım uygulamaları, bakımın sürekliliğinin sağlanmaması, bakımın kalitesinin kötü olması, güvensizlik, hasta bireye/aileye bakım ve tedavi uygulamaları ve tam bir iyileşme için güvence verilememesi, bakım ve tedavi uygulamaları sırasında yapılan tıbbi hatalar, girişimsel işlemler sırasında aseptik tekniğin doğru uygulanmaması, nazokomiyal enfeksiyonlar vb. sosyokültürel faktörler konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (103,122–124).

2.4. MÜZİK

2.4.1. Müziğin Tanımı

İnsanla birlikte var olan, insana has ve insanın doğuştan getirdiği bir davranış biçimi olan müzik dünyanın her yerinde aynı anlamı taşır . Yunanca olan müzik kelimesi, “musica” sözcüğünden gelmiştir. “Musica” Eski Yunanca’da “mousike” veya “mousa” dan alınmıştır ve bu kelimenin “muse – melek” anlamına geldiğini söylenmektedir (41).

Yunan mitolojisinde Apollon liri ustaca çalmasıyla tanınmış ve hem müziğin hem de hekimliğin tanrısı sayılmış lir çalarak insanların sıkıntılarını gidermiş, neşe vermiştir (118). Mitolojiye göre Zeus’un kızları sayılan dokuz peri kızına ‘Mousa’

(Müz) adı verilmiştir. Eski Yunanlar bu peri kızlarının tüm dünyanın güzelliklerini ve ahengini düzenlemekle görevli olduklarına inanırlardı. Bu nedenle, günümüzde hemen hemen her dilde yer alan ‘müzik’ ya da ‘musiki’ kelimesinin bu ‘müz’ kökünden geldiği kabul edilmektedir (125).

Müziğin tek bir tanımı yoktur. Genel anlamda müzik, duygu ve düşüncelerimizi sesler yoluyla ifade edebilme sanatıdır (126).

“Müzik, insani olan duyguların ifadesidir.”

Konfüçyüs (M:Ö: 551-479)

“Müzik insanları daha uysal, daha kibar, daha dürüst, daha doğru ve zeki yapar.”

Martin Luther (1483-1546)

“Müzik, ruhsal yaşamla beden arasında bir aracıdır ve insanı tanrıya en fazla yaklaştıran, tüm bilgilerin ve tüm felsefelerin üzerinde olan bir şeydir.”

Beethoven (1770-1827)

“Müzik duyguların haykıran sesidir.”

Cenab Şehabettin (1870-1934)

İki milyon yıllık bir geçmişi olduğu kabul edilen insanoğlu, bir “ses evreni”nin içinde doğar, bu ses evreniyle iç içe yaşar ve algıladığı seslerle sürekli etkileşim içinde bulunur. İnsan biyo-psişik, kültürel ve toplumsal bir organizmadır. Dolayısıyla var olduğu çağlardan beri algıladığı sesleri çözümleyip değerlendirmiş ve giderek sesleri bir anlatım biçimine dönüştürmüştür. Seslerle gerçekleştirilen bu anlatım sanatıdır aslında müzik (127,128).

Meriam’a göre müzik, bir kültürün cinsellik, kadın-erkek ve çocukların toplumdaki yeri, dini değerler ve iş ahlakı gibi davranışlarını ve değerlerini yansıtır (129,130).

Müzik, insanlarda hipnoz hali oluşturarak etkilemiştir. Zaman zaman kitlelere yön vermiştir. Pek çok medeniyetlerde dini duyguların güçlenmesinde, hastalıkların tedavisinde duyguları yoğunlaştıran bir özelliğe sahip olduğu için müzik oldukça yaygın bir yöntem olarak kullanılmıştır (131).

Müzik, ruh hallerini ve duyguları rahatlatıcı ve canlandırıcı özelliktedir. Gerçek ruh halini yükseltip doruk noktasına getirebilir ya da onu silip giderebilir. Müziğin bu özellikleri birer terapi faktörü sayılmaktadır (125).

2.4.2. Müzik Terapisi

Müziği ve onun fiziksel, duygusal, mental, sosyal, estetik ve spiritüel olmak üzere tüm yüzlerini, kişinin sağlığını düzeltmek veya geliştirmek için kullanılmasıdır. Diğer bir deyişle enstrümantal seslerin ve melodilerin fizyolojik ve psikolojik etkilerini bireylerin rahatsızlıklarına göre uyarlayarak, belirli bir yöntemle yapılan tedavi şekline müzik terapi denilmektedir (38). Müziğin dili evrensel olduğu için iyileştirici ve tedavi edici özelliği tarih boyunca görülmüştür.

Dünya Müzik Federasyonu'nu müzik terapisini şöyle tanımlamıştır; bir müzik terapistinin, birey ya da bireylerle, fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve bilişsel ihtiyaçlarını karşılamak için, iletişim, öğrenme, ifade ile ilgili terapötik hedefleri kolaylaştırmak ve teşvik etmek için müzik ve \veya müzik öğelerinin kullanılmasıdır (44)

Amerikan Müzik Terapi Birliği (1980) müzik ile tedaviyi; “Zihin ve fizik sağlığının kazanılması, sürdürülmesi ve düzeltilmesi için tedavi edici hedeflere ulaşmada uzmanlar tarafından müziğin sistemli bir şekilde kullanımı” olarak tanımlamıştır. 1997 yılında ise müzik ile tedavi; “İhtiyaç duyan bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan bir uzmanlık dalı” şeklinde tanımlanmış, geleneksel tıp uygulamalarına uygun bilimsel tedavi yöntemi olarak kabul görmüştür (132).

Grocke (2008) müzik tedaviyi, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için planlanmış müzik aktivitesinin uygulanması olarak tanımlarken , Peng (2009); müzik dinlenmesi yoluyla gevşemeyi sağlama yaklaşımı olarak tanımlamıştır. Yang (2009) ise müzik tedaviyi terapistler yardımıyla gerçekleştirilen sistematik bir süreç olarak görmektedir (133–135).

2.4.3. Müzik Terapinin Tarihsel Gelişimi

Müzik insanlık tarihindeki kültür öğelerinin başında gelir. Dolayısıyla müzik terapi aslında kültürel bir etkileşim aracı olarak insanların ruhuna ve kişiliğine hitap ederek önemli bir vizyonu da üstlenmektedir. İnsanlara keyif verme aracı olduğu kadar, onların sıkıntılarını çözmede de önemli bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle müzikle tedavinin kültür tarihi içindeki yeri de çok önemlidir (125,136).

‘Musik’ kelimesi ilk defa İ.Ö. 476 ‘da Pindar’ın Odes’inde lirik güftede adı geçmiştir. Orta Çağdan daha eski zamanlarda tam olarak nasıl uygulandığı bilinmese de müziğin iyileştirici ve sakinleştirici niteliklerinin kullanıldığı bilinmektedir. Bu bilgiyi açık bir şekilde İncil kaynaklı bazı yazılarda, eski medeniyetlere ait tarihi yazıtlarda görebiliyoruz. Örneğin Mısır, Çin, Hindistan, Yunan, Roma medeniyetlerinin tarihi yazıtlarında bu bilgiler mevcuttur (137).

İnsanlar müziğin rahatlatıcı, yaşama renk katan bir işlevi olduğuna eski çağlarda da inanmış ve müziğin de hastalıkların tedavisinde etkili olabileceğini düşünmüştür (138).

Orta Asya Türkeri’nde ise pentatonik (beş seslilik) bir karakter arz eden müzik, kopuz ya da saz kullanılarak tedavi etme, kuvvet verme, sakinlik sağlama, birlik-beraberlik duygularını arttırma, orduyu cesaretlendirme gibi amaçlara hizmet etmiştir. Müzik İslam dünyasında genel anlamda Emeviler döneminde içtimai hayata girmiş, bir meslek statüsünde değerlendirilmiştir. Abbasiler döneminde ise müzik, icra anlamında aynı konumunu muhafaza ederken; bu dönemde kurulan “Beytü’l-Hikmelerin” öncülüğünde gerçekleşen tercüme faaliyetleri neticesinde İslam dünyası, müzik nazariyatı ile ilgili ilmi eserlerle tanışmaya başlamışlardır (139). İslam Medeniyeti tarihinde özellikle tasavvuf ekolü mensupları (sufiler) müzikle uğraşmış, müziği kullanmışlardır ve savunmuşlardır. Sufiler, akli ve asabi hastalıkların müzikle tedavi edildiğinden bahsetmişlerdir. Bu dönemde yaşamış büyük Türk-İslam âlimleri ve hekimleri Zekeriya Er Razi (854–932), Fârâbi (870– 950) ve İbni-i Sina (980–1037) müzikle tedavinin bilhassa müziğin psişik hastalıkların tedavisinde nasıl kullanılacağına ilişkin ilmî esaslarını kurmuşlardır (140).

Fârâbi 'ye göre makamların ruha olan etkileri incelendiğinde;

- ⇒ Rast makamı: insana sefa (neşe-huzur) verir.
- ⇒ Rehavi makamı: insana beka (sonsuzluk fikri) verir.
- ⇒ Kuçek makamı: insana hüzn ve elem verir.
- ⇒ Büzürk makamı: insana havf (korku) verir.
- ⇒ Isfahan makamı: insana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.
- ⇒ Neva makamı: insana lezzet ve ferahlık verir.
- ⇒ Uşşak makamı: insana gülme hissi verir.
- ⇒ Zirgüle makamı: insana uyku verir.
- ⇒ Saba makamı: insana cesaret, kuvvet verir.
- ⇒ Buselik makamı: insana kuvvet verir.
- ⇒ Hüseyini makamı: insana sükûnet, rahatlık verir.
- ⇒ Hicaz makamı: insana tevazu (alçakgönüllülük) verir (137).

Buna ek olarak Dr. Willer Van de Wall, ABD'de müzik ile tedavi uygulamasında ilk girişimleri başlatanlardır. 1920 yılında Pennsylvania ve New York' ta hastane ve hapishanelerinde, müziğin insan ruhu üzerine etkilerini araştırmıştır. Tüm bu çabalara rağmen Altshuler, 1947'de Michigan Devlet Hastahanesinde müziği bir tedavi programına ancak sokabilmiştir. (141).

2.4.5. Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Konfor Düzeyine Etkisi Üzerine Yapılan Çalışmalar

Mekanik ventilasyon yoğun bakım ünitelerinde hastalara solunumu sürdürme, akciğer ekspansiyonu sağlama, anestezi ve sedasyonu kolaylaştırma desteği amacıyla yapılan bir girişimdir (8–10). Solunum sıkıntısı olan hastalar genellikle yoğun bakımda kaldıkları süre içinde mekanik ventilatöre gereksinim duyarlar (11). Mekanik ventilasyonda amaç hastanın yaşamını tehdit eden semptomları iyileştirmek, hastanın rahatsızlıklarını azaltmak ve solunum kaslarının yorgunluğunu engellemektir (12). Fakat bu gereksinim belirli bir süre mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda; uykusuzluk, ajitasyon, ağrı, duyuşal yüklenme, hareketsizlik, gürültü, yalnızlık,

güçsüzlük, duyuşal yoksunluk gibi birçok konforu bozan fizyolojik ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır (3).

Chlan'ın 1998 yılında yaptığı araştırmada; mekanik ventilatör bağı olan hastalara yarım saat süreyle kulaklıkla rahatlamalarının sağılayan bir müzik türü dinlettirilmiştir. Bu çalışmada müzik, rahatlamalarını sağılamak ve anksiyeteyi azaltmak amacıyla nonfarmakolojik bir hemşirelik girişimi olarak kullanılmıştır (49).

Chlan ve arkadaşlarının (2001) mekanik ventilatörde olan hastalarda müziğin anksiyete üzerindeki etkisini değıerlendirmek için yapılan çalışmada hastalara 60-80 dakika boyunca müzik dinletilmiştir. Hastaların anksiyetesi, görsel analog skala (VAS-A) ve hemodinamik parametrelere göre değıerlendirilmiştir. Çalışma sonucuna göre; müzik terapinin fizyolojik parametre bulgularını ve anksiyete düzeyini azalttığı belirlenmiştir (142).

Wong ve arkadaşları (2001) tarafından mekanik ventilatöre bağı olan hastalarla müzik tedavinin anksiyetenin üzerinde etkisini değıerlendirmek için yaptığı çalışmada; hastalara 30 dakika süresince kulaklık yoluyla müzik dinlettirilmiş, ön test ve son test yöntemi ile hastaların anksiyete düzeyleri Durumluluk-Sürekli kaygı envanteriyle ve hemodinamik parametrelerden kan basıncı ve solunum hızında değıişim olup olmadığını saptamıştır. Çalışma sonucunda; müzik terapinin mekanik ventilatöre bağı olan hastaların anksiyetesini azaltan noninvaziv bir hemşirelik girişimi olarak tanımlanmıştır (46).

Iriarte (2003), mekanik ventilatör desteğindeki hastaların iyileşmesine ve anksiyetesine müzik terapi uygulamasının etkisiyle ilgili yayınlanan çalışmalar incelendiğinde; müzik terapinin anksiyetenin fizyolojik değıerleri üzerindeki etkisi hemodinamik parametreler ölçülerek değıerlendirilmiştir. Müzik terapinin mekanik ventilatör desteğinde olan hastaların anksiyete seviyesini azalttığı saptanmış ve müzik terapi komplikasyonu olmayan, uygulanabilir bir girişim olarak tanımlanmıştır (143).

Almerud ve Petersson (2003) tarafından yoğun bakımda mekanik ventilatör desteğinde hastalara 30 dk süresince müzik dinletilerek müziğin etkisinin incelendiğı araştırma sonucunda; müzik terapinin anksiyeteyi azaltılmasında ve gevşemeyi sağılamasında alternatif bir tedavi yöntemi olduğı saptanmıştır (43).

Malathum (2004) yaptığı çalışmada, mekanik ventilatör desteğindeki hastalarda müzik terapinin anksiyete üzerine etkisinin kan basıncı, nabız ve solunum

hızı üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. 20 hastaya 30 dakika boyunca dinlettirilen müziğin sonucunda hastaların anksiyete düzeyinin ve fizyolojik bulguların azaldığı saptanmıştır (144).

Lee ve arkadaşları (2005) mekanik ventilatöre bağlı olan hastalara 30 dakikalık müzik uygulaması yaparak hastaların anksiyetesinin fizyolojik bulguları incelenmiştir. Bu çalışma ile hastaların anksiyete düzeyinde ve fizyolojik bulguların değerlerinde azalma olduğu saptanmıştır (145).

Tsay ve arkadaşları (2005) müzik terapinin YBÜ’de mekanik ventilatör desteğindeki hastaların konfor düzeyine etkisi, hemodinamik parametreler, anksiyete ve konfor skalaları aracılığıyla değerlendirmiş ve müzik terapinin hastaların konforunu artırdığını saptamışlardır (146)

Besel (2006) tarafından mekanik ventilatör desteğindeki hastalarda müzik terapinin hastaların konfor düzeyine etkisinin incelendiği çalışmada hastaların fizyolojik parametrelerine, anksiyete ve konfor skalaları değerlendirilmiştir. Bu araştırma sonucu, müzik terapinin hastaların konfor düzeyini artırdığı saptanmıştır (147).

Chlan ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada mekanik ventilatör desteğindeki hastalara terapötik etkisi olan müzik dinlettirilmiştir. Çalışma sonucunda dinlettirilen müziğin, hastaların ağrı şiddetini ve fizyolojik parametrelerini azalttığı saptanmıştır (148).

Bradt ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada mekanik ventilatöre bağlı hastalara müzik dinlettirilmiştir. Bu çalışma sonucunda; müziğin solunum hızı, sistolik kan basıncı değerlerini düşürdüğü, sedatif ve analjeziklerin kullanımını azalttığı saptanmıştır (149).

Chlan ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada mekanik ventilasyona bağlı yoğun bakım hastalarına (n=126) uygulanan müzik terapi sonucunda; müziğin anksiyete düzeyinde ve sedasyon uygulanma sıklığında azalma olduğu saptanmıştır (150).

Saadatmand ve arkadaşları (2013) yapmış olduğu randomize kontrollü deneysel bir çalışmanın örneklemini 60 hasta (30 uygulama ve 30 kontrol grubu) oluşturulmuştur. 90 dakika boyunca dinletilen doğa temelli müziğin mekanik

ventilasyon desteğinde olan hastalarda sistolik ve diyastolik kan basınç değerini, anksiyete, ajitasyon seviyelerini düşürdüğü saptanmıştır (10).

Yılmaz ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir pilot çalışmada, yoğun bakımda mekanik ventilatöre bağlı yetişkin yaş grubu hastalara 60 dk süreyle Klasik Batı Müziği eserleri kulaklıkla dinlettirilerek, hastaların sedasyon ihtiyacına ve yaşam bulguları üzerine etkilerini incelenmişlerdir. Bu araştırma sonucunda müzik terapinin hastaların sedasyon ihtiyacını azalttığı, yaşam bulgularını olumlu derece de etkilediğini belirtmişlerdir. Müzik terapi, psikolojik belirtilerden kaynaklı bozulmuş yaşamsal bulguları düzenlemede, kullanılan sedasyon miktarında azaltmada terapötik bir araç olarak kullanılabileceğini ve müziğin yan etkisinin olmaması, ucuz ve kullanım açısından kolay olmasından dolayı hemşireler tarafından klinik uygulamalarda nonfarmakolojik bir girişim olarak kullanılabileceğini bildirmişlerdir (151).

Aktaş ve Karabulut (2016) tarafından yapılan, mekanik ventilatöre bağlı olan hastaların aspirasyon işleminde uygulanan müzik terapinin örneklemi 66 hasta (33 uygulama grubu, 33 kontrol grubu) oluşturmuştur. Uygulanan müzik terapi sonucunda endotrakeal aspirasyon öncesi, sırası ve sonrası ağrı düzeyinin azaldığı saptanmıştır (6).

Liang ve arkadaşları (2016) yapmış olduğu çalışmada mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara 3 gün boyunca müzik dinlettirilmiş olup uygulamanın ikinci gününden itibaren müzik uygulanan grupta nabız hızı, solunum hızı ve anksiyete düzeyinde anlamlı bir düşüş olduğu saptanmıştır (152).

Lee ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada yoğun bakım kliniğinde mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalar rastgele uygulama (n= 41) veya kontrol grubuna (n= 44) atandı. Müzik uygulama grubu 30 dk boyunca müzik dinledi; kontrol grubu hastalarına ise kulaklık takıldı, ancak aynı 30 dakika boyunca müzik duymadı. Bu çalışma sonunda müzik uygulamasının sistolik kan basıncı değerini, nabız hızını ve anksiyete düzeyini düşürdüğü belirtilmiştir (153).

Li ve ark., (2017)'de yapmış olduğu çalışmada hastalara uygulanan müzik terapinin ağrı düzeyini, kalp atım hızını azalttığını ifade etmiştir (154).

Aktaş ve Karabulut (2019) yapmış olduğu çalışmada Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeğini (CPOT) kullanarak müzik öncesi ağrı skorları yüksek olup müzik grubundaki hastalara endotrakeal işleminden 20 dakika önce, sırasında ve 20 dakika sonra müzik terapisi uygulanmıştır. Müzik terapi sonunda uygulama grubundaki bireylerde her iki ağrı skorlarında ileri derecede düşüş olduğu saptanmıştır (155).



BÖLÜM III

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapi ve ses izolasyonunun konfor düzeyine olan etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak yapıldı.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde Kasım 2019 ile Ocak 2020 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde Kasım 2019 ile Ocak 2020 tarihleri arasında yatmakta ve mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde Kasım 2019 ile Ocak 2020 tarihleri arasında yatmakta olan, mekanik ventilasyon desteğinde olan, yetişkin yaş grubu (18-85 yas arası), nörolojik ve psikiyatrik hastalık tanısı olmayan, sedasyon, anksiyolitik ve analjezik tedavisi almayan, hemodinamik stabilliği olan, mekanik ventilatör modları aynı olan, Glasgow Koma Skalası puanı 9 ve 9'un üstünde olan ve Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği (CPOT) göre ağrısı olan ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği'ne göre anksiyetesi olan hastalar oluşturdu.

3.4. BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN

3.4.1. Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız hızı ve solunum hızı, Oksijen Satürasyonu Değeri, Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk), Glasgow Koma Skalası puanı, Yoğun Bakım Ağrı Gözlemi Ölçeği “Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) ağrı puanı ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme ölçeği puanlarıdır.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi ve yoğun bakımda yatış günüdür.

3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri; bilinci kapalı hastanın ise ailesinden yazılı onam alındıktan sonra hastalara “Hasta Tanıtım Formu”, “Glasgow Koma Skalası”, “Hasta İzlem Formu”, “Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği” (CPOT), Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği uygulanarak toplandı.

Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen hasta tanıtım formunda; hastanın tanısı, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni hali, mekanik ventilatöre bağlanma günü, yoğun bakımda kalma süresi, Glasgow Koma Skalası puanı, Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği (CPOT) ağrı skoru ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği skoru olmak üzere toplam on sorudan oluşan hastalara ilişkin sorular yer almaktadır (EK I).

Glasgow Koma Skalası

Hastanın bilinç durumunun değerlendirilmesini yapmak için Taesdale ve Jennett (1974) tarafından geliştirilen bir skarlama sistemidir. Yoğun bakım kliniğinde en sık kullanılan skarlama sistemi olup hastanın kliniğe kabul esnasında ve klinik seyri boyunca kolay ve kullanışlı bir skaladır (156–158). Glasgow Koma Skalası; göz açma, sözel ve motor cevap olmak üzere 3 ayrı bölümde puanlama yapılarak değerlendirilir. Hastanın 3 ayrı bölümde aldığı puan 3 ile 15 arasında değişir (158–160) (EK II).

Hasta İzlem Formu

Hasta İzlem Formunda, hastanın her uygulamaya başlamadan hemen önce 0. dakikada, uygulamanın 30. dakikasında, uygulamasının bitiminde 60. dakikada ölçülen sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı ve oksijen saturasyonunu, Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) ventilasyonu değerleri, Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Formu (CPOT) ağrı skorunu ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği skorunu içeren hemodinamik değerler yer aldı (EK III).

Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği (CPOT)

Orjinal adı “Critical-Care Pain Observation Tool-CPOT” olan Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği, öncelikle Gelinas ve arkadaşları tarafından Kanada’da yoğun bakım hastalarında ağrıyı tanılamak için geliştirilmiş (161) ardından Gelinas ve Johnston tarafından bu formun Fransızca olarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (162). Ülkemizde ise CPOT’un Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gündoğan ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır (111).

Ölçek; yüz ifadesi, vücut hareketleri, kas gerilimi ve entübe hastalar için ventilasyonla uyumu ya da ekstübe hastalar için çıkardığı sesler gibi davranışsal maddeleri ifade eden dört alt ölçekten oluşmaktadır. Bölümlerin her biri 0–2 puan arasında değerlendirilmekte olup toplam puan 0–8 arasında değişmektedir. 3 puan ve üzeri ağrı olarak kabul edilmektedir (111,162) (EK IV).

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği 2005 yılında, sedasyon yönetimin çok önemli olduğu ve diğer sedasyon ölçeklerinin eksikliklerinin olduğu düşüncesiyle yoğun bakım hastaları için geliştirdiği ölçek; sedasyon yönetiminde doğrudan ilgili olduğu düşünülen 5 alt ölçekten oluşturulmaktadır. Bu 5 alt ölçek; bilinç, ajitasyon, anksiyete, uyku ve hasta-ventilatör uyumu şeklindedir.

Ölçek değerlendirilirken, her bir alt ölçek kendi içinde ve 1’den 5’ kadar belirlenmiş bir puanlama sistemiyle değerlendirilmektedir. En iyi durum 1 puan ile en kötü durum ise 5 puanı ile ifade edilmektedir. Her bir alt ölçekten alınan puan 2’den fazla ise bu durum hastanın sedasyon ihtiyacının fazla olduğunu göstermektedir. Relaksasyonun sağlanması için bir girişime gereksinim gereklidir (EK V).

3.5.1. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamasında Kullanılacak Araç-Gereçler

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan rehber de duyma sorunu olmayan bir bireyin cümleyi ve komutları anlaşılabilir bir biçimde tamamlaması için belirtilen gürültü düzeyi 15 ile 18 dB arasındadır . Yoğun bakım ünitelerinde hastalar önemli bir sorun olan gürültünün Dünya Sağlık Örgütü' ne göre hastanelerde gürültü düzeyinin gündüz 35 dB(A), gece 30 dB(A)'i geçmemesi gerektiğini bildirmektedir. Ancak hastaların konforu düzeyini yoğun bakım içerisindeki monitör, ventilatör, infüzyon pompa cihaz alarmları ve havalandırma sistemlerinden kaynaklanan gürültü önemli derecede düşürmektedir.

Tüm bunlar göz önüne alındığında çalışmada kullanılacak olan kulaklık genel ortam gürültüsünü 25-30 db, tiz gürültüleri 40-50 db kadar azaltan özelliktedir.

Araştırmamızda kullanılacak olan kulaklık kulak üzerine yerleştirilen (Over-ear), kulağa temas eden bölgesi dokuyu destekleyen basıncı azaltan malzemelerle kaplı bir süngerden oluşmaktadır. Dışarıdaki sesi, kulaklık içerisinde bulunan HD Gürültü Engelleme İşlemcisi QN1 çipi ile izole etmektedir.

3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

3.6.1. Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalara Müzik Terapinin ve Ses İzolasyonunun Uygulanması

Bu çalışmada, hastalar örnekleme uygun olarak seçildikten sonra her bir hasta kendi deney ve kontrolünü oluşturdu. Ardından hasta yakınlarından yazılı onam alındı. Hastaların deneyimlediği ağrı ve anksiyete durumu değerlendirilip, ilgili ölçeklerin skorları belirlendi. Araştırmanın sınırlılıklarına uyan ilgili hastalara 1 gün boyunca araştırmanın girişimleri uygulandı. Hastalara günün tedavi ve bakım uygulamalarının olmadığı saatte ilgili girişimler uygulandı. Hastaların uygulamalarında MP4 player ve kulaklık aracılığı ile müzik ve ritim uzmanı tarafından özellikleri belirlenmiş, Barok müziğinin öncülerinden biri sayılan Johann Sebastian Bach'a ait bestelenmiş Klasik Batı Müziği, Nihavent makamında bestelenmiş olan Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu sıralarının belirlenmesi için randomizasyon uygulandı. Hasta yakınına yapılacak işlem hakkında bilgi verilip yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra, Ege

Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği yoğun bakım sorumlu hemşiresinden uygulama için hazırlanmış içerisinde nihavent makamında klasik türk müziği, klasik batı müziği ve ses izolasyonu olan uygulamaların seçilebileceği torbanın içerisinde yapılacak uygulamayı çekmesi istendi. Sorumlu hemşirenin çektiği sıralama ile her bir uygulama 60 dakika süre ile uygulandı. Girişimlerden önce hastalara “Hasta Tanıtım Formu” dolduruldu. Her bir girişim öncesi uygulamaya başlamadan önce (0. Dakika) “Hasta İzlem Formu”, “Yoğun Bakım Ağrı Gözlemi Ölçeği (CPOT)”, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği dolduruldu. Kayıt işleminden hemen sonra hastalara belirlenen sıralama ile müzik ve ses izolasyonu uygulamaları yapıldı. Müzik uygulamaları 17-18 volümde olan sol minör tonlu müzik hastalarda relaksasyonu sağlayıcı, ağrıyı azaltıcı etkisi varlığı düşünülerek 60 dakika süre ile dinlettirildi. Ses izolasyonu uygulaması 60 dakika boyunca ses izolasyonu sağlayan kulaklık ile sağlandı. Uygulamalar arasında kulaklık kulaklığın sünger yapısını bozmayacak dezenfektanla silindi. Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulaması öncesi 0. dakikasında ve uygulamanın 30. dakikasında, uygulamalar bittikten sonra 60. dakikada hastaların hemodinamik değerleri ve ölçek puanları ölçülüp kaydedildi (Şekil 4).



Şekil 3.Araştırma Planı

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanıldı.

Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003:280-285). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Aykırı değerler, hata varyansının değerini arttırdığından istatistiksel testlerin güçleri üzerinde de etkili olmaktadır. Bu nedenle istatistiksel testlerden önce aykırı değerlerin incelenen veri setlerinde mevcut olup olmadığına bakıldı.

Normal dağılıma sahip veriler için istatistik değerlendirmelerde parametrik testler kullanıldı. Normal dağılıma sahip verilerde de niceliksel verilerin karşılaştırılmasında 2'den fazla bağımlı grup karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, 2'den fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulandı. Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni ikili karşılaştırma yöntemi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulandı.

3.8. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırmanın literatür tarama ve hazırlık aşamaları Haziran 2019 ile Temmuz 2019 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmada verileri Kasım 2019 ile Ocak 2020 tarihleri arasında toplandı. Araştırma raporu Mart 2020 ile Haziran 2020 tarihleri arasında yazıldı (Tablo 2).

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırmanın uygulanabilmesi için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 7.10.218 ve Karar No: 49-EK VI) ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Ana Bilim Dalı'ndan yazılı izinler alındı. Hasta yakınlarına araştırmanın amacı ve yararları açıklanarak gönüllülük ilkesine önem verilerek yazılı onamları (EK VII) alındı. Araştırmada kullanılan Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği

(CPOT) ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Esra Akın Palandöken'den izin alındı (EK VIII).

Tablo 2 Araştırma Zaman Çizelgesi

Çalışmalar	Haziran- Temmuz 2019	Temmuz- Ağustos 2019	Ağustos- Eylül 2019	Eylül- Kasım 2010	Kasım 2019 -Ocak 2020	Ocak - Mart 2020	Mart- Haziran 2020
Literatür Tarama ve Teze Hazırlık							
Tez konusu belirleme							
Tez önerisi							
Etik kurul başvurusu ve gerekli izinlerin alınması							
Verilerin Toplanması							
Verileri Analizi							
Tez Yazımı							
Tez Savunma Sınavı: 27.07.2020							

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Bu bölümde, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara ilişkin tanıtıcı veriler incelendi.

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan tüm hastaların yaş ortalaması 64.88 ± 14.05 idi. Hastaların yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %54.2'sinin 69 yaş ve altı, %45.8'inin 70 yaş ve üstü olduğu görülmektedir.

Hastaların %33.3'ünün kadın, %66.7'sinin erkek olduğu görülmektedir. Hastaların %79.2'sinin evli, %20.8'inin ise bekar/dul olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde, hastaların %45.8'inin okur-yazar değil, %33.3'ünün ilkokul ve %20.9'unun ortaokul ve üstü olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Yaş ($X \pm SS$, 64.88 ± 14.05)	69 yaş ve altı	13	54.2
	70 yaş ve üstü	11	45.8
Cinsiyet	Kadın	8	33.3
	Erkek	16	66.7
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	11	45.8
	İlkokul	8	33.3
	Ortaokul ve üstü	5	20.9
Medeni durum	Evli	19	79.2
	Bekar/Dul	5	20.8
Toplam		24	100.0

4.2. Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların hastalık öyküsü incelendi. Buna göre, araştırmaya katılan hastaların en fazla KOAH %12.5, siroz ve solunum yetmezliği %8.4, pnömoni ve trafik kazası %8.3 tanısı ile hastanede yattıkları saptandı (Tablo 4).

Tablo 4: Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı

		n	%
Tanı	Akciğer Kanseri	1	4.2
	Akut Pankreatit	1	4.2
	Akut Solunum Yetmezliği	2	8.4
	Gastrointestinal Kanama	1	4.2
	Hipertansiyon	1	4.2
	Kardiyak Aritmi	1	4.2
	Siroz	2	8.4
	Karaciğer Yetmezliği	1	4.2
	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	3	12.5
	Kronik Böbrek Yetmezliği	1	4.2
	Meme Kanseri	1	4.2
	Miyokard İnfarktüsü	1	4.2
	Periton neoplazm	1	4.2
	Pnömoni	2	8.3
	Prostat Malign Sendrom	1	4.2
	Serebrovasküler Olay	1	4.2
	Tiroid neoplazm	1	4.2
	Araç İçi Trafik kazası+Hipertansiyon	2	8.3
	Toplam	24	100.0

4.3 Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastaların klinik duruma göre değişimleri Tablo 'de gösterilmiştir. Hastaların mekanik ventilatör desteğinde kalma gününe göre dağılımı incelendiğinde, ortalamanın 18.79 ± 20.64 gün olduğu, hastaların %37.5'inin 1-10 gün arasında, %29.2'sinin 11-20 gün arasında, %33.3'ünün 21 gün ve üzeri olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yoğun bakımda yatış günlerine göre dağılımları incelendiğinde, ortalamanın 18.87 ± 20.57 gün olduğu, hastaların %37.5'inin 1-10 gün arasında, %29.2'sinin 11-20 gün arasında, %33.3'ünün 21 gün ve üzeri olduğu görülmektedir.

Hastaların Glasgow Koma Skala puan ortalaması 10.20 ± 1.38 'dir (Tablo 5).

Tablo 5: Hastaların Klinik Durumuna Göre Dağılımı

		n	%
Hastanın mekanik ventilasyon desteğinde kalma günü ($X \pm SS$, 18.79 ± 20.64)	1-10 gün	9	37.5
	11-20 gün	7	29.2
	21 gün ve üzeri	8	33.3
Hastanın yoğun bakımda yatış günü ($X \pm SS$, 18.87 ± 20.57)	1-10 gün	9	37.5
	11-20 gün	7	29.2
	21 gün ve üzeri	8	33.3
Hastanın Glasgow Koma Puanı ($X \pm SS$, 10.20 ± 1.38)			
Toplam		24	100.0

4.4.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamasının Hemodinamik Parametreler Üzerine Etkisi

4.4.1.Kan Basıncının Değerlendirilmesi

Bu bölümde, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygulanan müzik terapinin ve ses izolasyonunun sistolik ve diyastolik kan basıncına etkisi incelendi.

4.4.1.1. Sistolik Kan Basıncının Değerlendirilmesi

Klasik Batı Müziği , Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulama sırasında (30. dk) ve uygulamanın bitiminde (60. dk) sistolik kan basıncı değerlerinin ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) sistolik kan basıncı ortalaması 129.58 ± 16.34 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 122.20 ± 16.05 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 116.50 ± 15.59 mm/Hg'dır. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) sistolik kan basıncı ortalaması 126.37 ± 17.36 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 121.87 ± 15.66 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 115.25 ± 14.35 mm/Hg'dır. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) sistolik kan basıncı ortalaması 129.83 ± 18.24 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 124.12 ± 16.28 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 119.54 ± 15.78 mm/Hg'dır (Tablo 6).

Tablo 6: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Sistolik Kan Basınçlarının Dağılımı

	Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyüklüğü
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
Klasik Batı Müziği	129.58	16.34	122.20	16.05	116.50	15.59	19.796	0.000*	0.463
Klasik Türk Müziği	126.37	17.36	121.87	15.66	115.25	14.35	34.945	0.000*	0.603
Ses İzolasyonu	129.83	18.24	124.12	16.28	119.54	15.78	49.979	0.000*	0.685
F	0.297		0.138		0.502				
p	0.744		0.871		0.607				

*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre sistolik kan basınçlarını karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümlerde varyans analizine göre,

sistolik kan basınçları arasında 3 uygulama türünde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{Klasik Batı Müziği} = 19.709$ $p = 0.000^*$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 34.945$ $p = 0.000^*$, $F_{Ses İzolasyonu} = 49.979$ $p = 0.000^*$) ($p < 0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanıldı (Tablo 6).

4.4.1.1.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Değerlendirilmesi

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sırası (30.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$). Bu fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu bulundu. Uygulama öncesi (0.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 7). Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu görüldü. Uygulama sırası (30.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama öncesi (0.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0.05$). Bu fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu görüldü (Tablo 8). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sırası (30.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu görüldü. Uygulama öncesi (0.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. (Tablo 9).

Tablo 7: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

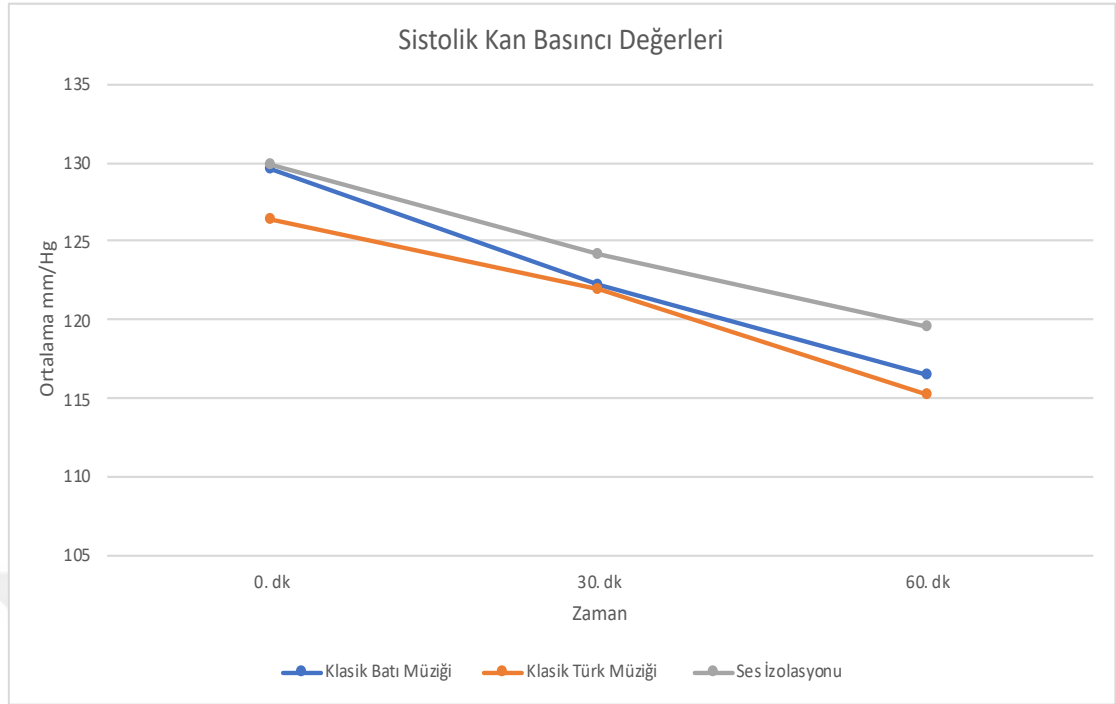
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.005	*0.000
30. dk	*0.005		*0.001
60. dk	*0.000	*0.001	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) : 0.463 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık			

Tablo 8: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.001	*0.000
30. dk	*0.001		*0.000
60. dk	*0.000	*0.000	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) : 0.603 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık			

Tablo 9: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.000	*0.000
30. dk	*0.000		*0.000
60. dk	*0.000	*0.000	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.685 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık			



Şekil 4. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Sistolik Kan Basınçlarının Değişimi

4.4.1.1.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika sistolik kan basınçlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika sistolik kan basınçlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0.dk}=0.297$ $p=0.744$, $F_{30.dk}=0.138$ $p=0.871$, $F_{60.dk}=0.502$ $p=0.607$) ($p>0.05$)(Tablo 10).

Tablo 10: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.744>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.871>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.607>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.4.1.2. Diyastolik Kan Basıncının Değerlendirilmesi

Klasik Batı Müziği , Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) diyastolik kan basıncı ortalaması 66.37 ± 12.88 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 64.45 ± 12.67 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 61.58 ± 11.66 mm/Hg'dır. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) diyastolik kan basıncı ortalaması 64.87 ± 12.11 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 63.66 ± 12.15 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 61.87 ± 11.84 mm/Hg'dır. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) diyastolik kan basıncı ortalaması 65.75 ± 11.76 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 64.62 ± 11.38 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 63.29 ± 10.83 mm/Hg'dır (Tablo 11).

Tablo 11: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Diyastolik Kan Basınçlarının Dağılımı

	Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyüklüğü
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
Klasik Batı Müziği	66.37	12.88	64.45	12.67	61.58	11.66	11.289	0.001*	0.329
Klasik Türk Müziği	64.87	12.11	63.66	12.15	61.87	11.84	13.194	0.000*	0.365
Ses İzolasyonu	65.75	11.76	64.62	11.38	63.29	10.83	19.448	0.000*	0.458
F	0.091		0.043		0.914				
p	0.914		0.958		0.859				

* $p < 0.05$

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre diyastolik kan basınçlarını karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümlerde varyans analizine göre, diyastolik kan basınçları arasında 3 uygulama türünde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{\text{Klasik Batı Müziği}} = 11.289$ $p = 0.001^*$, $F_{\text{Klasik Türk Müziği}} = 13.194$ $p = 0.000^*$, $F_{\text{Ses İzolasyonu}} = 19.448$ $p = 0.000^*$).

$M\ddot{u}z\ddot{i}ġi = 13.194$ $p = 0.000^*$, $F_{Ses\ Izolasyonu} = 19.448$ $p = 0.000^*$ ($p < 0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır (Tablo 11).

4.4.1.2.1. Hastaların M\ddot{u}zik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Öl\ddot{u}m Zamanlarındaki Diyastolik Kan Basıncı Deġerleri Arasındaki Farkın Anlamlılıġının Deġerlendirilmesi

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı M\ddot{u}ziġi uygulaması öncesinde (0.dk) diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri ile uygulama sırası (30.dk) l\ddot{u}len diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduġu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerlerinin azalması yn\ddot{u}nde olduġu saptandı. Uygulama sırası (30.dk) diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri ile uygulama sonrası (60.dk) l\ddot{u}len diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduġu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerlerinin azalması yn\ddot{u}nde olduġu saptandı. Uygulama ncesi (0.dk) diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri ile uygulama sonrası (60.dk) l\ddot{u}len diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduġu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerlerinin azalması yn\ddot{u}nde olduġu saptandı (Tablo 12). Klasik T\ddot{u}rk M\ddot{u}ziġi uygulaması öncesinde (0.dk) diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri ile uygulama sırası (30.dk) l\ddot{u}len diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadıġı saptandı ($p > 0.05$). Uygulama sırası (30.dk) diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri ile uygulama sonrası (60.dk) l\ddot{u}len diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduġu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerlerinin azalması yn\ddot{u}nde olduġu saptandı. Uygulama ncesi (0.dk) diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri ile uygulama sonrası (60.dk) l\ddot{u}len diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduġu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerlerinin azalması yn\ddot{u}nde olduġu saptandı (Tablo13). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri ile uygulama sırası (30.dk) l\ddot{u}len diyastolik kan basıncı l\ddot{u}m deġerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduġu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark diyastolik kan

basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sırası (30.dk) diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark diyastolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama öncesi (0.dk) diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark diyastolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 14).

Tablo 12: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

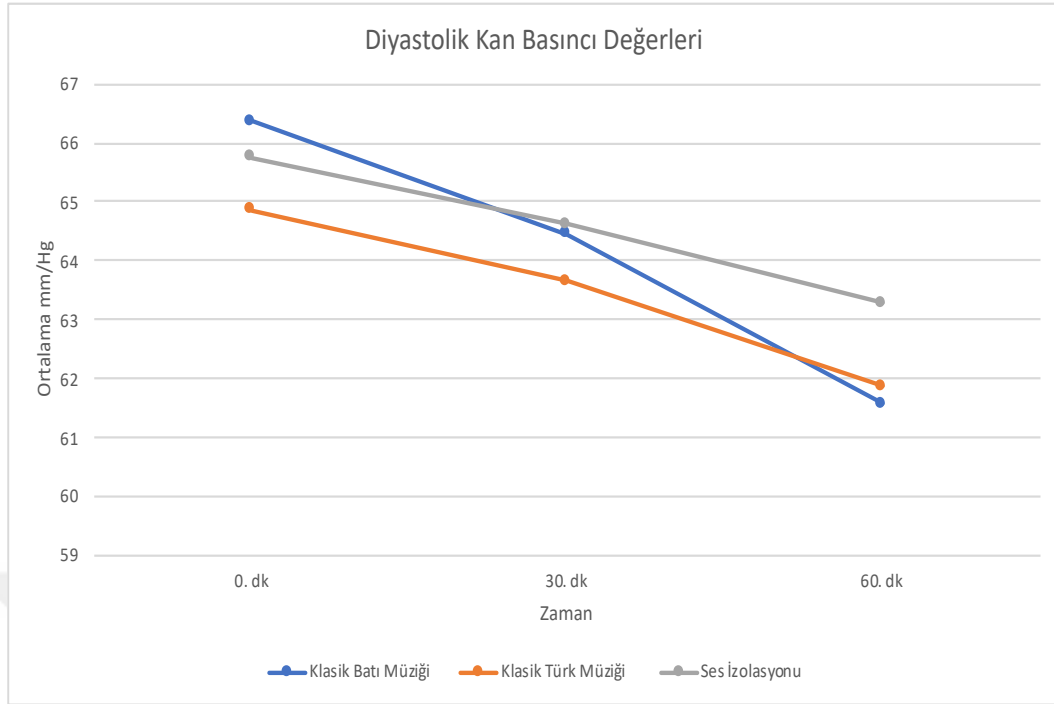
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.019	*0.002
30. dk	*0.019		*0.05
60. dk	*0.002	*0.05	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) : 0.329 p:0.001<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık			

Tablo 13: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	*0.000
30. dk	Ns		*0.014
60. dk	*0.000	*0.014	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.365 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 14: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.009	*0.000
30. dk	*0.009		*0.004
60. dk	*0.000	*0.004	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.458 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık			



Şekil 5. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Diyastolik Kan Basıncılarının Değişimi

4.4.1.2.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika diyastolik kan basınçlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika diyastolik kan basınçlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0.dk}=0.091$ $p=0.914$, $F_{30.dk}=0.043$ $p=0.958$, $F_{60.dk}=0.914$ $p=0.859$) ($p>0.05$)(Tablo 15).

Tablo 15: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.914>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.958>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p:0.859 >0.05 Ns: anlamlı değil			

4.4.2 Nabız Hızının Değerlendirilmesi

Bu bölümde, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygulanan müzik terapinin ve ses izolasyonunun nabız hızına etkisi incelendi.

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) nabız hızı değerlerinin ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) nabız hızı değerinin ortalaması 94.20 ± 13.47 vuruş, uygulama sırasında (30. dk) 91.66 ± 14.68 vuruş ve uygulama sonrası (60. dk) 90.62 ± 13.62 vuruş idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) nabız hızı değerinin ortalaması 94.54 ± 14 vuruş, uygulama sırasında (30. dk) 90.95 ± 13.78 vuruş ve uygulama sonrası (60. dk) 89.50 ± 13.04 vuruş idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) nabız hızı değerinin ortalaması 94.16 ± 13.85 vuruş, uygulama sırasında (30. dk) 91.29 ± 12.51 vuruş ve uygulama sonrası (60. dk) 90 ± 12.90 vuruş idi (Tablo 16).

Tablo 16: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Nabız Değerlerinin Dağılımı

	Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyüklüğü
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
Klasik Batı Müziği	94.20	13.47	91.66	14.68	90.62	13.62	19.785	0.000*	0.462
Klasik Türk Müziği	94.54	14	90.95	13.78	89.50	13.04	31.722	0.000*	0.580
Ses İzolasyonu	94.16	13.85	91.29	12.51	90	12.90	41.979	0.000*	0.646
F	0.005		0.016		0.044				
p	0.995		0.984		0.957				

*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre nabız değerlerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre nabız değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{Klasik Batı Müziği} = 19.785$ $p=0.000^*$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 31.722$ $p= 0.000^*$, $F_{Ses İzolasyonu} = 41.979$ $p=0.000^*$)($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır (Tablo 16).

4.4.2.1.Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Değerlendirilmesi

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark nabız hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sırası (30.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark nabız hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 17). Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark nabız hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sırası (30.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark nabız hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama öncesi (0.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark nabız hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 18). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark nabız hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sonrası (30.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark nabız hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama öncesi (0.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark nabız hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. (Tablo 19).

Tablo 17:Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Nabız Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

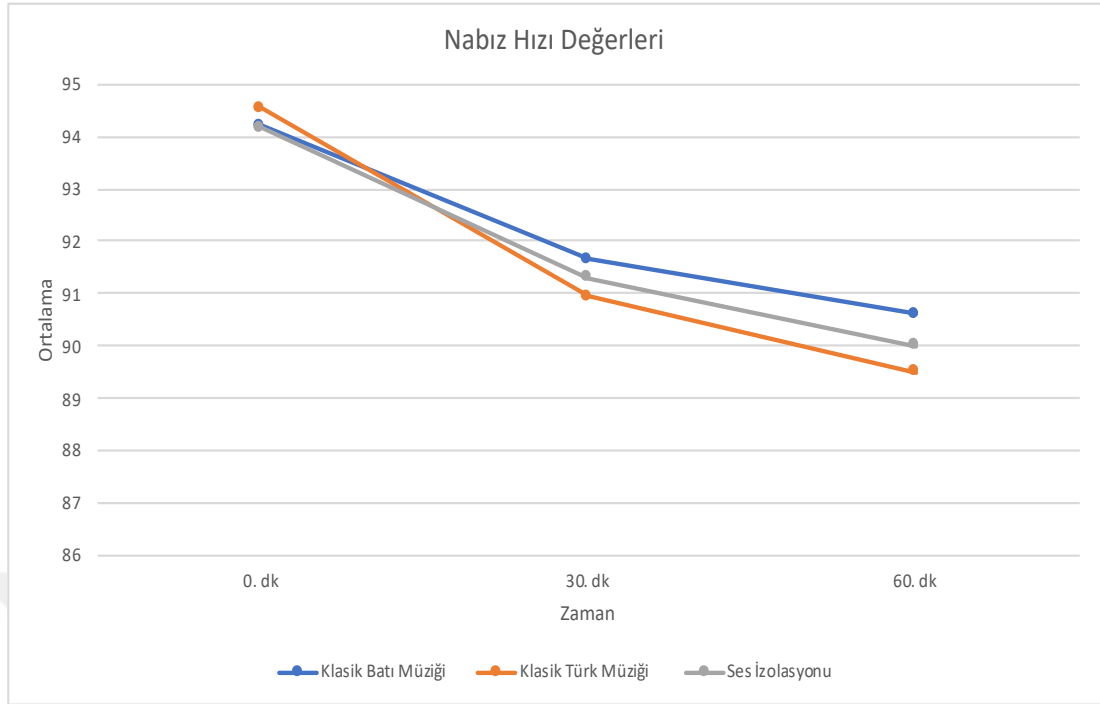
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.003	*0.000
30. dk	*0.003		Ns
60. dk	*0.000	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.462 $p:0.000<0.05$ *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 18:Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Nabız Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.000	*0.000
30. dk	*0.000		*0.039
60. dk	*0.000	*0.039	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.580 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık			

Tablo 19: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Nabız Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.000	*0.000
30. dk	*0.000		*0.006
60. dk	*0.000	*0.006	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.646 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık			



Şekil 6. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Nabız Değerlerinin Değişimi

4.4.2.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika nabız değerlerini karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika nabız değerlerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0. dk} = 0.005$ $p = 0.995$, $F_{30. dk} = 0.016$ $p = 0.984$, $F_{60. dk} = 0.044$ $p = 0.957$) ($p > 0.05$)(Tablo 20).

Tablo 20:Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Nabız Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Nabız Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.995>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Nabız Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.984 >0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Nabız Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.957>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.4.3 Solunum Hızının Değerlendirilmesi

Bu bölümde, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygulanan müzik terapinin ve ses izolasyonunun solunum hızına etkisi incelendi.

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) solunum hızı değerlerinin ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) solunum hızı değerinin ortalaması 20.79 ± 3.98 , uygulama sırasında (30. dk) 19.37 ± 4.20 ve uygulama sonrası (60. dk) 18.87 ± 3.89 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) solunum hızı değerinin ortalaması 19.91 ± 3.46 , uygulama sırasında (30. dk) 18.37 ± 3.13 ve uygulama sonrası (60. dk) 18.25 ± 2.99 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) solunum hızı değerinin ortalaması 20.41 ± 3.97 , uygulama sırasında (30. dk) 19.16 ± 3.44 ve uygulama sonrası (60. dk) 18.45 ± 3.42 idi (Tablo 21).

Tablo 21: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Solunum Hızlarının Dağılımı

	Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyükliği
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
Klasik Batı Müziği	20.79	3.98	19.37	4.20	18.87	3.89	24.863	0.000*	0.519
Klasik Türk Müziği	19.91	3.46	18.37	3.13	18.25	2.99	14.134	0.000*	0.381
Ses İzolasyonu	20.41	3.97	19.16	3.44	18.45	3.42	14.511	0.000*	0.387
F	0.317		0.508		0.203				
p	0.729		0.604		0.817				

*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre solunum hızlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre solunum hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{Klasik Batı Müziği} = 24.863$ $p=0.000^*$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 14.134$ $p=0.000^*$, $F_{Ses İzolasyonu} = 14.511$ $p=0.000^*$)($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır (Tablo 21).

4.4.3.1.Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Değerlendirilmesi

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark solunum hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sırası (30.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark solunum hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 22). Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark solunum hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sırası (30.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark solunum hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 23). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark solunum hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sırası (30.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark solunum hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. (Tablo 24).

Tablo 22: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

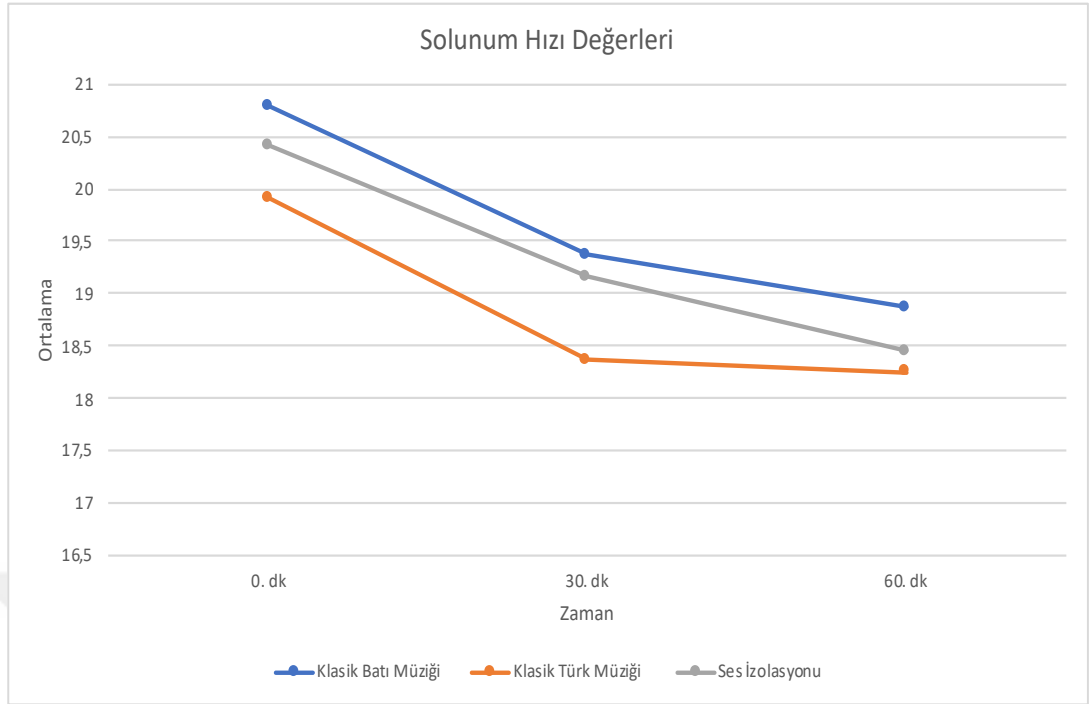
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.001	*0.000
30. dk	*0.001		Ns
60. dk	*0.000	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.519 $p:0.000<0.05$ *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 23: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.003	*0.001
30. dk	*0.003		Ns
60. dk	*0.001	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.381 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 24: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.007	*0.000
30. dk	*0.007		Ns
60. dk	*0.000	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) : 0.387 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			



Şekil 7. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Solunum Hızlarının Değişimi

4.4.3.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika solunum hızı değerlerini karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi, uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika solunum hızlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0.dk}=0.317$ $p=0.729$, $F_{30.dk}=0.508$ $p=0.604$, $F_{60.dk}=0.203$ $p=0.817$) ($p>0.05$)(Tablo 25).

Tablo 25: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.729>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.604>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.817>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.4.4 Oksijen Satürasyonu Değerlendirilmesi

Bu bölümde, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygulanan müzik terapinin ve ses izolasyonunun oksijen satürasyonuna etkisi incelendi.

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) oksijen satürasyonu değerlerinin ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) oksijen satürasyonu değerinin ortalaması 98.45 ± 1.64 , uygulama sırasında (30. dk) 98.58 ± 1.38 ve uygulama sonrası (60. dk) 98.70 ± 1.39 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) oksijen satürasyonu değerinin ortalaması 98.41 ± 1.34 , uygulama sırasında (30. dk) 98.70 ± 1.33 ve uygulama sonrası (60. dk) 98.91 ± 1.17 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) oksijen satürasyonu değerinin ortalaması 98.54 ± 1.44 , uygulama sırasında (30. dk) 98.66 ± 1.49 ve uygulama sonrası (60. dk) 98.66 ± 1.30 idi (Tablo 26).

Tablo 26: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Oksijen Satürasyonu Değerinin Dağılımı

	Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyükliği
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
Klasik Batı Müziği	98.45	1.64	98.58	1.38	98.70	1.39	1.302	0.282	0.054
Klasik Türk Müziği	98.41	1.34	98.70	1.33	98.91	1.17	3.671	0.033*	0.138
Ses İzolasyonu	98.54	1.44	98.66	1.49	98.66	1.30	0.418	0.661	0.018
F	0.044		0.049		0.256				
p	0.957		0.952		0.775				

*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre oksijen satürasyonu değerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı Müziği uygulaması (Tablo 28) ve ses

izolasyonu uygulamasında (Tablo 29) zamana göre solunum hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($F_{Klasik Batı Müziği} = 1.302$ $p=0.282$, $F_{Ses İzolasyonu} = 0.418$ $p= 0.661$)($p>0.05$). Klasik Türk Müziği uygulamasında zamana göre solunum hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{Klasik Türk Müziği} = 3.671$ $p=0.033^*$)($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır (Tablo 26).

4.4.4.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Değerlendirilmesi

Yapılan analiz sonucunda Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) oksijen satürasyonu ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen oksijen satürasyonu ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama sırası (30.dk) oksijen satürasyonu ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen oksijen satürasyonu ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) oksijen satürasyonu ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen oksijen satürasyonu ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark oksijen satürasyonu ölçüm değerlerinin artması yönünde olduğu saptandı (Tablo 27).

Tablo 27: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

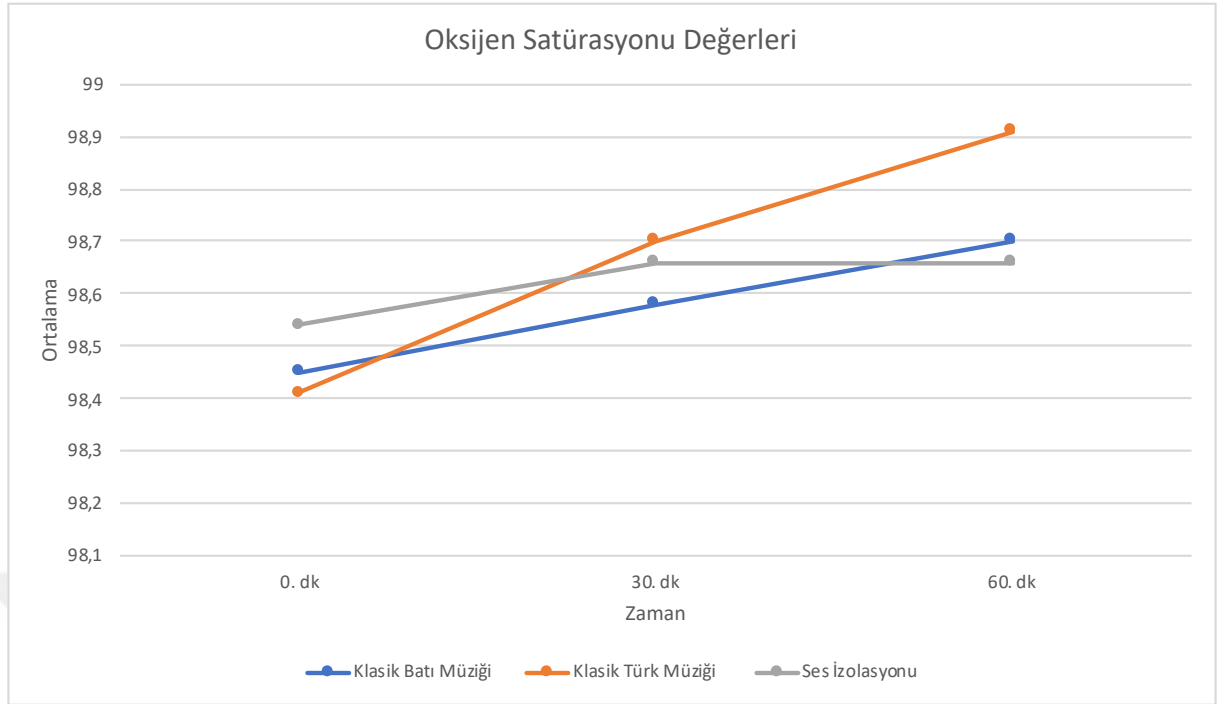
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) : 0.054 p:0.282>0.05 Ns: anlamlı değil			

Tablo 28: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	*0.045
30. dk	Ns		Ns
60. dk	*0.045	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.138 p:0.033<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 29: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.018 p:0.661>0.05 Ns: anlamlı değil			



Şekil 8. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Oksijen Satürasyonu Değerinin Değişimi

4.4.4.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika oksijen satürasyonu değerini karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi, uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika oksijen satürasyonu değerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0.dk}=0.044$ $p=0.957$, $F_{30.dk}=0.049$ $p=0.952$, $F_{60.dk}=0.256$ $p=0.775$)($p>0.05$)(Tablo 30).

Tablo 30: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.957>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.952>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.775>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.4.5 Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlendirilmesi

Bu bölümde, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygulanan müzik terapinin ve ses izolasyonunun ekspirasyon dakika volümüne etkisi incelendi.

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) ekspirasyon dakika volümü (L/dk) değerlerinin ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) ekspirasyon dakika volümü değerinin ortalaması 9.10 ± 2.35 L/dk, uygulama sırasında (30. dk) 8.72 ± 2.25 L/dk ve uygulama sonrası (60. dk) 8.40 ± 2.16 L/dk idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) ekspirasyon dakika volümü değerinin ortalaması 8.75 ± 2.36 L/dk, uygulama sırasında (30. dk) 8.61 ± 2.23 L/dk ve uygulama sonrası (60. dk) 8.45 ± 2.21 L/dk idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) ekspirasyon dakika volümü değerinin ortalaması 8.95 ± 2.42 L/dk, uygulama sırasında (30. dk) 8.82 ± 2.16 L/dk ve uygulama sonrası (60. dk) 8.59 ± 1.91 L/dk idi (Tablo 31).

Tablo 31: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Ekspirasyon Dakika Volümü Değerinin Dağılımı

	Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyükliği
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
Klasik Batı Müziği	9.10	2.35	8.72	2.25	8.40	2.16	7.903	0.006*	0.256
Klasik Türk Müziği	8.75	2.36	8.61	2.23	8.45	2.21	3.642	0.056	0.137
Ses İzolasyonu	8.95	2.42	8.82	2.16	8.59	1.91	4.549	0.026*	0.165
F	0.129		0.055		0.053				
p	0.880		0.947		0.949				

*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre ekspirasyon dakika volümü değerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Türk Müziği uygulamasında (Tablo 33) zamana göre ekspirasyon dakika volümü değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($F_{Klasik\ Türk\ Müziği} = 3.642$ $p = 0.056$) ($p > 0.05$). Klasik Batı Müziği türünde ve ses izolasyonunda zamana göre ekspirasyon dakika volümü değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{Klasik\ Batı\ Müziği} = 7.903$ $p = 0.006^*$, $F_{Ses\ İzolasyonu} = 4.549$ $p = 0.026^*$) ($p < 0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır (Tablo 31).

4.4.5.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Değerlendirilmesi

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sırası (30.dk) ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 32). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Uygulama sırası (30.dk) ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama öncesi (0.dk) ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$) (Tablo 34).

Tablo 32: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

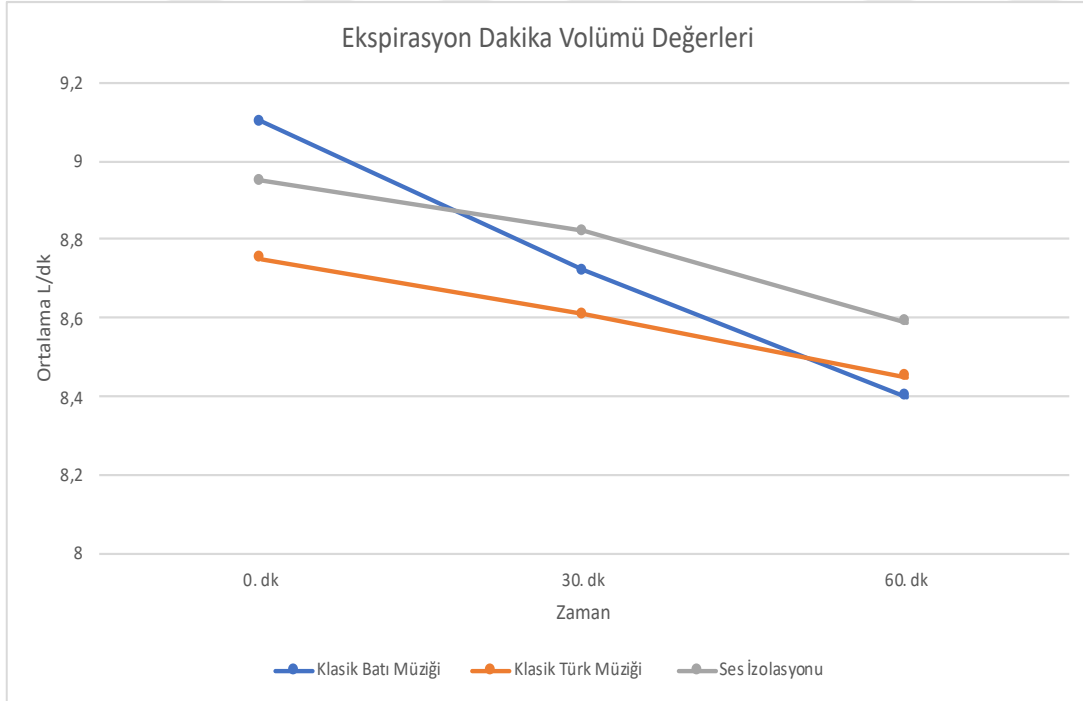
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.018	*0.021
30. dk	*0.018		Ns
60. dk	*0.021	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) : 0.256 p:0.006<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 33: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.137 p:0.056>0.05 Ns: anlamlı değil			

Tablo 34: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		*0.041
60. dk	Ns	*0.041	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.165 p:0.026<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			



Şekil 9. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Ekspirasyon Dakika Volümü Değerinin Değişimi

4.4.5.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. Ve uygulama sonrası 60. dakika ekspirasyon dakika volümü değerini karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika ekspirasyon dakika volümü değerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0.dk}=0.129$ $p=0.880$, $F_{30.dk}=0.055$ $p=0.947$, $F_{60.dk}=0.053$ $p=0.949$)($p>0.05$)(Tablo 35).



Tablo 35: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.880>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.947>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.949>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.5. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamasının CPOT Puanı Üzerine Etkisi

Bu bölümde, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygulanan müzik terapinin ve ses izolasyonunun CPOT puanına etkisi incelendi.

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) CPOT puan değerlerinin ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) CPOT puan değerinin ortalaması 3.33 ± 0.63 , uygulama sırasında (30. dk) 3.08 ± 0.58 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.87 ± 0.74 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) CPOT puan değerinin ortalaması 3.29 ± 0.55 , uygulama sırasında (30. dk) 2.87 ± 0.53 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.70 ± 0.55 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) CPOT puan değerinin ortalaması 3.37 ± 0.82 , uygulama sırasında (30. dk) 3.04 ± 1.12 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.83 ± 0.81 idi (Tablo 36).

Tablo 36: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre CPOT Puanlarının Dağılımı

	Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyükliği
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
Klasik Batı Müziği	3.33	0.63	3.08	0.58	2.87	0.74	9.471	0.002*	0.292
Klasik Türk Müziği	3.29	0.55	2.87	0.53	2.70	0.55	19.993	0.000*	0.464
Ses İzolasyonu	3.37	0.82	3.04	1.12	2.83	0.81	11.635	0.000*	0.336
F	0.090		0.464		0.357				
p	0.914		0.631		0.701				

* $p < 0.05$

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre yoğun bakım ağırlı gözlem ölçeğinin puanlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre CPOT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{\text{Klasik Batı Müziği}} = 9.471$ $p=0.002^*$, $F_{\text{Klasik Türk Müziği}} = 19.993$ $p=0.000^*$, $F_{\text{Ses İzolasyonu}} = 11.635$ $p=0.000^*$)($p < 0.05$). Fark

yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır (Tablo 36).

4.5.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki CPOT Puan Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Değerlendirilmesi

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark CPOT puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sonrası (30.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark CPOT puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 37). Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark CPOT puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sonrası (30.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark CPOT puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 38). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark CPOT puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sonrası (30.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark CPOT puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 39).

Tablo 37: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki CPOT Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı

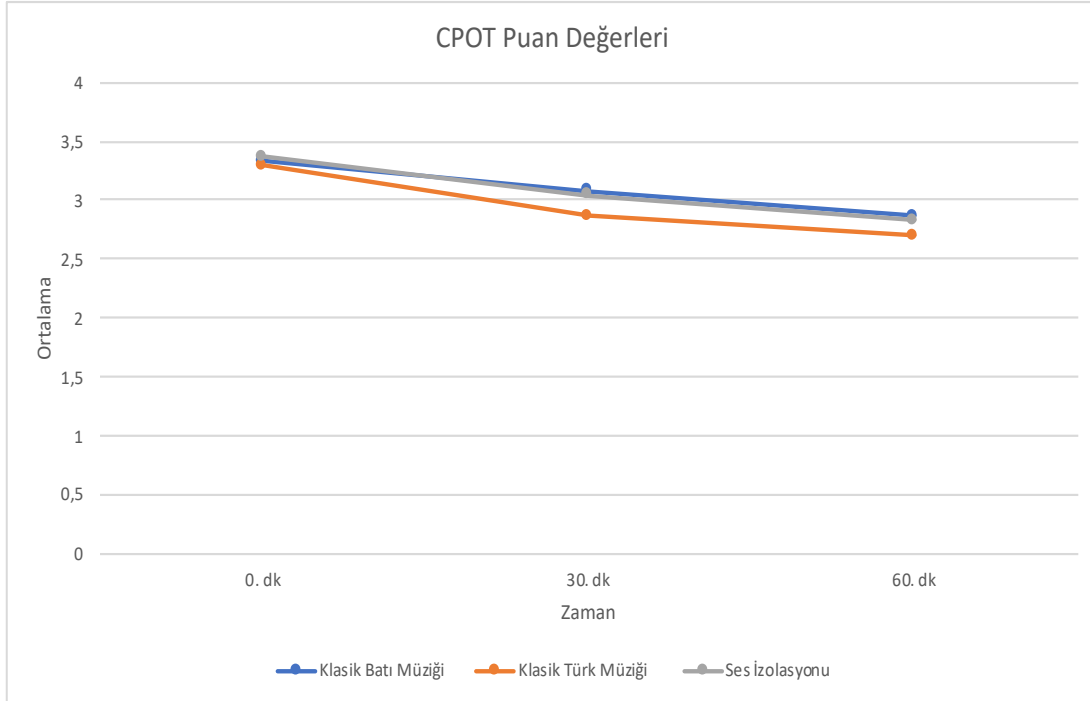
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.033	*0.007
30. dk	*0.007		Ns
60. dk	*0.007	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.292 p:0.002<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 38: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki CPOT Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.001	*0.000
30. dk	*0.001		Ns
60. dk	*0.000	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.464 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 39: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki CPOT Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.025	*0.000
30. dk	*0.025		Ns
60. dk	*0.000	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.336 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			



Şekil 10. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre CPOT Puanlarının Değişimi

4.5.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki CPOT Puan Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika CPOT puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika CPOT puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0,dk}=0.090$ $p=0.914$, $F_{30,dk}=0.464$ $p=0.631$, $F_{60,dk}=0.357$ $p=0.701$)($p>0.05$)(Tablo 40).

Tablo 40: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki CPOT Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki CPOT Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.914>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki CPOT Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.631>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki CPOT Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.701>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.6. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamasının Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puanı Üzerine Etkisi

Bu bölümde, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygulanan müzik terapinin ve ses izolasyonunun Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarına etkisi incelendi.

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin alt boyutlarda ortalamaları değerlendirilmiştir.

4.6.1. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Bilinç Alt Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin bilinç alt boyutu puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) bilinç alt boyutu puan değerinin ortalaması 2.13 ± 0.81 , uygulama sırasında (30. dk) 2.08 ± 0.79 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.08 ± 0.79 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) bilinç alt boyutu puan değerinin ortalaması 2.16 ± 0.81 , uygulama sırasında (30. dk) 2.12 ± 0.79 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.12 ± 0.79 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) bilinç alt boyutu puan değerinin ortalaması 2.16 ± 0.81 , uygulama sırasında (30. dk) 2.12 ± 0.79 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.12 ± 0.79 idi (Tablo 41).

Tablo 41: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Bilinç Alt Boyutu Puan Ortalamaları Dağılımı

		Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyüklüğü
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
Bilinç	Klasik Batı Müziği	2.13	0.81	2.08	0.79	2.08	0.79	1.000	0.376	0.043
	Klasik Türk Müziği	2.16	0.81	2.12	0.79	2.12	0.79	1.000	0.376	0.042
	Ses İzolasyonu	2.16	0.81	2.12	0.79	2.12	0.79	1.000	0.376	0.042
	F	0.015		0.000		0.000				
	P	0.985		1.000		1.000				

*p<0.05

4.6.1.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Bilinç Alt Boyutu Puan Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin bilinç alt boyutu puanlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin bilinç alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{Klasik Batı Müziği} = 1.000$ $p = 0.376$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 1.000$ $p = 0.376$, $F_{Ses İzolasyonu} = 1.000$ $p = 0.376$)($p > 0.05$)(Tablo 42).

Tablo 42: Uygulama Türlerine Göre Hastaların Farklı Zamanlarındaki Bilinç Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Bilinç Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.043 p:0.376>0.05			
Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Bilinç Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.042 p:0.376>0.05			
Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Bilinç Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.042 p:0.376>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.6.1.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Bilinç Alt Boyutu Puan Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin bilinç alt boyutu puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin bilinç alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0.dk}=0.015$ $p=0.985$, $F_{30.dk}=0.000$ $p=1.000$, $F_{60.dk}=0.000$ $p=1.000$)($p>0.05$)(Tablo 43).

Tablo 43: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Bilinç Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Bilinç Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.985>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Bilinç Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 1.000>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Bilinç Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 1.000>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.6.2. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Ajitasyon Alt Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin ajitasyon alt boyutu puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) ajitasyon alt boyutu puan değerinin ortalaması 4.62 ± 1.37 , uygulama sırasında (30. dk) 4.20 ± 1.21 ve uygulama sonrası (60. dk) 4.04 ± 1.08 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) ajitasyon alt boyutu puan değerinin ortalaması 4.50 ± 1.25 , uygulama sırasında (30. dk) 4.25 ± 1.18 ve uygulama sonrası (60. dk) 3.91 ± 1.21 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) ajitasyon alt boyutu puan değerinin ortalaması 4.41 ± 1.47 , uygulama sırasında (30. dk) 4.25 ± 1.45 ve uygulama sonrası (60. dk) 4.04 ± 1.26 idi (Tablo 44).

Tablo 44: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Ajitasyon Alt Boyutu Puan Ortalamaları Dağılımı

		Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyükliği
Ajitasyon		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
	Klasik Batı Müziği	4.62	1.37	4.20	1.21	4.04	1.08	10.310	0.001*	0.310
	Klasik Türk Müziği	4.50	1.25	4.25	1.18	3.91	1.21	11.986	0.000*	0.343
	Ses İzolasyonu	4.41	1.47	4.25	1.45	4.04	1.26	5.590	0.017*	0.196
	F	0.141		0.008		0.088				
	P	0.869		0.992		0.916				

*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin ajitasyon alt boyutu puanlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre ajitasyon alt boyutu puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{Klasik Batı Müziği} = 10.310$ $p = 0.001^*$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 11.986$ $p = 0.000^*$, $F_{Ses İzolasyonu} = 5.590$ $p = 0.017^*$) ($p < 0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır (Tablo 44).

4.6.2.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Ajitasyon Alt Boyutu Puan Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Değerlendirilmesi

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) ajitasyon alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ölçülen ajitasyon alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark ajitasyon alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sonrası (30.dk) ajitasyon alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ajitasyon alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) ajitasyon alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ajitasyon alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark ajitasyon alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 45). Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) ajitasyon alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ölçülen ajitasyon alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Uygulama sonrası (30.dk) ajitasyon alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ajitasyon alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark ajitasyon alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama öncesi (0.dk) ajitasyon alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ajitasyon alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark ajitasyon alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 46). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) ajitasyon alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ölçülen ajitasyon alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Uygulama sonrası (30.dk) ajitasyon alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ajitasyon alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) ajitasyon alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ajitasyon alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark ajitasyon alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 47).

Tablo 45: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ajitasyon Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

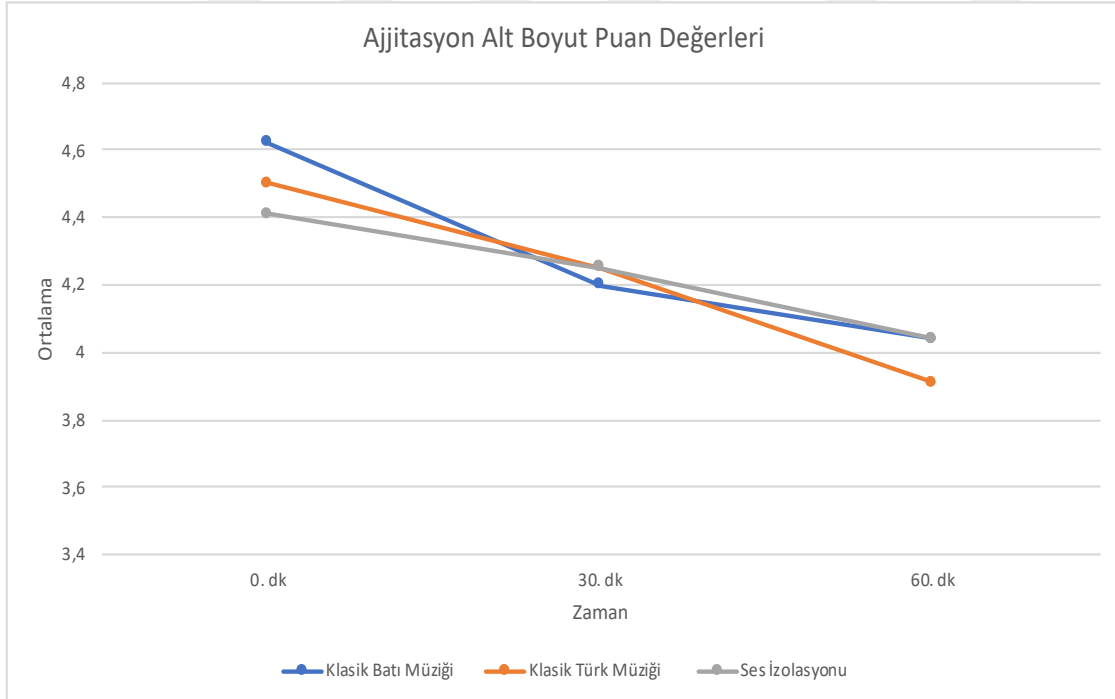
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.014	*0.004
30. dk	*0.014		Ns
60. dk	*0.004	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.310 p:0.001<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 46: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ajitasyon Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	*0.001
30. dk	Ns		*0.025
60. dk	*0.001	*0.025	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.343 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 47: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ajitasyon Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	*0.05
30. dk	Ns		Ns
60. dk	*0.05	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.196 p:0.017<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			



Şekil 11. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Ajitasyon Alt Boyutu Puan Ortalamaları Değişimi

4.6.2.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Ajitasyon Alt Boyutu Puan Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika ajitasyon alt boyutu puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika ajitasyon alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0.dk}=0.141$ $p=0.869$, $F_{30.dk}=0.008$ $p=0.992$, $F_{60.dk}=0.088$ $p=0.916$)($p>0.05$)(Tablo 48).



Tablo 48: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Ajitasyon Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Ajitasyon Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.869>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Ajitasyon Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.992>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Ajitasyon Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.916>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.6.3. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Anksiyete Alt Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin anksiyete alt boyutu puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) anksiyete alt boyutu puan değerinin ortalaması 2.08 ± 0.58 , uygulama sırasında (30. dk) 2.08 ± 0.58 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.95 ± 0.46 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) anksiyete alt boyutu puan değerinin ortalaması 2.04 ± 0.55 , uygulama sırasında (30. dk) 1.87 ± 0.61 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.75 ± 0.53 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) anksiyete alt boyutu puan değerinin ortalaması 2.20 ± 0.65 , uygulama sırasında (30. dk) 2.04 ± 0.69 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.91 ± 0.58 idi (Tablo 49).

Tablo 49: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Anksiyete Alt Boyutu Puan Ortalamaları Dağılımı

		Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyükliği
Anksiyete		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
	Klasik Batı Müziği	2.08	0.58	2.08	0.58	1.95	0.46	3.286	0.046*	0.125
	Klasik Türk Müziği	2.04	0.55	1.87	0.61	1.75	0.53	6.496	0.003*	0.220
	Ses İzolasyonu	2.20	0.65	2.04	0.69	1.91	0.58	6.496	0.003*	0.220
	F	0.503		0.734		1.043				
	P	0.607		0.484		0.358				

*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin anksiyete alt boyutu puanlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre anksiyete alt boyutu puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{Klasik Batı Müziği} = 3.286$ $p=0.046^*$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 6.496$ $p= 0.003^*$, $F_{Ses İzolasyonu} =6.496$ $p= 0.003^*$)($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır (Tablo 49).

4.6.3.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu Puan Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Değerlendirilmesi

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ölçülen anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark anksiyete alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sonrası (30.dk) anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark anksiyete alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 50). Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ölçülen anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama sonrası (30.dk) anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark anksiyete alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 51). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ölçülen anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama sonrası (30.dk) anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark anksiyete alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 52).

Tablo 50: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Anksiyete Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

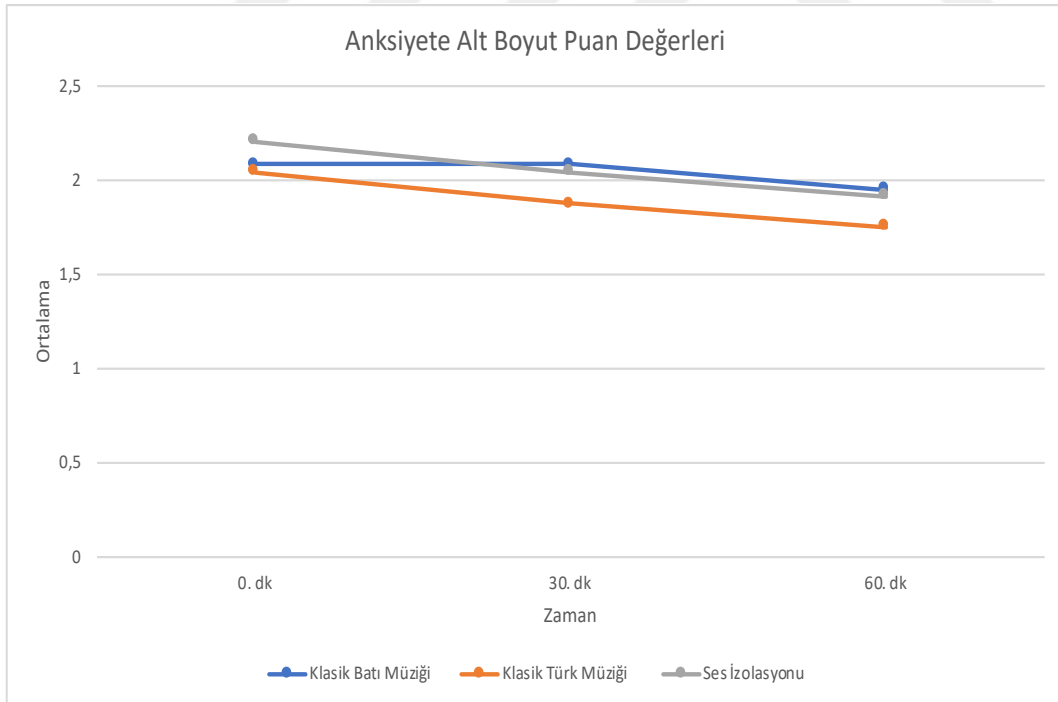
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*	*
30. dk	*		Ns
60. dk	*	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.125 p:0.046<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 51: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Anksiyete Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	*0.016
30. dk	Ns		Ns
60. dk	*0.016	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.220 p:0.003<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 52: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Anksiyete Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	*0.016
30. dk	Ns		Ns
60. dk	*0.016	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.220 p:0.003<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			



Şekil 12. Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Anksiyete Alt Boyutu Puan Ortalamaları Değişimi

4.6.3.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu Puan Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika anksiyete alt boyutu puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika ajitasyon alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0.dk}=0.503$ $p=0.607$, $F_{30.dk}=0.734$ $p=0.484$, $F_{60.dk}=1.043$ $p=0.358$)($p>0.05$)(Tablo 53).



Tablo 53: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Anksiyete Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Anksiyete Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.607>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Anksiyete Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.484>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Anksiyete Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.358>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.6.4. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Uyku Alt Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin uyku alt boyutu puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) uyku alt boyutu puan değerinin ortalaması 4.58 ± 1.76 , uygulama sırasında (30. dk) 4.58 ± 1.76 ve uygulama sonrası (60. dk) 4.54 ± 1.81 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) uyku alt boyutu puan değerinin ortalaması 4.54 ± 1.81 , uygulama sırasında (30. dk) 4.54 ± 1.81 ve uygulama sonrası (60. dk) 4.54 ± 1.81 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) uyku alt boyutu puan değerinin ortalaması 4.54 ± 1.81 , uygulama sırasında (30. dk) 4.54 ± 1.81 ve uygulama sonrası (60. dk) 4.54 ± 1.81 idi (Tablo 54).

Tablo 54: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Uyku Alt Boyutu Puan Ortalamaları Dağılımı

		Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyükliği
Uyku		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
	Klasik Batı Müziği	4.58	1.76	4.58	1.76	4.54	1.81	1.000	0.376	0.042
	Klasik Türk Müziği	4.54	1.81	4.54	1.81	4.54	1.81	-	-	-
	Ses İzolasyonu	4.54	1.81	4.54	1.81	4.54	1.81	-	-	-
	F	0.004		0.026		0.000				
	P	0.996		0.974		1.000				

*p<0.05

4.6.4.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Uyku Alt Boyutu Puan Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin uyku alt boyutu puanlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre uyku alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F=1.000$ $p=0.376$)($p>0.05$)(Tablo 55).



Tablo 55: Uygulama Türlerine Göre Hastaların Farklı Zamanlarındaki Uyku Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Uyku Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.042 p:0.376>0.05			
Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Uyku Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :- p:-			
Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Uyku Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :- p:- Ns: anlamlı değil			

4.6.4.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Uyku Alt Boyutu Puan Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi, uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin uyku alt boyutu puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi, uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika uyku alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0,dk}=0.004$ $p=0.996$, $F_{30,dk}=0.026$ $p=0.974$, $F_{60,dk}=0.000$ $p=1.000$)($p>0.05$)(Tablo 56).

Tablo 56: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Uyku Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Uyku Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.996>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Uyku Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.974>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Uyku Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 1.000>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.6.5. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin hasta-ventilatör uyumu alt boyutu puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) hasta-ventilatör uyumu alt boyutu puan değerinin ortalaması 1.79 ± 0.83 , uygulama sırasında (30. dk) 1.70 ± 0.69 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.70 ± 0.68 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) hasta-ventilatör uyumu alt boyutu puan değerinin ortalaması 1.79 ± 0.77 , uygulama sırasında (30. dk) 1.70 ± 0.69 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.70 ± 0.69 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) hasta-ventilatör uyumu alt boyutu puan değerinin ortalaması 1.75 ± 0.79 , uygulama sırasında (30. dk) 1.75 ± 0.79 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.75 ± 0.79 idi (Tablo 57).

Tablo 57: Araştırmaya Katılan Hastaların Uygulama Türlerine ve Zamana Göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puan Değerlerinin Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Puan Ortalamaları Dağılımı

		Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyüklüğü
Hasta Ventilatör Uyumu		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
	Klasik Batı Müziği	1.79	0.83	1.70	0.69	1.70	0.68	2.091	0.135	0.083
	Klasik Türk Müziği	1.79	0.77	1.70	0.69	1.70	0.69	2.091	0.135	0.083
	Ses İzolasyonu	1.75	0.79	1.75	0.79	1.75	0.79	-	-	-
	F	0.022		0.033		0.026				
	P	0.979		0.967		0.974				

*p<0.05

4.6.5.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Hasta-Ventilatör Alt Boyutu Puan Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin hasta-ventilatör uyumu alt boyutu puanlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre hasta-ventilatör uyumu alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F= 2.091$ $p= 0.135$)($p>0.05$)(Tablo 58).



Tablo 58: Uygulama Türlerine Göre Hastaların Farklı Zamanlarındaki Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) : 0.083 p: 0.135>0.05			
Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) : 0.083 p: 0.135>0.05			
Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		Ns	Ns
30. dk	Ns		Ns
60. dk	Ns	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :- p:- Ns: anlamlı değil			

4.6.5.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Hasta-Ventilatör Alt Boyutu Puan Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puan değerlerinin hasta-ventilatör uyumu alt boyutu puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika hasta-ventilatör uyumu alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0.dk}=0.022$ $p=0.979$, $F_{30.dk}=0.033$ $p=0.967$, $F_{60.dk}=0.026$ $p=0.974$)($p>0.05$)(Tablo 59).

Tablo 59: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.979>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.967>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Hasta-Ventilatör Uyumu Alt Boyutu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.974>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.6.6. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Değerlendirmesi

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği toplam puan değerlerinin ortalamaları değerlendirilmiştir.

Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) sedasyon değerlendirme ölçeği puan değerinin ortalaması 15.25 ± 3.28 , uygulama sırasında (30. dk) 14.70 ± 2.98 ve uygulama sonrası (60. dk) 14.37 ± 2.71 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) sedasyon değerlendirme ölçeği puan değerinin ortalaması 15.04 ± 3.08 , uygulama sırasında (30. dk) 14.50 ± 3.06 ve uygulama sonrası (60. dk) 14.04 ± 3.01 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) sedasyon değerlendirme ölçeği puan değerinin ortalaması 15.08 ± 3.72 , uygulama sırasında (30. dk) 14.70 ± 3.60 ve uygulama sonrası (60. dk) 14.37 ± 3.17 idi (Tablo 60).

Tablo 60: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan Ortalamaları Dağılımı

		Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika		F	p	Etki Büyüklüğü
Toplam		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
	Klasik Batı Müziği	15.25	3.28	14.70	2.98	14.37	2.71	13.480	0.000*	0.370
	Klasik Türk Müziği	15.04	3.08	14.50	3.06	14.04	3.01	24.469	0.000*	0.515
	Ses İzolasyonu	15.08	3.72	14.70	3.60	14.37	3.17	10.969	0.000*	0.323
	F	0.026		0.033		0.101				
	P	0.975		0.967		0.905				

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme

Ölçeği' nin Toplam Puan Ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{Klasik Batı Müziği} = 13.480$ $p = 0.000^*$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 24.469$ $p = 0.000^*$, $F_{Ses İzolasyonu} = 10.969$ $p = 0.000^*$)($p < 0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır (Tablo 60).

4.6.6.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Değerlendirilmesi

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği toplam puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ölçülen toplam puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sonrası (30.dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen toplam puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) Toplam Puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen toplam puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 61). Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ölçülen toplam puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sonrası (30.dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen toplam puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama öncesi (0.dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen toplam puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu fark Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon

Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı (Tablo 62). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen toplam puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. Uygulama sırası (30.dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen toplam puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen toplam puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptandı. (Tablo 63).

Tablo 61: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.007	*0.001
30. dk	*0.007		Ns
60. dk	*0.001	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.370 $p:0.000<0.05$ *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 62: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.002	*0.000
30. dk	*0.002		*0.007
60. dk	*0.000	*0.007	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.515 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık			

Tablo 63: Ses İzolasyonu Uygulamasının Hastaların Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Sistolik Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Ölçüm zamanı	0. dk	30. dk	60. dk
0. dk		*0.028	*0.03
30. dk	*0.028		Ns
60. dk	*0.03	Ns	
Cohen's d (Etki Büyüklüğü) :0.323 p:0.000<0.05 *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

4.6.6.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Değerleri Arasındaki Farkın İncelenmesi

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan Puan Ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F_{0.dk}=0.026$ $p=0.975$, $F_{30.dk}=0.033$ $p=0.967$, $F_{60.dk}=0.101$ $p=0.905$)($p>0.05$) (Tablo 64).

Tablo 64: Uygulama Zamanına Göre Hastaların Farklı Uygulamalardaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Uygulama Öncesinde (0.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.975>0.05			
Uygulama Sırasında (30.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.967>0.05			
Uygulama Sonrasında (60.dk) Hastaların Farklı Uygulamalardaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam Puan Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı			
Uygulama Türü	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği		Ns	Ns
Klasik Türk Müziği	Ns		Ns
Ses İzolasyonu	Ns	Ns	
p: 0.905>0.05 Ns: anlamlı değil			

4.7. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Sonuçlarını Etkileyen Tanımlayıcı Değişkenlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu bölümde müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçları üzerine etkisi olan tanımlayıcı değişkenler incelendi.

4.7.1.Sistolik Kan Basıncı Değerleri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi

4.7.1.1.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen sistolik kan basıncı değerlerinin yaş gruplarına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 129.46 ± 19.19 mm/Hg (69 yaş ve altı), 129.72 ± 13.13 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.039$ $p = 0.969$)(Tablo 65). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 119.07 ± 18.68 mm/Hg (69 yaş ve altı), 125.90 ± 12.09 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.040$, $p = 0.309$)(Tablo 65). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 112.30 ± 17.73 mm/Hg (69 yaş ve altı), 121.45 ± 11.49 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.467$ $p = 0.157$)(Tablo 65).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 124.38 ± 20.54 mm/Hg (69 yaş ve altı), 128.72 ± 13.25 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.602$ $p = 0.553$)(Tablo 65). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 119.76 ± 19.18 mm/Hg (69 yaş ve altı), 124.36 ± 10.50 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.708$ $p = 0.486$)(Tablo 65). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 113.23 ± 17.40 mm/Hg (69 yaş ve altı),

117.63±9.92 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.742$ $p = 0.466$)(Tablo 65).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 125.69±19.91 mm/Hg (69 yaş ve altı), 134.72±15.53 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.221$ $p = 0.235$)(Tablo 65). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 119.23±17.75 mm/Hg (69 yaş ve altı), 129.90±12.77 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.661$ $p = 0.111$)(Tablo 65). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 115.15±17.04 mm/Hg (69 yaş ve altı), 124.72±13.03 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.522$ $p = 0.142$)(Tablo 65).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların yaş grubu sistolik kan basıncı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup yaşları ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun sistolik kan basıncı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 65).

Tablo 65: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Sistolik Kan Basıncı	Klasik Batı Müziği	69 yaş ve altı	129.46	19.19	119.07	18.68	112.30	17.73
		70 yaş ve üstü	129.72	13.13	125.90	12.09	121.45	11.49
		t	-0.039		-1.040		-1.467	
		p	0.969		0.309		0.157	
	Klasik Türk Müziği	69 yaş ve altı	124.38	20.54	119.76	19.18	113.23	17.40
		70 yaş ve üstü	128.72	13.25	124.36	10.50	117.63	9.92
		t	-0.602		-0.708		-0.742	
		p	0.553		0.486		0.466	
	Ses İzolasyonu	69 yaş ve altı	125.69	19.91	119.23	17.75	115.15	17.04
		70 yaş ve üstü	134.72	15.53	129.90	12.77	124.72	13.03
		t	-1.221		-1.661		-1.522	
		p	0.235		0.111		0.142	

4.7.1.2. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen sistolik kan basıncı değerlerinin cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması uygulama sırasında 129±10.91 mm/Hg (kadın), 129.87±18.81 mm/Hg (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.121$ $p = 0.905$) (Tablo 66). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 118.87±12.39 mm/Hg (kadın), 123.87±17.74 mm/Hg (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan

anlamli bir farklıliğın olmadığı belirlendi ($t = -0.711$ $p = 0.484$)(Tablo 66). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 112.50 ± 15.05 mm/Hg (kadın), 118.50 ± 15.94 mm/Hg (erkek)'dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklıliğın olmadığı belirlendi ($t = -0.884$ $p = 0.386$)(Tablo 66).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 122.75 ± 16.96 mm/Hg (kadın), 128.18 ± 17.81 mm/Hg (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklıliğın olmadığı belirlendi ($t = -0.716$ $p = 0.482$)(Tablo 66). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 118.87 ± 16.38 mm/Hg (kadın), 123.37 ± 15.61 mm/Hg (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklıliğın olmadığı belirlendi ($t = -0.655$ $p = 0.519$)(Tablo 66). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 110.12 ± 13.47 mm/Hg (kadın), 117.81 ± 14.49 mm/Hg (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklıliğın olmadığı belirlendi ($t = -1.252$ $p = 0.224$)(Tablo 66).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 126.62 ± 10.91 mm/Hg (kadın), 131.43 ± 21.13 mm/Hg (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklıliğın olmadığı belirlendi ($t = -0.735$ $p = 0.470$)(Tablo 66). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 121.25 ± 11.57 mm/Hg (kadın), 125.56 ± 18.36 mm/Hg (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklıliğın olmadığı belirlendi ($t = -0.603$ $p = 0.553$)(Tablo 66). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 116.37 ± 13.22 mm/Hg (kadın), 121.12 ± 17.10 mm/Hg (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklıliğın olmadığı belirlendi ($t = -0.687$ $p = 0.499$)(Tablo 66).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların cinsiyet sistolik kan basıncı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup cinsiyet ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun sistolik kan basıncı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 66).

Tablo 66: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
Sistolik Kan Basıncı			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
	Klasik Batı Müziği	Kadın	129	10.91	118.87	12.39	112.50	15.05
		Erkek	129.87	18.81	123.87	17.74	118.50	15.94
		t	-0.121		-0.711		-0.884	
		p	0.905		0.484		0.386	
	Klasik Türk Müziği	Kadın	122.75	16.96	118.87	16.38	110.12	13.47
		Erkek	128.18	17.81	123.37	15.61	117.81	14.49
		t	-0.716		-0.655		-1.252	
		p	0.482		0.519		0.224	
	Ses İzolasyonu	Kadın	126.62	10.91	121.25	11.57	116.37	13.22
		Erkek	131.43	21.13	125.56	18.36	121.12	17.10
		t	-0.735		-0.603		-0.687	
		p	0.470		0.553		0.499	

4.7.1.3. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen sistolik kan basıncı değerlerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 131.36 ± 13.67 mm/Hg (okur-yazar değil), 129.37 ± 12.45 mm/Hg (ilkokul), 126 ± 27.79 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.173$ $p= 0.843$)(Tablo 67). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 125.81 ± 11.70 mm/Hg (okur-yazar değil), 118.25 ± 14.41 mm/Hg (ilkokul), 120.60 ± 26.56 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.524$ $p= 0.600$)(Tablo 67). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 121.09 ± 10.55 mm/Hg (okur-yazar değil), 111.25 ± 15.71 mm/Hg (ilkokul), 114.80 ± 23.88 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı

müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.956$ $p= 0.401$)(Tablo 67).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 131.09 ± 12.40 mm/Hg (okur-yazar değil), 122.37 ± 18.56 mm/Hg (ilkokul), 122.40 ± 25.15 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.732$ $p= 0.493$)(Tablo 67). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 125.72 ± 10.70 mm/Hg (okur-yazar değil), 119.62 ± 17.24 mm/Hg (ilkokul), 117 ± 22.89 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.636$ $p= 0.539$)(Tablo 67). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 118.36 ± 10.60 mm/Hg (okur-yazar değil), 112.50 ± 12.89 mm/Hg (ilkokul), 112.80 ± 23.72 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.456$ $p= 0.640$)(Tablo 67).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 133.90 ± 15.40 mm/Hg (okur-yazar değil), 130.37 ± 19.77 mm/Hg (ilkokul), 120 ± 21.67 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 1.004$ $p= 0.383$)(Tablo 67). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 128.36 ± 13.41 mm/Hg (okur-yazar değil), 122.62 ± 17.23 mm/Hg (ilkokul), 117.20 ± 20.98 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.848$ $p= 0.443$)(Tablo 67). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 123.45 ± 13.17 mm/Hg (okur-yazar değil), 119 ± 17.56 mm/Hg (ilkokul), 111.80 ± 18.49 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.938$ $p= 0.407$)(Tablo 67).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların eğitim düzeyi sistolik kan basıncı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup eğitim düzeyleri ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun sistolik kan basıncı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 67).

Tablo 67: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Sistolik Kan Basıncı	Klasik Batı Müziği	Okur- yazar değil	131.36	13.67	125.81	11.70	121.09	10.55
		İlkokul	129.37	12.45	118.25	14.41	111.25	15.71
		Ortaokul ve üstü	126	27.79	120.60	26.56	114.80	23.88
		F	0.173		0.524		0.956	
		t	0.843		0.600		0.401	
	Klasik Türk Müziği	Okur- yazar değil	131.09	12.40	125.72	10.70	118.36	10.60
		İlkokul	122.37	18.56	119.62	17.24	112.50	12.89
		Ortaokul ve üstü	122.40	25.15	117	22.89	112.80	23.72
		F	0.732		0.636		0.456	
		t	0.493		0.539		0.640	
	Ses İzolasyonu	Okur- yazar değil	133.90	15.40	128.36	13.41	123.45	13.17
		İlkokul	130.37	19.77	122.62	17.23	119	17.56
		Ortaokul ve üstü	120	21.67	117.20	20.98	111.80	18.49
		F	1.004		0.848		0.938	
		t	0.383		0.443		0.407	

4.7.2.Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi

4.7.1.1.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen diyastolik kan basıncı değerlerinin yaş gruplarına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 67.07 ± 13.99 mm/Hg (69 yaş ve altı), 65.54 ± 12.06 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.284$ $p= 0.779$)(Tablo 68). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 63.92 ± 13.51 mm/Hg (69 yaş ve altı), 65.09 ± 12.22 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= -0.220$ $p= 0.828$)(Tablo 68). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 61.53 ± 13.13 mm/Hg (69 yaş ve altı), 61.63 ± 10.29 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= -0.020$ $p= 0.984$)(Tablo 68).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 66.46 ± 12.92 mm/Hg (69 yaş ve altı), 63 ± 11.40 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.689$ $p= 0.498$)(Tablo 68). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 65.38 ± 13.33 mm/Hg (69 yaş ve altı), 61.63 ± 10.86 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.746$ $p= 0.464$)(Tablo 68). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 63.61 ± 13.20 mm/Hg (69 yaş ve altı), 59.81 ± 10.23 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.776$ $p= 0.446$)(Tablo 68).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 65.46 ± 10.82 mm/Hg (69 yaş ve altı), 66.09 ± 13.32 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk diyastolik kan

basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.128$ $p = 0.900$)(Tablo 68). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 64.46 ± 10.78 mm/Hg (69 yaş ve altı), 64.81 ± 12.60 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.075$ $p = 0.941$)(Tablo 68). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 63.07 ± 10.31 mm/Hg (69 yaş ve altı), 63.54 ± 11.92 mm/Hg (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.103$ $p = 0.919$)(Tablo 68).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların yaş grubu diyastolik kan basıncı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup yaşları ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun diyastolik kan basıncı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 68).

Tablo 68: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Diyastolik Kan Basıncı	Klasik Batı Müziği	69 yaş ve altı	67.07	13.99	63.92	13.51	61.53	13.13
		70 yaş ve üstü	65.54	12.06	65.09	12.22	61.63	10.29
		t	0.284		-0.220		-0.020	
		p	0.779		0.828		0.984	
	Klasik Türk Müziği	69 yaş ve altı	66.46	12.92	65.38	13.33	63.61	13.20
		70 yaş ve üstü	63	11.40	61.63	10.86	59.81	10.23
		t	0.689		0.746		0.776	
		p	0.498		0.464		0.446	
	Ses İzolasyonu	69 yaş ve altı	65.46	10.82	64.46	10.78	63.07	10.31
		70 yaş ve üstü	66.09	13.32	64.81	12.60	63.54	11.92
		t	-0.128		-0.075		-0.103	
		p	0.900		0.941		0.919	

4.7.1.2.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen diyastolik kan basıncı değerlerinin cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 64.12 ± 14.85 mm/Hg (kadın), 67.50 ± 12.14 mm/Hg (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.596$ $p = 0.557$)(Tablo 69). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 63 ± 13.94 mm/Hg (kadın), 65.18 ± 12.40 mm/Hg (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.391$ $p = 0.699$)(Tablo 69). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 57.25 ± 10.06 mm/Hg (kadın), 63.75 ± 12.10 mm/Hg (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.306$ $p = 0.205$)(Tablo 69).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 62.75 ± 12.51 mm/Hg (kadın), 65.93 ± 12.18 mm/Hg (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.599$ $p = 0.555$)(Tablo 69). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 61.12 ± 13.03 mm/Hg (kadın), 64.93 ± 11.91 mm/Hg (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.717$ $p = 0.481$)(Tablo 69). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 59.25 ± 12.47 mm/Hg (kadın), 63.18 ± 11.70 mm/Hg (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.761$ $p = 0.455$)(Tablo 69).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 62.50 ± 9.24 mm/Hg (kadın), 67.37 ± 12.80 mm/Hg (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.955$ $p = 0.350$)(Tablo 69). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 62 ± 9.53 mm/Hg (kadın), 65.93 ± 12.28 mm/Hg (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.792$

$p= 0.437$)(Tablo 69). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 61 ± 9.41 mm/Hg (kadın), 64.43 ± 11.59 mm/Hg (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= -0.725$ $p= 0.476$)(Tablo 69).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların cinsiyet diyastolik kan basıncı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup cinsiyet ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun diyastolik kan basıncı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 69).

Tablo 69: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Diyastolik Kan Basıncı	Klasik Batı Müziği	Kadın	64.12	14.85	63	13.94	57.25	10.06
		Erkek	67.50	12.14	65.18	12.40	63.75	12.10
		t	-0.596		-0.391		-1.306	
		p	0.557		0.699		0.205	
	Klasik Türk Müziği	Kadın	62.75	12.51	61.12	13.03	59.25	12.47
		Erkek	65.93	12.18	64.93	11.91	63.18	11.70
		t	-0.599		-0.717		-0.761	
		p	0.555		0.481		0.455	
	Ses İzolasyonu	Kadın	62.50	9.24	62	9.53	61	9.41
		Erkek	67.37	12.80	65.93	12.28	64.43	11.59
		t	-0.955		-0.792		-0.725	
		p	0.350		0.437		0.476	

4.7.1.3. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen diyastolik kan basıncı değerlerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 66.45 ± 11.73 mm/Hg (okur-yazar değil), 66.87 ± 9.28 mm/Hg (ilkokul), 65.40 ± 21.40 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.019$ $p= 0.981$)(Tablo 70). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 65.63 ± 11.57 mm/Hg (okur-yazar değil), 64 ± 8.56 mm/Hg (ilkokul), 62.60 ± 21.24 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.098$ $p= 0.907$)(Tablo 70). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 61.36 ± 10.15 mm/Hg (okur-yazar değil), 62.12 ± 5.66 mm/Hg (ilkokul), 61.20 ± 21.63 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.012$ $p= 0.988$)(Tablo 70).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 64 ± 11.06 mm/Hg (okur-yazar değil), 66.50 ± 8.29 mm/Hg (ilkokul), 64.20 ± 20.24 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.100$ $p= 0.905$)(Tablo 70). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 62.45 ± 10.72 mm/Hg (okur-yazar değil), 66.12 ± 8.32 mm/Hg (ilkokul), 62.40 ± 20.54 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.229$ $p= 0.797$)(Tablo 70). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 60.45 ± 10.12 mm/Hg (okur-yazar değil), 64.62 ± 7.02 mm/Hg (ilkokul), 60.60 ± 21 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.304$ $p= 0.741$)(Tablo 70).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 66.18 ± 12.95 mm/Hg (okur-yazar değil), 65.37 ± 5.47 mm/Hg (ilkokul), 65.40 ± 17.98 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının

eğitim düzeyi açısından 0. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.013$ $p= 0.988$)(Tablo 70). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 65.45 ± 12.12 mm/Hg (okur-yazar değil), 63.25 ± 5.28 mm/Hg (ilkokul), 65 ± 17.98 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.083$ $p= 0.921$)(Tablo 70). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 64.09 ± 11.49 mm/Hg (okur-yazar değil), 62.50 ± 5.01 mm/Hg (ilkokul), 62.80 ± 17.25 mm/Hg (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.052$ $p= 0.950$)(Tablo 70).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların eğitim düzeyi diyastolik kan basıncı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup eğitim düzeyleri ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun diyastolik kan basıncı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 70).

Tablo 70: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Diyastolik Kan Basıncı	Klasik Batı Müziği	Okur- yazar değil	66.45	11.73	65.63	11.57	61.36	10.15
		İlkokul	66.87	9.28	64	8.56	62.12	5.66
		Ortaokul ve üstü	65.40	21.40	62.60	21.24	61.20	21.63
		F	0.019		0.098		0.012	
		t	0.981		0.907		0.988	
	Klasik Türk Müziği	Okur- yazar değil	64	11.06	62.45	10.72	60.45	10.12
		İlkokul	66.50	8.29	66.12	8.32	64.62	7.02
		Ortaokul ve üstü	64.20	20.24	62.40	20.54	60.60	21
		F	0.100		0.229		0.304	
		t	0.905		0.797		0.741	
	Ses İzolasyonu	Okur- yazar değil	66.18	12.95	65.45	12.12	64.09	11.49
		İlkokul	65.37	5.47	63.25	5.28	62.50	5.01
		Ortaokul ve üstü	65.40	17.98	65	17.98	62.80	17.25
		F	0.013		0.083		0.052	
		t	0.988		0.921		0.950	

4.7.3. Nabız Hızı Değeri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi

4.7.3.1. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen nabız hızı değerlerinin yaş gruplarına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 98.69 ± 14.12 vuruş (69 yaş ve altı), 88.90 ± 11 vuruş (70 yaş ve üstü)' tur. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = 1.866$, $p = 0.075$) (Tablo 71). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 95.23 ± 16.51 vuruş (69 yaş ve altı), 87.45 ± 11.51 vuruş (70 yaş ve üstü)' tur. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları

açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.313$ $p= 0.203$)(Tablo 71). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 94.15 ± 14.98 vuruş (69 yaş ve altı), 86.45 ± 11.03 vuruş (70 yaş ve üstü)' tur. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.409$ $p= 0.173$)(Tablo 71).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 99.07 ± 15.14 vuruş (69 yaş ve altı), 89.18 ± 10.83 vuruş (70 yaş ve üstü)' tur. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.808$ $p= 0.084$)(Tablo 71). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 95.30 ± 14.20 vuruş (69 yaş ve altı), 85.81 ± 11.89 vuruş (70 yaş ve üstü)' tur. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.754$ $p= 0.093$)(Tablo 71). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 93.46 ± 13.50 vuruş (69 yaş ve altı), 84.81 ± 11.30 vuruş (70 yaş ve üstü)' tur. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.681$ $p= 0.107$)(Tablo 71).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 96.84 ± 13.27 vuruş (69 yaş ve altı), 91 ± 14.47 vuruş (70 yaş ve üstü)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.032$ $p= 0.313$)(Tablo 71). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 93.76 ± 12.22 vuruş (69 yaş ve altı), 88.36 ± 12.77 vuruş (70 yaş ve üstü)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.057$ $p= 0.302$)(Tablo 71). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 92.76 ± 12.59 vuruş (69 yaş ve altı), 86.72 ± 13.06 vuruş (70 yaş ve üstü)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.151$ $p= 0.262$)(Tablo 71).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların yaş grubu nabız hızı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup yaşları ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun nabız hızı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 71).

Tablo 71: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Nabız	Klasik Batı Müziği	69 yaş ve altı	98.69	14.12	95.23	16.51	94.15	14.98
		70 yaş ve üstü	88.90	11	87.45	11.51	86.45	11.03
		t	1.866		1.313		1.409	
		p	0.075		0.203		0.173	
	Klasik Türk Müziği	69 yaş ve altı	99.07	15.14	95.30	14.20	93.46	13.50
		70 yaş ve üstü	89.18	10.83	85.81	11.89	84.81	11.30
		t	1.808		1.754		1.681	
		p	0.084		0.093		0.107	
	Ses İzolasyonu	69 yaş ve altı	96.84	13.27	93.76	12.22	92.76	12.59
		70 yaş ve üstü	91	14.47	88.36	12.77	86.72	13.06
		t	1.032		1.057		1.151	
		p	0.313		0.302		0.262	

4.7.3.2. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen nabız hızı değerlerinin cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 93.12 ± 13.35 vuruş (kadın), 94.75 ± 13.93 vuruş (erkek)' tur. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.273$ $p = 0.787$)(Tablo 72). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 90.12 ± 15.44 vuruş (kadın), 92.43 ± 14.75 vuruş (erkek)' tur. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.357$ $p = 0.725$)(Tablo 72).

Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 89.12 ± 15 vuruş (kadın), 91.37 ± 13.32 vuruş (erkek)' tur. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.374$ $p = 0.712$)(Tablo 72).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 93 ± 15.72 vuruş (kadın), 95.31 ± 13.53 vuruş (erkek)' tur. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.374$ $p = 0.712$)(Tablo 72). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 87.87 ± 15.34 vuruş (kadın), 92.50 ± 13.19 vuruş (erkek)' tur. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.768$ $p = 0.451$)(Tablo 72). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 86.25 ± 13.88 vuruş (kadın), 91.12 ± 12.74 vuruş (erkek)' tur. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.858$ $p = 0.400$)(Tablo 72).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 92.37 ± 13.52 vuruş (kadın), 95.06 ± 14.36 vuruş (erkek)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.440$ $p = 0.664$)(Tablo 72). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 89 ± 12.91 vuruş (kadın), 92.43 ± 12.56 vuruş (erkek)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.626$ $p = 0.538$)(Tablo 72). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 88.25 ± 13.02 vuruş (kadın), 90.87 ± 13.17 vuruş (erkek)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.462$ $p = 0.649$)(Tablo 72).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların cinsiyet nabız hızı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup cinsiyet ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. Dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun nabız hızı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 72).

Tablo 72: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
Nabız			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
	Klasik Batı Müziği	Kadın	93.12	13.35	90.12	15.44	89.12	15
		Erkek	94.75	13.93	92.43	14.75	91.37	13.32
		t	-0.273		-0.357		-0.374	
		p	0.787		0.725		0.712	
	Klasik Türk Müziği	Kadın	93	15.72	87.87	15.34	86.25	13.88
		Erkek	95.31	13.53	92.50	13.19	91.12	12.74
		t	-0.374		-0.768		-0.858	
		p	0.712		0.451		0.400	
	Ses İzolasyonu	Kadın	92.37	13.52	89	12.91	88.25	13.02
		Erkek	95.06	14.36	92.43	12.56	90.87	13.17
		t	-0.440		-0.626		-0.462	
		p	0.664		0.538		0.649	

4.7.3.3. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen nabız hızı değerlerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 89 ± 9.41 vuruş (okur-yazar değil), 92.37 ± 12.86 vuruş (ilkokul), 108.60 ± 13.86 vuruş (ortaokul ve üstü)' tur. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($F= 5.080$ $p= 0.016^*$)(Tablo 73). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 86.81 ± 9.84 vuruş (okur-yazar değil), 88.75 ± 14.38 vuruş (ilkokul), 107 ± 16.12 vuruş (ortaokul ve üstü)' tur. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($F= 4.560$ $p= 0.023^*$)(Tablo 73). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 85.81 ± 9.83 vuruş (okur-yazar değil), 88.62 ± 13.63 vuruş (ilkokul), 104.40 ± 13.81 vuruş (ortaokul ve üstü)'tur. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($F= 4.276$ $p= 0.028^*$)(Tablo 73).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 88.45 ± 9.60 vuruş (okur-yazar değil), 94.62 ± 16.56 vuruş (ilkokul), 107.80 ± 9.73 vuruş (ortaokul ve üstü)'tur. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($F= 4.191$ $p= 0.029^*$)(Tablo 73). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 84.72 ± 10.15 vuruş (okur-yazar değil), 91 ± 15.28 vuruş (ilkokul), 104.60 ± 9.31 vuruş (ortaokul ve üstü)'tur. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($F= 4.727$ $p= 0.020^*$)(Tablo 73). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 84.18 ± 10.22 vuruş (okur-yazar değil), 88.50 ± 13.89 vuruş (ilkokul), 102.80 ± 8.81 vuruş (ortaokul ve üstü)'tur. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($F= 4.666$ $p= 0.021^*$)(Tablo 73).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 89.45 ± 13.19 vuruş (okur-yazar değil), 94.25 ± 14.36 vuruş (ilkokul), 104.40 ± 10.73 vuruş (ortaokul ve üstü)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 2.212$ $p= 0.134$)(Tablo 73). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 86.54 ± 11.18 vuruş (okur-yazar değil), 91.62 ± 13.13 vuruş (ilkokul), 101.20 ± 10.03 vuruş (ortaokul ve üstü)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 2.714$ $p= 0.089$)(Tablo 73). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 85.18 ± 11.49 vuruş (okur-yazar değil), 89.87 ± 13.51 vuruş (ilkokul), 100.80 ± 9.85 vuruş (ortaokul ve üstü)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 2.946$ $p= 0.075$)(Tablo 73).

Tablo 73: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Nabız	Klasik Batı Müziği	Okur-yazar değil	89	9.41	86.81	9.84	85.81	9.83
		İlkokul	92.37	12.86	88.75	14.38	88.62	13.63
		Ortaokul ve üstü	108.60	13.86	107	16.12	104.40	13.81
		F	5.080		4.560		4.276	
		t	0.016*		0.023*		0.028*	
	Klasik Türk Müziği	Okur-yazar değil	88.45	9.60	84.72	10.15	84.18	10.22
		İlkokul	94.62	16.56	91	15.28	88.50	13.89
		Ortaokul ve üstü	107.80	9.73	104.60	9.31	102.80	8.81
		F	4.191		4.727		4.666	
		t	0.029*		0.020*		0.021*	
	Ses İzolasyonu	Okur-yazar değil	89.45	13.19	86.54	11.18	85.18	11.49
		İlkokul	94.25	14.36	91.62	13.13	89.87	13.51
		Ortaokul ve üstü	104.40	10.73	101.20	10.03	100.80	9.85
		F	2.212		2.714		2.946	
		t	0.134		0.089		0.075	

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından uygulama öncesi (0.dk), nabız hızı ölçüm değerlerinin okur-yazar olmayan grupla ortaokul ve üstü olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan hastaların uygulama öncesi nabız hızı ölçüm değerlerinin daha yüksek olduğu yönündedir (Tablo 74). Klasik Batı Müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından uygulama sırası (30.dk) nabız hızı ölçüm değerlerinin okur-yazar olmayan grupla

ortaokul ve üstü olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan hastaların uygulama sırası nabız hızı ölçüm değerlerinin daha yüksek olduğu yönündedir (Tablo 75). Klasik Batı Müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından uygulama sonrası (60.dk) nabız hızı ölçüm değerlerinin okur-yazar olmayan grupla ortaokul ve üstü olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan hastaların uygulama sonrası nabız hızı ölçüm değerlerinin daha yüksek olduğu yönündedir (Tablo 76). Klasik Türk Müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından uygulama öncesi (0.dk), nabız hızı ölçüm değerlerinin okur-yazar olmayan grupla ortaokul ve üstü olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan hastaların uygulama öncesi nabız hızı ölçüm değerlerinin daha yüksek olduğu yönündedir (Tablo 77). Klasik Türk Müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından uygulama sırası (30.dk) nabız hızı ölçüm değerlerinin okur-yazar olmayan grupla ortaokul ve üstü olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan hastaların uygulama sırası nabız hızı ölçüm değerlerinin daha yüksek olduğu yönündedir (Tablo 78). Klasik Türk Müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından uygulama sonrası (60.dk) nabız hızı ölçüm değerlerinin okur-yazar olmayan grupla ortaokul ve üstü olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olan hastaların uygulama sonrası nabız hızı ölçüm değerlerinin daha yüksek olduğu yönündedir (Tablo 79).

Tablo 74: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Öncesi (0. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	İlkokul	Ortaokul ve üstü
Okur-yazar değil		Ns	*
İlkokul	Ns		Ns
Ortaokul ve üstü	*	Ns	
*0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 75: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Sırası (30. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	İlkokul	Ortaokul ve üstü
Okur-yazar değil		Ns	*
İlkokul	Ns		Ns
Ortaokul ve üstü	*	Ns	
*0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 76: Klasik Batı Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Sonrası (60. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	İlkokul	Ortaokul ve üstü
Okur-yazar değil		Ns	*
İlkokul	Ns		Ns
Ortaokul ve üstü	*	Ns	
*0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 77: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Öncesi (0. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	İlkokul	Ortaokul ve üstü
Okur-yazar değil		Ns	*
İlkokul	Ns		Ns
Ortaokul ve üstü	*	Ns	
*0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 78: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Sırası (30. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	İlkokul	Ortaokul ve üstü
Okur-yazar değil		Ns	*
İlkokul	Ns		Ns
Ortaokul ve üstü	*	Ns	
*0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Tablo 79: Klasik Türk Müziği Uygulamasının Eğitim Düzeyi Açısından Uygulama Sonrası (60. dk) Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	İlkokul	Ortaokul ve üstü
Okur-yazar değil		Ns	*
İlkokul	Ns		Ns
Ortaokul ve üstü	*	Ns	
*0.05 düzeyinde anlamlı farklılık Ns: anlamlı değil			

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda ses izolasyonu uygulaması sonucunda hastaların eğitim düzeyi nabız hızı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup eğitim düzeyleri ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk ses izolasyonunun nabız hızı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir. Ancak klasik batı müziği ve klasik Türk müziği uygulamaları sonucunda hastaların eğitim düzeyi nabız hızı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup eğitim düzeyleri ortaokul ve üstü olan hastaların uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk klasik batı müziği ve klasik Türk müziğinin okur-yazar olmayan gruba göre daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 74-75-76-77-78-79).

4.7.4.Solunum Hızı Değeri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi

4.7.4.1.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen solunum hızı değerlerinin yaş gruplarına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 20.53 ± 5.10 (69 yaş ve altı), 21.09 ± 2.25 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.331$ $p = 0.743$)(Tablo 80). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 19.30 ± 5.21 (69 yaş ve altı), 19.45 ± 2.84 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.083$ $p = 0.934$)(Tablo 80). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 18.53 ± 4.61 (69 yaş ve altı), 19.27 ± 3 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.452$ $p = 0.655$)(Tablo 80).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 19.61 ± 4.40 (69 yaş ve altı), 20.27 ± 2 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.455$ $p = 0.653$)(Tablo 80). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 18.15 ± 3.60 (69 yaş ve altı), 18.63 ± 2.61 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.369$ $p =$

0.716)(Tablo 80). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 18.07 ± 3.59 (69 yaş ve altı), 18.45 ± 2.25 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.301$ $p = 0.766$)(Tablo 80).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 20.15 ± 4.87 (69 yaş ve altı), 20.72 ± 2.76 (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.345$ $p = 0.733$)(Tablo 80). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 18.61 ± 4.29 (69 yaş ve altı), 19.81 ± 2.08 (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.846$ $p = 0.406$)(Tablo 80). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 18.15 ± 4.43 (69 yaş ve altı), 18.81 ± 1.77 (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.465$ $p = 0.646$)(Tablo 80).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların yaş grubu solunum hızı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup yaşları ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun solunum hızı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 80).

Tablo 80: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Solunum	Klasik Batı Müziği	69 yaş ve altı	20.53	5.10	19.30	5.21	18.53	4.61
		70 yaş ve üstü	21.09	2.25	19.45	2.84	19.27	3
		t	-0.331		-0.083		-0.452	
		p	0.743		0.934		0.655	
	Klasik Türk Müziği	69 yaş ve altı	19.61	4.40	18.15	3.60	18.07	3.59
		70 yaş ve üstü	20.27	2	18.63	2.61	18.45	2.25
		t	-0.455		-0.369		-0.301	
		p	0.653		0.716		0.766	
	Ses İzolasyonu	69 yaş ve altı	20.15	4.87	18.61	4.29	18.15	4.43
		70 yaş ve üstü	20.72	2.76	19.81	2.08	18.81	1.77
		t	-0.345		-0.846		-0.465	
		p	0.733		0.406		0.646	

4.7.4.2. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen solunum hızı değerlerinin cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 21.12 ± 5.13 (kadın), 20.62 ± 3.46 (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = 0.284$ $p = 0.779$) (Tablo 81). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 19.87 ± 5.35 (kadın), 19.12 ± 3.68 (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan

anlamli bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.404$ $p= 0.690$)(Tablo 81). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 19.37 ± 4.59 (kadın), 18.62 ± 3.63 (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.437$ $p= 0.666$)(Tablo 81).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 19.25 ± 4.02 (kadın), 20.25 ± 3.23 (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= -0.659$ $p= 0.517$)(Tablo 81). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 18.75 ± 3.77 (kadın), 18.18 ± 2.88 (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.407$ $p= 0.688$)(Tablo 81). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 18.50 ± 3.89 (kadın), 18.12 ± 2.57 (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.283$ $p= 0.780$)(Tablo 81).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 20.50 ± 4.75 (kadın), 20.37 ± 3.70 (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.071$ $p= 0.944$)(Tablo 81). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 19.5 ± 4.86 (kadın), 19.0 ± 2.65 (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.328$ $p= 0.746$)(Tablo 81). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 19.12 ± 4.85 (kadın), 18.12 ± 2.57 (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.666$ $p= 0.512$)(Tablo 81).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların cinsiyet solunum hızı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup cinsiyet ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun solunum hızı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 81).

Tablo 81: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
Solunum			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
	Klasik Batı Müziği	Kadın	21.12	5.13	19.87	5.35	19.37	4.59
		Erkek	20.62	3.46	19.12	3.68	18.62	3.63
		t	0.284		0.404		0.437	
		p	0.779		0.690		0.666	
	Klasik Türk Müziği	Kadın	19.25	4.02	18.75	3.77	18.50	3.89
		Erkek	20.25	3.23	18.18	2.88	18.12	2.57
		t	-0.659		0.407		0.283	
		p	0.517		0.688		0.780	
	Ses İzolasyonu	Kadın	20.50	4.75	19.5	4.86	19.12	4.85
		Erkek	20.37	3.70	19.0	2.65	18.12	2.57
		t	0.071		0.328		0.666	
		p	0.944		0.746		0.512	

4.7.4.3. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen solunum hızı değerlerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 20.63 ± 1.50 (okur-yazar değil), 19.87 ± 2.99 (ilkokul), 22.60 ± 8.01 (ortaokul ve üstü)'dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F = 0.715$ $p = 0.501$)(Tablo 82). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 18.90 ± 2.11 (okur-yazar değil), 18.62 ± 2.72 (ilkokul), 21.60 ± 8.35 (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F = 0.884$ $p = 0.428$)(Tablo 82). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 18.54 ± 2.06 (okur-yazar değil), 18.37 ± 3.24 (ilkokul), 20.40 ± 7.36 (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk

solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F=0.466$ $p=0.634$)(Tablo 82).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 19.63 ± 1.56 (okur-yazar değil), 19.37 ± 3.66 (ilkokul), 21.40 ± 5.98 (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F=0.570$ $p=0.574$)(Tablo 82). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 18.36 ± 2.11 (okur-yazar değil), 18.37 ± 2.55 (ilkokul), 18.40 ± 5.81 (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F=0.000$ $p=1.000$)(Tablo 82). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 18.27 ± 2 (okur-yazar değil), 18.25 ± 2.18 (ilkokul), 18.20 ± 5.76 (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F=0.001$ $p=0.999$)(Tablo 82).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 20.27 ± 2.90 (okur-yazar değil), 20.75 ± 3.53 (ilkokul), 20.20 ± 6.90 (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F=0.039$ $p=0.962$)(Tablo 82). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 19.36 ± 2.24 (okur-yazar değil), 18.87 ± 2.58 (ilkokul), 19.20 ± 6.61 (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F=0.043$ $p=0.958$)(Tablo 82). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 18.72 ± 1.95 (okur-yazar değil), 17.75 ± 2.60 (ilkokul), 19 ± 6.67 (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F=0.250$ $p=0.781$)(Tablo 82).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların eğitim düzeyi solunum hızı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup eğitim düzeyleri ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun solunum hızı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 82).

Tablo 82: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Solunum	Klasik Batı Müziği	Okur-yazar değil	20.63	1.50	18.90	2.11	18.54	2.06
		İlkokul	19.87	2.99	18.62	2.72	18.37	3.24
		Ortaokul ve üstü	22.60	8.01	21.60	8.35	20.40	7.36
		F	0.715		0.884		0.466	
		t	0.501		0.428		0.634	
	Klasik Türk Müziği	Okur-yazar değil	19.63	1.56	18.36	2.11	18.27	2
		İlkokul	19.37	3.66	18.37	2.55	18.25	2.18
		Ortaokul ve üstü	21.40	5.98	18.40	5.81	18.20	5.76
		F	0.570		0.000		0.001	
		t	0.574		1.000		0.999	
	Ses İzolasyonu	Okur-yazar değil	20.27	2.90	19.36	2.24	18.72	1.95
		İlkokul	20.75	3.53	18.87	2.58	17.75	2.60
		Ortaokul ve üstü	20.20	6.90	19.20	6.61	19	6.67
		F	0.039		0.043		0.250	
		t	0.962		0.958		0.781	

4.7.5.Oksijen Satürasyonu Değeri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi

4.7.5.1.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen oksijen satürasyonu değerlerinin yaş gruplarına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 98.92 ± 1.38 (69 yaş ve altı), 97.90 ± 1.81 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.554$ $p= 0.135$)(Tablo 83). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 98.84 ± 1.21 (69 yaş ve altı), 98.27 ± 1.55 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.015$ $p= 0.321$)(Tablo 83). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 99 ± 1.22 (69 yaş ve altı), 98.36 ± 1.56 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.117$ $p= 0.276$)(Tablo 83).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 98.61 ± 1.12 (69 yaş ve altı), 98.18 ± 1.60 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.778$ $p= 0.445$)(Tablo 83). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 98.92 ± 1.44 (69 yaş ve altı), 98.45 ± 1.21 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.852$ $p= 0.403$)(Tablo 83). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 99.07 ± 1.11 (69 yaş ve altı), 98.72 ± 1.27 (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.718$ $p= 0.480$)(Tablo 83).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 99.07 ± 0.95 (69 yaş ve altı), 97.90 ± 1.70 (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 2.024$ $p= 0.061$)(Tablo 83). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 99.23 ± 1.01 (69 yaş ve altı), 98 ± 1.73 (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 2.076$ $p= 0.055$)(Tablo 83). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 99.23 ± 1.01 (69 yaş ve altı), 98 ± 1.34 (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($t= 2.560$ $p= 0.018^*$)(Tablo 83).

Tablo 83: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
Oksijen Satürasyonu			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
	Klasik Batı Müziği	69 yaş ve altı	98.92	1.38	98.84	1.21	99	1.22
		70 yaş ve üstü	97.90	1.81	98.27	1.55	98.36	1.56
		t	1.554		1.015		1.117	
		p	0.135		0.321		0.276	
	Klasik Türk Müziği	69 yaş ve altı	98.61	1.12	98.92	1.44	99.07	1.11
		70 yaş ve üstü	98.18	1.60	98.45	1.21	98.72	1.27
		t	0.778		0.852		0.718	
		p	0.445		0.403		0.480	
	Ses İzolasyonu	69 yaş ve altı	99.07	0.95	99.23	1.01	99.23	1.01
		70 yaş ve üstü	97.90	1.70	98	1.73	98	1.34
		t	2.024		2.076		2.560	
		p	0.061		0.055		0.018*	

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği uygulamaları sonucunda hastaların yaş grubu oksijen satürasyonu değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup yaşları ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun oksijen satürasyonu üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir. Ancak ses izolasyonu uygulamasında 69 yaş ve altı grubunda olan hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin 70 yaş ve üstü olan gruba göre daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 83).

4.7.5.2.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen oksijen satürasyonu değerlerinin cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 99.25 ± 1.16 (kadın), 98.06 ± 1.73 (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.743$ $p= 0.095$)(Tablo 84). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 99.25 ± 0.70 (kadın), 98.25 ± 1.52 (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.746$ $p= 0.095$)(Tablo 84). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 99.37 ± 1.06 (kadın), 98.37 ± 1.45 (erkek) Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.721$ $p= 0.099$)(Tablo 84).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 98.75 ± 1.28 (kadın), 98.25 ± 1.39 (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.851$ $p= 0.404$)(Tablo 84). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 99 ± 1.06 (kadın), 98.56 ± 1.45 (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 0.751$ $p= 0.461$)(Tablo 84). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 99.50 ± 0.75 (kadın), 98.62 ± 1.25 (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.799$ $p= 0.086$)(Tablo 84).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 99 ± 1.06 (kadın), 98.31 ± 1.57 (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.105$ $p= 0.281$)(Tablo 84). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 99.12 ± 1.35 (kadın), 98.43 ± 1.54 (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.066$ $p= 0.298$)(Tablo 84). Uygulama sonunda

60. dk değerlerinin ortalaması 99.25 ± 1.16 (kadın), 98.37 ± 1.31 (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t= 1.596$ $p= 0.125$)(Tablo 84).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların cinsiyet oksijen satürasyonu değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup cinsiyet ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun oksijen satürasyonu üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 84).

Tablo 84: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
Oksijen Satürasyonu			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
	Klasik Batı Müziği	Kadın	99.25	1.16	99.25	0.70	99.37	1.06
		Erkek	98.06	1.73	98.25	1.52	98.37	1.45
		t	1.743		1.746		1.721	
		p	0.095		0.095		0.099	
	Klasik Türk Müziği	Kadın	98.75	1.28	99	1.06	99.50	0.75
		Erkek	98.25	1.39	98.56	1.45	98.62	1.25
		t	0.851		0.751		1.799	
		p	0.404		0.461		0.086	
	Ses İzolasyonu	Kadın	99	1.06	99.12	1.35	99.25	1.16
		Erkek	98.31	1.57	98.43	1.54	98.37	1.31
		t	1.105		1.066		1.596	
		p	0.281		0.298		0.125	

4.7.5.3. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen oksijen satürasyonu değerlerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 98.18 ± 1.88 (okur-yazar değil), 98.50 ± 1.30 (ilkokul), 99 ± 1.73 (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi

açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.409$ $p= 0.670$)(Tablo 85). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 98.36 ± 1.56 (okur-yazar değil), 98.62 ± 1.30 (ilkokul), 99 ± 1.22 (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.350$ $p= 0.709$)(Tablo 85). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 98.63 ± 1.56 (okur-yazar değil), 98.62 ± 1.40 (ilkokul), 99 ± 1.22 (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.127$ $p= 0.881$)(Tablo 85).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 98.27 ± 1.61 (okur-yazar değil), 98.50 ± 1.19 (ilkokul), 98.60 ± 1.14 (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.115$ $p= 0.892$)(Tablo 85). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 98.54 ± 1.21 (okur-yazar değil), 98.75 ± 1.66 (ilkokul), 99 ± 1.22 (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.191$ $p= 0.828$)(Tablo 85). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 99.09 ± 1.22 (okur-yazar değil), 98.50 ± 1.30 (ilkokul), 99.20 ± 0.83 (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.751$ $p= 0.484$)(Tablo 85).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 98.27 ± 1.42 (okur-yazar değil), 98.50 ± 1.60 (ilkokul), 99.20 ± 1.30 (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.695$ $p= 0.510$)(Tablo 85). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 98.27 ± 1.79 (okur-yazar değil), 98.62 ± 1.18 (ilkokul), 99.60 ± 0.89 (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 1.410$ $p= 0.266$)(Tablo 85). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 98.45 ± 1.36 (okur-yazar değil), 98.62 ± 1.50 (ilkokul), 99.20 ± 0.83 (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.542$ $p= 0.589$)(Tablo 85).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların eğitim düzeyi oksijen satürasyonu değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup eğitim düzeyleri ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun oksijen satürasyonu üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 85).

Tablo 85: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Oksijen Satürasyonu	Klasik Batı Müziği	Okur- yazar değil	98.18	1.88	98.36	1.56	98.63	1.56
		İlkokul	98.50	1.30	98.62	1.30	98.62	1.40
		Ortaokul ve üstü	99	1.73	99	1.22	99	1.22
		F	0.409		0.350		0.127	
		t	0.670		0.709		0.881	
	Klasik Türk Müziği	Okur- yazar değil	98.27	1.61	98.54	1.21	99.09	1.22
		İlkokul	98.50	1.19	98.75	1.66	98.50	1.30
		Ortaokul ve üstü	98.60	1.14	99	1.22	99.20	0.83
		F	0.115		0.191		0.751	
		t	0.892		0.828		0.484	
	Ses İzolasyonu	Okur- yazar değil	98.27	1.42	98.27	1.79	98.45	1.36
		İlkokul	98.50	1.60	98.62	1.18	98.62	1.50
		Ortaokul ve üstü	99.20	1.30	99.60	0.89	99.20	0.83
		F	0.695		1.410		0.542	
		t	0.510		0.266		0.589	

4.7.6.Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değeri Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi

4.7.6.1.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen ekspirasyon dakika volümü değerlerinin yaş gruplarına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 8.89 ± 2.62 L/dk (69 yaş ve altı), 9.34 ± 2.09 L/dk (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.457$ $p = 0.652$)(Tablo 86). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 8.48 ± 2.29 L/dk (69 yaş ve altı), 9 ± 2.30 L/dk (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.547$ $p = 0.590$)(Tablo 86). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 8.03 ± 1.98 L/dk (69 yaş ve altı), 8.84 ± 2.37 L/dk (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.907$ $p = 0.374$)(Tablo 86).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 8.49 ± 2.64 L/dk (69 yaş ve altı), 9.06 ± 2.07 L/dk (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.571$ $p = 0.567$)(Tablo 86). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 8.45 ± 2.34 L/dk (69 yaş ve altı), 8 ± 2.20 L/dk (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.370$ $p = 0.715$)(Tablo 86). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 8.32 ± 2.41 L/dk (69 yaş ve altı), 8.60 ± 2.06 L/dk (70 yaş ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.299$ $p = 0.768$)(Tablo 86).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 8.61 ± 2.26 L/dk (69 yaş ve altı), 9.35 ± 2.65 L/dk (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 0. dk

ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.738$ $p = 0.468$)(Tablo 86). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 8.38 ± 2.27 L/dk (69 yaş ve altı), 9.34 ± 2.01 L/dk (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.086$ $p = 0.289$)(Tablo 86). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 8.30 ± 2.10 L/dk (69 yaş ve altı), 8.94 ± 1.69 L/dk (70 yaş ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının yaş grupları açısından 60. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.816$ $p = 0.423$)(Tablo 86).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların yaş grubu ekspirasyon dakika volümü değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup yaşları ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun ekspirasyon dakika volümü üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 86).

Tablo 86: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
Ekspirasyon Dakika Volümü			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
	Klasik Batı Müziği	69 yaş ve altı	8.89	2.62	8.48	2.29	8.03	1.98
		70 yaş ve üstü	9.34	2.09	9	2.30	8.84	2.37
		t	-0.457		-0.547		-0.907	
		p	0.652		0.590		0.374	
	Klasik Türk Müziği	69 yaş ve altı	8.49	2.64	8.45	2.34	8.32	2.41
		70 yaş ve üstü	9.06	2.07	8	2.20	8.60	2.06
		t	-0.571		-0.370		-0.299	
		p	0.567		0.715		0.768	
	Ses İzolasyonu	69 yaş ve altı	8.61	2.26	8.38	2.27	8.30	2.10
		70 yaş ve üstü	9.35	2.65	9.34	2.01	8.94	1.69
		t	-0.738		-1.086		-0.816	
		p	0.468		0.289		0.423	

4.7.6.2. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen ekspirasyon dakika volümü değerlerinin cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 8.44 ± 1.46 L/dk (kadın), 9.43 ± 2.68 L/dk (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.966$ $p = 0.344$)(Tablo 87). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 8.07 ± 1.51 L/dk

(kadın), 9.04 ± 2.53 L/dk (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.987$ $p = 0.334$)(Tablo 87). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 7.95 ± 1.47 L/dk (kadın), 8.63 ± 2.44 L/dk (erkek)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -0.726$ $p = 0.475$)(Tablo 87).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 7.80 ± 1.75 L/dk (kadın), 9.23 ± 2.53 L/dk (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.428$ $p = 0.167$)(Tablo 87). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 7.63 ± 1.97 L/dk (kadın), 9.10 ± 2.26 L/dk (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.555$ $p = 0.137$)(Tablo 87). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 7.48 ± 1.89 L/dk (kadın), 8.93 ± 2.25 L/dk (erkek)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.551$ $p = 0.135$)(Tablo 87).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 8.07 ± 1.93 L/dk (kadın), 9.39 ± 2.57 L/dk (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 0. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.275$ $p = 0.216$)(Tablo 87). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 8.08 ± 1.65 L/dk (kadın), 9.19 ± 2.34 L/dk (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.189$ $p = 0.247$)(Tablo 87). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 7.86 ± 1.53 L/dk (kadın), 8.96 ± 2.02 L/dk (erkek)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının cinsiyet açısından 60. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($t = -1.349$ $p = 0.191$)(Tablo 87).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların cinsiyet ekspirasyon dakika volümü değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup cinsiyet ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun ekspirasyon dakika volümü üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 87).

Tablo 87:Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Cinsiyete Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Ekspirasyon Dakika Volümü	Klasik Batı Müziği	Kadın	8.44	1.46	8.07	1.51	7.95	1.47
		Erkek	9.43	2.68	9.04	2.53	8.63	2.44
		t	-0.966		-0.987		-0.726	
		p	0.344		0.334		0.475	
	Klasik Türk Müziği	Kadın	7.80	1.75	7.63	1.97	7.48	1.89
		Erkek	9.23	2.53	9.10	2.26	8.93	2.25
		t	-1.428		-1.555		-1.551	
		p	0.167		0.137		0.135	
	Ses İzolasyonu	Kadın	8.07	1.93	8.08	1.65	7.86	1.53
		Erkek	9.39	2.57	9.19	2.34	8.96	2.02
		t	-1.275		-1.189		-1.349	
		p	0.216		0.247		0.191	

4.7.6.3.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen ekspirasyon dakika volümü değerlerinin eğitim düzeylerine göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 9.07 ± 1.50 L/dk (okur-yazar değil), 9.20 ± 2.72 L/dk (ilkokul), 9 ± 3.64 L/dk (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.011$ $p= 0.989$)(Tablo 88). Uygulama sırasında

30. dk değerlerinin ortalaması 8.62 ± 1.70 L/dk (okur-yazar değil), 9.03 ± 2.71 L/dk (ilkokul), 8.44 ± 2.98 L/dk (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.118$ $p= 0.889$)(Tablo 88). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 8.45 ± 1.67 L/dk (okur-yazar değil), 8.80 ± 2.94 L/dk (ilkokul), 7.68 ± 1.94 L/dk (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.395$ $p= 0.679$)(Tablo 88).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 8.79 ± 1.48 L/dk (okur-yazar değil), 8.96 ± 2.99 L/dk (ilkokul), 8.34 ± 3.27 L/dk (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.100$ $p= 0.905$)(Tablo 88). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 8.54 ± 1.56 L/dk (okur-yazar değil), 8.92 ± 3.10 L/dk (ilkokul), 8.26 ± 2.32 L/dk (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.134$ $p= 0.875$)(Tablo 88). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 8.40 ± 1.50 L/dk (okur-yazar değil), 8.72 ± 2.96 L/dk (ilkokul), 8.12 ± 2.62 L/dk (ortaokul ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.111$ $p= 0.896$)(Tablo 88).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 8.98 ± 2.21 L/dk (okur-yazar değil), 9.26 ± 2.89 L/dk (ilkokul), 8.40 ± 2.49 L/dk (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 0. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.183$ $p= 0.834$)(Tablo 88). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 8.96 ± 1.40 L/dk (okur-yazar değil), 9.08 ± 2.95 L/dk (ilkokul), 8.10 ± 2.43 L/dk (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.340$ $p= 0.715$)(Tablo 88). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 8.71 ± 1.35 L/dk (okur-yazar değil), 8.80 ± 2.52 L/dk (ilkokul), 8 ± 2.19 L/dk (ortaokul ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının eğitim düzeyi açısından 60. dk ekspirasyon dakika

volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.290$ $p= 0.751$)(Tablo 88).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların eğitim düzeyi ekspirasyon dakika volümü değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup eğitim düzeyleri ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun ekspirasyon dakika volümü üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 88).

Tablo 88: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
Ekspirasyon Dakika Volümü			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
	Klasik Batı Müziği	Okur-yazar değil	9.07	1.50	8.62	1.70	8.45	1.67
		İlkokul	9.20	2.72	9.03	2.71	8.80	2.94
		Ortaokul ve üstü	9	3.64	8.44	2.98	7.68	1.94
		F	0.011		0.118		0.395	
		t	0.989		0.889		0.679	
	Klasik Türk Müziği	Okur-yazar değil	8.79	1.48	8.54	1.56	8.40	1.50
		İlkokul	8.96	2.99	8.92	3.10	8.72	2.96
		Ortaokul ve üstü	8.34	3.27	8.26	2.32	8.12	2.62
		F	0.100		0.134		0.111	
		t	0.905		0.875		0.896	
	Ses İzolasyonu	Okur-yazar değil	8.98	2.21	8.96	1.40	8.71	1.35
		İlkokul	9.26	2.89	9.08	2.95	8.80	2.52
		Ortaokul ve üstü	8.40	2.49	8.10	2.43	8	2.19
		F	0.183		0.340		0.290	
		t	0.834		0.715		0.751	

4.8.Hastaların Klinik Özelliklere Göre Etkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi

4.8.1.Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Hemodinamik Değerlerinin Dağılımı

Bu bölümde müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçları üzerine etkisi olan mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresinin etkisi incelendi.

4.8.1.1.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen sistolik kan basıncı değerlerinin mekanik ventilasyon desteğinde olma gün sayısına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 131 ± 15.36 mm/Hg (1-10 gün), 126.57 ± 11.47 mm/Hg (11-20 gün), 130.63 ± 21.97 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.156$ $p= 0.856$)(Tablo 89). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 117.56 ± 14.12 mm/Hg (1-10 gün), 123.14 ± 12.43 mm/Hg (11-20 gün), 126.63 ± 20.88 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.673$ $p= 0.521$)(Tablo 89). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 110.67 ± 15.73 mm/Hg (1-10 gün), 117.14 ± 11.44 mm/Hg (11-20 gün), 122.50 ± 17.86 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 1.255$ $p= 0.306$)(Tablo 89).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 120.11 ± 20 mm/Hg (1-10 gün), 128 ± 10.74 mm/Hg (11-20 gün), 132 ± 18.59 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 1.040$ $p= 0.371$)(Tablo 89). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 115.89 ± 17.35 mm/Hg (1-10 gün), 123 ± 12.36 mm/Hg (11-20 gün), 127.63 ± 15.70 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği

uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 1.239$ $p= 0.310$)(Tablo 89). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 109.56 ± 14.32 mm/Hg (1-10 gün), 114.71 ± 7.57 mm/Hg (11-20 gün), 122.13 ± 17.24 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 1.736$ $p= 0.201$)(Tablo 89).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların sistolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 130.11 ± 19 mm/Hg (1-10 gün), 129.14 ± 16 mm/Hg (11-20 gün), 130.13 ± 21.48 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.006$ $p= 0.994$)(Tablo 89). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 123.11 ± 17.69 mm/Hg (1-10 gün), 122 ± 13.58 mm/Hg (11-20 gün), 127.12 ± 18.42 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.198$ $p= 0.822$)(Tablo 89). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 119.11 ± 18.56 mm/Hg (1-10 gün), 118.14 ± 12.64 mm/Hg (11-20 gün), 121.25 ± 16.81 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.071$ $p= 0.931$)(Tablo 89).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların yaş grubu sistolik kan basıncı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup yaşları ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun sistolik kan basıncı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 89).

Tablo 89: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
Sistolik Kan Basıncı			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
	Klasik Batı Müziği	1-10 gün	131	15.36	117.56	14.12	110.67	15.73
		11-20 gün	126.57	11.47	123.14	12.43	117.14	11.44
		21 ve üstü	130.63	21.97	126.63	20.88	122.50	17.86
		F	0.156		0.673		1.255	
		t	0.856		0.521		0.306	
	Klasik Türk Müziği	1-10 gün	120.11	20	115.89	17.35	109.56	14.32
		11-20 gün	128	10.74	123	12.36	114.71	7.57
		21 ve üstü	132	18.59	127.63	15.70	122.13	17.24
		F	1.040		1.239		1.736	
		t	0.371		0.310		0.201	
	Ses İzolasyonu	1-10 gün	130.11	19	123.11	17.69	119.11	18.56
		11-20 gün	129.14	16	122	13.58	118.14	12.64
		21 ve üstü	130.13	21.48	127.12	18.42	121.25	16.81
		F	0.006		0.198		0.071	
		t	0.994		0.822		0.931	

4.8.1.2. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen diyastolik kan basıncı değerlerinin mekanik ventilasyon desteğinde olma gün sayısına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 66 ± 12.50 mm/Hg (1-10 gün), 63.14 ± 3.72 mm/Hg

(11-20 gün), 69.63 ± 18.24 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.456$ $p= 0.640$)(Tablo 90). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 63.78 ± 11.87 mm/Hg (1-10 gün), 62.14 ± 4.41 mm/Hg (11-20 gün), 67.25 ± 18.30 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.304$ $p= 0.741$)(Tablo 90). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 58.22 ± 8.71 mm/Hg (1-10 gün), 61 ± 4.08 mm/Hg (11-20 gün), 65.88 ± 17.62 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.916$ $p= 0.415$)(Tablo 90).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 61.33 ± 7.68 mm/Hg (1-10 gün), 66.57 ± 7.76 mm/Hg (11-20 gün), 67.38 ± 18.36 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.602$ $p= 0.557$)(Tablo 90). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 60.33 ± 8.80 mm/Hg (1-10 gün), 63.86 ± 8.36 mm/Hg (11-20 gün), 67.25 ± 17.55 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.667$ $p= 0.524$)(Tablo 90). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 59 ± 8.63 mm/Hg (1-10 gün), 62.86 ± 7.34 mm/Hg (11-20 gün), 64.25 ± 17.65 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.428$ $p= 0.658$)(Tablo 90).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalaması 65.11 ± 6.81 mm/Hg (1-10 gün), 64.14 ± 5.40 mm/Hg (11-20 gün), 67.88 ± 19.20 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.194$ $p= 0.825$)(Tablo 90). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 64.22 ± 7.51 mm/Hg (1-10 gün), 62.28 ± 4.61 mm/Hg (11-20 gün), 67.12 ± 18.19 mm/Hg (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının

mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.326$ $p= 0.726$)(Tablo 90). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 62.88 ± 7.65 mm/Hg (1-10 gün), 61.57 ± 4.31 mm/Hg (11-20 gün), 65.25 ± 17.18 mm/Hg (21 ve üstü) 'dır. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.210$ $p= 0.813$)(Tablo 90).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların yaş grubu diyastolik kan basıncı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup yaşları ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun diyastolik kan basıncı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 90).

Tablo 90: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Diyastolik Kan Basıncı	Klasik Batı Müziği	1-10 gün	66	12.50	63.78	11.87	58.22	8.71
		11-20 gün	63.14	3.72	62.14	4.41	61	4.08
		21 ve üstü	69.63	18.24	67.25	18.30	65.88	17.62
		F	0.456		0.304		0.916	
		t	0.640		0.741		0.415	
	Klasik Türk Müziği	1-10 gün	61.33	7.68	60.33	8.80	59	8.63
		11-20 gün	66.57	7.76	63.86	8.36	62.86	7.34
		21 ve üstü	67.38	18.36	67.25	17.55	64.25	17.65
		F	0.602		0.667		0.428	
		t	0.557		0.524		0.658	
	Ses İzolasyonu	1-10 gün	65.11	6.81	64.22	7.51	62.88	7.65
		11-20 gün	64.14	5.40	62.28	4.61	61.57	4.31
		21 ve üstü	67.88	19.20	67.12	18.19	65.25	17.18
		F	0.194		0.326		0.210	
		t	0.825		0.726		0.813	

4.8.1.3. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen nabız hızı değerlerinin mekanik ventilasyon desteğinde olma gün sayısına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 94.56 ± 13.28 vuruş (1-10 gün), 93.29 ± 10.78 vuruş (11-20 gün), 94.63 ± 17.15 vuruş (21 ve üstü)' tur. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı

bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.021$ $p= 0.979$)(Tablo 91). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 91.11 ± 15.91 vuruş (1-10 gün), 91.43 ± 10.23 vuruş (11-20 gün), 92.50 ± 18.13 vuruş (21 ve üstü)' tur. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.019$ $p= 0.982$)(Tablo 91). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 90.33 ± 14.66 vuruş (1-10 gün), 91 ± 9.59 vuruş (11-20 gün), 90.63 ± 16.88 vuruş (21 ve üstü)' tur. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.004$ $p= 0.996$)(Tablo 91).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 93.67 ± 15.79 vuruş (1-10 gün), 97.29 ± 12.13 vuruş (11-20 gün), 93.13 ± 14.91 vuruş (21 ve üstü)' tur. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.179$ $p= 0.937$)(Tablo 91). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 89.11 ± 16.40 vuruş (1-10 gün), 94.14 ± 10.02 vuruş (11-20 gün), 90.25 ± 14.70 vuruş (21 ve üstü)' tur. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.260$ $p= 0.773$)(Tablo 91). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 88 ± 14.95 vuruş (1-10 gün), 91.71 ± 8.85 vuruş (11-20 gün), 89.25 ± 15.12 vuruş (21 ve üstü)' tur. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.150$ $p= 0.862$)(Tablo 91).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların nabız hızı değerlerinin ortalaması 94.89 ± 16.46 vuruş (1-10 gün), 94 ± 7.92 vuruş (11-20 gün), 93.50 ± 16.31 vuruş (21 ve üstü)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.020$ $p= 0.980$)(Tablo 91). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 91.66 ± 15.58 vuruş (1-10 gün), 91.28 ± 6.26 vuruş (11-20 gün), 90.87 ± 14.25 vuruş (21 ve üstü)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.008$ $p= 0.992$)(Tablo 91). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 90.55 ± 15.84 vuruş (1-10 gün), 90.28 ± 6.26 vuruş (11-20 gün), 89.12 ± 14.99 vuruş (21 ve üstü)' tur. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60.

dk nabız hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F=0.026$ $p=0.974$)(Tablo 91).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların yaş grubu nabız hızı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup yaşları ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun nabız hızı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 91).

Tablo 91: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Nabız Hızı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Nabız	Klasik Batı Müziği	1-10 gün	94.56	13.28	91.11	15.91	90.33	14.66
		11-20 gün	93.29	10.78	91.43	10.23	91	9.59
		21 ve üstü	94.63	17.15	92.50	18.13	90.63	16.88
		F	0.021		0.019		0.004	
		t	0.979		0.982		0.996	
	Klasik Türk Müziği	1-10 gün	93.67	15.79	89.11	16.40	88	14.95
		11-20 gün	97.29	12.13	94.14	10.02	91.71	8.85
		21 ve üstü	93.13	14.91	90.25	14.70	89.25	15.12
		F	0.179		0.260		0.150	
		t	0.937		0.773		0.862	
	Ses İzolasyonu	1-10 gün	94.89	16.46	91.66	15.58	90.55	15.84
		11-20 gün	94	7.92	91.28	6.26	90.28	6.26
		21 ve üstü	93.50	16.31	90.87	14.25	89.12	14.99
		F	0.020		0.008		0.026	
		t	0.980		0.992		0.974	

4.8.1.4.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen solunum hızı değerlerinin mekanik ventilasyon desteğinde olma gün sayısına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 21.78 ± 5.33 (1-10 gün), 19.43 ± 2.07 (11-20 gün), 20.88 ± 3.60 (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.666$ $p= 0.525$)(Tablo 92). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 20.22 ± 5.97 (1-10 gün), 18.14 ± 0.90 (11-20 gün), 19.50 ± 3.78 (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.463$ $p= 0.636$)(Tablo 92). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 19.44 ± 5.43 (1-10 gün), 18 ± 1.63 (11-20 gün), 19 ± 3.55 (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.259$ $p= 0.774$)(Tablo 92).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 20 ± 4.74 (1-10 gün), 19.43 ± 2.99 (11-20 gün), 20.25 ± 2.38 (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.101$ $p= 0.905$)(Tablo 92). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 18.78 ± 4.74 (1-10 gün), 17.71 ± 1.11 (11-20 gün), 18.50 ± 2.20 (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.221$ $p= 0.804$)(Tablo 92). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 18.22 ± 4.52 (1-10 gün), 18 ± 1.63 (11-20 gün), 18.50 ± 1.93 (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.048$ $p= 0.953$)(Tablo 92).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların solunum hızı değerlerinin ortalaması 21.22 ± 5.65 (1-10 gün), 19.86 ± 2.41 (11-20 gün), 20 ± 3.02 (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı

belirlendi ($F= 0.279$ $p= 0.759$)(Tablo 92). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 20.11 ± 5.21 (1-10 gün), 18.42 ± 1.27 (11-20 gün), 18.75 ± 2.19 (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.534$ $p= 0.594$)(Tablo 92). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 19.44 ± 5.05 (1-10 gün), 17.57 ± 1.71 (11-20 gün), 18.12 ± 2.17 (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk solunum hızı değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.624$ $p= 0.545$)(Tablo 92).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların yaş grubu solunum hızı değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup yaşları ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun solunum hızı üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 92).

Tablo 92: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Solunum Hızı Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
Solunum	Klasik Batı Müziği		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
		1-10 gün	21.78	5.33	20.22	5.97	19.44	5.43
		11-20 gün	19.43	2.07	18.14	0.90	18	1.63
		21 ve üstü	20.88	3.60	19.50	3.78	19	3.55
		F	0.666		0.463		0.259	
		t	0.525		0.636		0.774	
	Klasik Türk Müziği	1-10 gün	20	4.74	18.78	4.74	18.22	4.52
		11-20 gün	19.43	2.99	17.71	1.11	18	1.63
		21 ve üstü	20.25	2.38	18.50	2.20	18.50	1.93
		F	0.101		0.221		0.048	
		t	0.905		0.804		0.953	
	Ses İzolasyonu	1-10 gün	21.22	5.65	20.11	5.21	19.44	5.05
		11-20 gün	19.86	2.41	18.42	1.27	17.57	1.71
		21 ve üstü	20	3.02	18.75	2.19	18.12	2.17
		F	0.279		0.534		0.624	
		t	0.759		0.594		0.545	

4.8.1.5.Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen oksijen satürasyonu değerlerinin mekanik ventilasyon desteğinde olma gün sayısına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 98.44 ± 2.01 (1-10 gün), 98.43 ± 1.40 (11-20 gün), 98.50 ± 1.60 (21 ve üstü)'dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.004$ $p= 0.996$)(Tablo 93). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 98.78 ± 1.39 (1-10 gün), 98.57 ± 1.27 (11-20 gün), 98.38 ± 1.60 (21 ve üstü)'dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.168$ $p= 0.847$)(Tablo 93). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 98.89 ± 1.45 (1-10 gün), 98.43 ± 1.40 (11-20 gün), 98.75 ± 1.49 (21 ve üstü)'dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.204$ $p= 0.817$)(Tablo 93).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 98.67 ± 1.22 (1-10 gün), 98.14 ± 1.21 (11-20 gün), 98.38 ± 1.69 (21 ve üstü)'dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.284$ $p= 0.756$)(Tablo 93). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 99 ± 0.87 (1-10 gün), 98.43 ± 1.81 (11-20 gün), 98.63 ± 1.41 (21 ve üstü)'dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.363$ $p= 0.700$)(Tablo 93). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 99.22 ± 1.09 (1-10 gün), 98.57 ± 1.13 (11-20 gün), 98.88 ± 1.36 (21 ve üstü)'dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.588$ $p= 0.564$)(Tablo 93).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların oksijen satürasyonu değerlerinin ortalaması 98.56 ± 1.88 (1-10 gün), 98.71 ± 1.11 (11-20 gün), 98.38 ± 1.30 (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.096$ $p= 0.909$)(Tablo 93). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 98.50 ± 1.81 (1-10 gün), 98.57 ± 1.27 (11-20 gün), 98.87 ± 1.46 (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.108$ $p= 0.898$)(Tablo 93). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 98.88 ± 1.54 (1-10 gün), 98.42 ± 1.13 (11-20 gün), 98.62 ± 1.30 (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.233$ $p= 0.794$) (Tablo 93).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi oksijen satürasyonu değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun oksijen satürasyonu üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 93).

Tablo 93: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
Oksijen Satürasyonu			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
	Klasik Batı Müziği	1-10 gün	98.44	2.01	98.78	1.39	98.89	1.45
		11-20 gün	98.43	1.40	98.57	1.27	98.43	1.40
		21 ve üstü	98.50	1.60	98.38	1.60	98.75	1.49
		F	0.004		0.168		0.204	
		t	0.996		0.847		0.817	
	Klasik Türk Müziği	1-10 gün	98.67	1.22	99	0.87	99.22	1.09
		11-20 gün	98.14	1.21	98.43	1.81	98.57	1.13
		21 ve üstü	98.38	1.69	98.63	1.41	98.88	1.36
		F	0.284		0.363		0.588	
		t	0.756		0.700		0.564	
	Ses İzolasyonu	1-10 gün	98.56	1.88	98.50	1.81	98.88	1.54
		11-20 gün	98.71	1.11	98.57	1.27	98.42	1.13
		21 ve üstü	98.38	1.30	98.87	1.46	98.62	1.30
		F	0.096		0.108		0.233	
		t	0.909		0.898		0.794	

4.8.1.6. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı

Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamalarının sonuçlarını etkileyen ekspirasyon dakika volümü değerlerinin mekanik ventilasyon desteğinde olma gün sayısına göre dağılımı incelenmiştir.

Klasik Batı müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 9.18 ± 2.56 L/dk (1-10 gün), 8.79 ± 2.01 L/dk

(11-20 gün), 9.29 ± 2.68 L/dk (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.085$ $p= 0.918$)(Tablo 94). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 8.80 ± 2.70 L/dk (1-10 gün), 8.83 ± 1.82 L/dk (11-20 gün), 8.54 ± 2.36 L/dk (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.037$ $p= 0.964$)(Tablo 94). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 8.71 ± 2.82 L/dk (1-10 gün), 8.56 ± 1.97 L/dk (11-20 gün), 7.94 ± 1.60 L/dk (21 ve üstü)' dir. Klasik batı müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.276$ $p= 0.762$)(Tablo 94).

Klasik Türk müziği uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 8.64 ± 2.95 L/dk (1-10 gün), 8.71 ± 1.98 L/dk (11-20 gün), 8.91 ± 2.24 L/dk (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.026$ $p= 0.974$)(Tablo 94). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 8.40 ± 2.95 L/dk (1-10 gün), 8.79 ± 2.04 L/dk (11-20 gün), 8.70 ± 1.68 L/dk (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.062$ $p= 0.940$)(Tablo 94). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 8.14 ± 2.85 L/dk (1-10 gün), 8.69 ± 1.95 L/dk (11-20 gün), 8.59 ± 1.82 L/dk (21 ve üstü)' dir. Klasik Türk müziği uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.130$ $p= 0.876$)(Tablo 94).

Ses izolasyonu uygulamasında; uygulamaya başlamadan önce 0. dk hastaların ekspirasyon dakika volümü değerlerinin ortalaması 9.23 ± 3.09 L/dk (1-10 gün), 9 ± 1.83 L/dk (11-20 gün), 8.60 ± 2.28 L/dk (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 0. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.136$ $p= 0.874$)(Tablo 94). Uygulama sırasında 30. dk değerlerinin ortalaması 8.87 ± 2.89 L/dk (1-10 gün), 8.86 ± 1.94 L/dk (11-20 gün), 8.73 ± 1.61 L/dk (21 ve üstü)' dir. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik

ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 30. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.009$ $p= 0.991$)(Tablo 94). Uygulama sonunda 60. dk değerlerinin ortalaması 8.56 ± 2.47 L/dk (1-10 gün), 8.72 ± 1.82 L/dk (11-20 gün), 8.51 ± 1.49 L/dk (21 ve üstü) ‘dır. Ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresi açısından 60. dk ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ($F= 0.023$ $p= 0.977$)(Tablo 94).

Sonuç olarak, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda klasik batı müziği, klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamaları sonucunda hastaların yaş grubu ekspirasyon dakika volümü değerlerindeki değişikliği etkilememekte olup yaşları ne olursa olsun, uygulama öncesi 0.dk, uygulama sırasında 30. dk ve uygulama sonrası 60. dk müzik terapinin ve ses izolasyonunun ekspirasyon dakika volümü üzerindeki etkisinin aynı olduğu söylenebilir (Tablo 94).

Tablo 94: Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulanan Hastaların Mekanik Ventilasyon Desteğinde Kalma Süresine Göre Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk) Değerlerinin Dağılımı

			Uygulama Öncesi 0. Dakika		Uygulama Sırası 30. Dakika		Uygulama Sonrası 60. Dakika	
Ekspirasyon Dakika Volümü			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
	Klasik Batı Müziği	1-10 gün	9.18	2.56	8.80	2.70	8.71	2.82
		11-20 gün	8.79	2.01	8.83	1.82	8.56	1.97
		21 ve üstü	9.29	2.68	8.54	2.36	7.94	1.60
		F	0.085		0.037		0.276	
		t	0.918		0.964		0.762	
	Klasik Türk Müziği	1-10 gün	8.64	2.95	8.40	2.95	8.14	2.85
		11-20 gün	8.71	1.98	8.79	2.04	8.69	1.95
		21 ve üstü	8.91	2.24	8.70	1.68	8.59	1.82
		F	0.026		0.062		0.130	
		t	0.974		0.940		0.876	
	Ses İzolasyonu	1-10 gün	9.23	3.09	8.87	2.89	8.56	2.47
		11-20 gün	9	1.83	8.86	1.94	8.72	1.82
		21 ve üstü	8.60	2.28	8.73	1.61	8.51	1.49
		F	0.136		0.009		0.023	
		t	0.874		0.991		0.977	

4.9. Uygulama Türleri İle Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde müzik terapi ve ses izolasyonu uygulama türleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendi.

4.9.1. Uygulama Türleri ile Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Uygulama türlerine göre uygulama öncesi (0. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin bilinç alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.877$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.877$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=1.000$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 95).

Tablo 95: Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Bilinç Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.877	0.877
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	1.000
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

Uygulama türlerine göre uygulama sırası (30. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin bilinç alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.932$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.932$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=1.000$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 96).

Tablo 96:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Bilinç Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.932	0.932
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	1.000
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

Uygulama türlerine göre uygulama sonrası (60. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin bilinç alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.932$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.932$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=1.000$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 97).

Tablo 97:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Bilinç Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.932	0.932
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	1.000
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

Uygulama türlerine göre uygulama öncesi (0. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin ajitasyon alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.820$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.853$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.779$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 98).

Tablo 98:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Ajitasyon Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.820	0.853
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.779
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

Uygulama türlerine göre uygulama sırası (30. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin ajitasyon alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.745$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.906$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.793$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir(Tablo 99).

Tablo 99:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Ajitasyon Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.745	0.906
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.793
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

Uygulama türlerine göre uygulama sonrası (60. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin ajitasyon alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.897$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.854$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.822$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 100).

Tablo 100:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. Dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Ajitasyon Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.897	0.854
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.822
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

Uygulama türlerine göre uygulama öncesi (0. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin anksiyete alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.531$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.745$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.455$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 101).

Tablo 101:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Anksiyete Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.531	0.745
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.455
p		-	0.025*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

Uygulama türlerine göre uygulama sırası (30. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin anksiyete alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.639$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.747$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.527$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir(Tablo 102).

Tablo 102:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Anksiyete Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.639	0.747
p	-	0.001*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.527
p		-	0.008*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

Uygulama türlerine göre uygulama sonrası (60. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin anksiyete alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.484$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.628$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.631$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 103).

Tablo 103:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Anksiyete Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.484	0.628
p	-	0.016*	0.001*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.631
p		-	0.001*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

Uygulama türlerine göre uygulama öncesi (0. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin uyku alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.994$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.994$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=1.000$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 104).

Tablo 104:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Uyku Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.994	0.994
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	1.000
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

Uygulama türlerine göre uygulama sırası (30. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin uyku alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.994$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.994$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=1.000$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 105).

Tablo 105:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Uyku Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.994	0.994
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	1.000
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

Uygulama türlerine göre uygulama sonrası (60. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin uyku alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=1.000$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=1.000$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=1.000$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 106).

Tablo 106:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Uyku Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	1.000	1.000
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	1.000
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

Uygulama türlerine göre uygulama öncesi (0. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin hasta ventilatör uyumu alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.935$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.904$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.896$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 107).

Tablo 107:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Hasta Ventilatör Uyumu Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.935	0.904
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.896
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

Uygulama türlerine göre uygulama sırası (30. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin hasta ventilatör uyumu alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.909$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.892$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.892$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 108).

Tablo 108:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Hasta Ventilatör Uyumu Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.909	0.892
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.892
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

Uygulama türlerine göre uygulama sonrası (60. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin hasta ventilatör uyumu alt boyutunun puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.909$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.892$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.892$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 109).

Tablo 109:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Hasta Ventilatör Uyumu Alt Boyutunun Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.909	0.892
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.892
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

Uygulama türlerine göre uygulama öncesi (0. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin toplam puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.921$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.959$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.914$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 110).

Tablo 110:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Toplam Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.921	0.959
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.914
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

Uygulama türlerine göre uygulama sırası (30. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin toplam puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.905$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.945$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.907$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 111).

Tablo 111:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Toplam Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.905	0.945
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.907
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

Uygulama türlerine göre uygulama sonrası (60. dk) Amerikan yoğun bakım hemşireler birliğinin sedasyon değerlendirme ölçeğinin toplam puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı müziği ile Klasik Türk müziği uygulamaları arasında ($r=0.933$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.936$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk müziği ile ses izolasyonu arasında ($r=0.935$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 112).

Tablo 112:Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. Dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Toplam Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.933	0.936
p	-	0.000*	0.000*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.935
p		-	0.000*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

4.9.2. Uygulama Türleri İle CPOT Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Uygulama türlerine göre uygulama öncesi CPOT puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, Klasik Batı Müziği türü ile Klasik Türk müziği arasında ($r=0.455$, $p<0.05$) ve ses izolasyonu arasında ($r=0.580$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk Müziği türü ile ses izolasyonu arasında ($r=0.515$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 113).

Tablo 113: Uygulama Türlerine Göre Uygulama Öncesi (0. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.455	0.580
p	-	0.025*	0.003*
Klasik Türk Müziği		1.000	0.515
p		-	0.010*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

Uygulama türlerine göre uygulama sırası 30. dakika CPOT puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre uygulama sırası 30. dakika CPOT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 114).

Tablo 114: Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sırası (30. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.174	0.393
p	-	0.417	0.058
Klasik Türk Müziği		1.000	0.226
p		-	0.289
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

Uygulama türlerine göre uygulama sonrası 60. dakika CPOT puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, Klasik Batı Müziği türü ile Klasik Türk müziği arasında ($r=0.440$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Klasik Türk Müziği türü ile ses izolasyonu arasında ($r=0.468$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 115).

Tablo 115: Uygulama Türlerine Göre Uygulama Sonrası (60. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Klasik Batı Müziği	1.000	0.440	0.180
p	-	0.031*	0.401
Klasik Türk Müziği		1.000	0.468
p		-	0.021*
Ses İzolasyonu			1.000
p			-

* $p<0.05$

4.10. Klinik Özellikler İle Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde klinik özellikler ile araştırmada kullanılan ölçek puanları arasındaki ilişki incelendi.

4.10.1. Klinik Özellikler İle Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinde olma günü ile uygulama öncesi 0. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları ilişkisi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre ventilatöre bağlanma günü ile uygulama öncesi Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 116).

Tablo 116: Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Öncesi (0. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü	0.042	-0.058	0.146
p	0.846	0.788	0.496

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinde olma günü ile uygulama sırası 30. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları ilişkisi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre ventilatöre bağlanma günü ile uygulama sırası 30. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$)(Tablo 117).

Tablo 117: Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü	0.005	-0.059	0.101
p	0.980	0.785	0.637

* $p<0.05$

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinde olma günü ile uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları ilişkisiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre ventilatöre bağlanma günü ile uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 118).

Tablo 118: Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü	-0.091	-0.083	0.044
p	0.673	0.700	0.839

* $p<0.05$

Hastanın yoğun bakımda yatış günü ile uygulama öncesi 0. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları arasındaki ilişkisiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre yoğun bakımda yatış günü ile uygulama öncesi Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 119).

Tablo 119: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Öncesi (0.dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü	0.044	-0.058	0.147
p	0.838	0.787	0.492

* $p<0.05$

Hastanın yoğun bakımda yatış günü ile uygulama sırası 30. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları arasındaki ilişkisiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre yoğun bakımda yatış günü ile uygulama sırası 30. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 120).

Tablo 120: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Sırası (30. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü	0.007	-0.058	0.103
p	0.973	0.787	0.631

*p<0.05

Hastanın yoğun bakımda yatış günü ile uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre yoğun bakımda yatış günü ile uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (p>0.05) (Tablo 121).

Tablo 121: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Sonrası (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği' nin Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü	-0.089	-0.083	0.046
p	0.681	0.699	0.831

*p<0.05

4.10.2. Klinik Özellikler İle CPOT Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinde olma günü ile uygulama öncesi CPOT puanları ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre ventilatöre bağlanma günü ile uygulama öncesi CPOT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (p>0.05) (Tablo 122).

Tablo 122: Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Öncesi (0. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü	0.118	0.036	0.225
p	0.583	0.867	0.291

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinde olma günü ile uygulama sırası 30. dakika CPOT puanları ilişkisi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre ventilatöre bağlanma günü ile uygulama sırası 30. dakika CPOT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 123).

Tablo 123: Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Sırası (30. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü	0.016	0.143	0.163
p	0.941	0.506	0.450

* $p<0.05$

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinde olma günü ile uygulama sonrası 60. dakika CPOT puanları ilişkisi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre ventilatöre bağlanma günü ile uygulama sonrası 60. dakika CPOT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 124).

Tablo 124: Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü İle Uygulama Sonrası (60. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olma Günü	-0.110	0.155	0.101
p	0.609	0.469	0.638

* $p<0.05$

Hastanın yoğun bakımda yatış günü ile uygulama öncesi 0. dakika CPOT puanları arasındaki ilişkisi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre yoğun bakımda yatış günü ile uygulama öncesi CPOT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 125).

Tablo 125: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Öncesi (0. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü	0.116	0.034	0.223
p	0.589	0.874	0.294

*p<0.05

Hastanın yoğun bakımda yatış günü ile uygulama sırası 30. dakika CPOT puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre yoğun bakımda yatış günü ile uygulama sırası 30. dakika CPOT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 126).

Tablo 126: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Sırası (30. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü	0.015	0.136	0.162
p	0.943	0.525	0.449

*p<0.05

Hastanın yoğun bakımda yatış günü ile uygulama sonrası 60. dakika CPOT puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, uygulama türlerine göre yoğun bakımda yatış günü ile uygulama sonrası 60. dakika CPOT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 127).

Tablo 127: Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü İle Uygulama Sonrası (60. dk) CPOT Puanları Arasındaki İlişki

	Klasik Batı Müziği	Klasik Türk Müziği	Ses İzolasyonu
Hastanın Yoğun Bakımda Yatış Günü	-0.109	0.150	0.102
p	0.611	0.483	0.635

*p<0.05

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA

5.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan tüm hastaların yaş ortalaması 64.88 ± 14.05 tir. Hastaların %54.2'sinin 69 yaş ve altı, %45.8'inin 70 yaş ve üstü olduğu saptandı. Almerud ve Petersson'un (2003) çalışmasında 66.45 yıl (43), Angela ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada hastaların yaş ortalaması 69.4 yıl (145), Mateu-Capellve arkadaşları (2018) tarafından yapılan araştırmada hastaların tümünün yaş ortalamasının 68.6 yıl (9), Aktaş ve Karabulut (2019) tarafından yapılan araştırmada uygulama grubunun yaş ortalaması 64.7 yıl olarak bildirmiştir (155). Çalışmamızda ise hastaların yaş ortalaması, bu araştırmalardaki hastaların yaş ortalamasından daha düşük bulundu. Bu sonuç ülkemizdeki mekanik ventilasyon uygulanmasını gerektiren sağlık sorunlarının daha genç yaşta görülmesiyle ilişkili olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların %33.3'ünün kadın, %66.7'sinin erkek olduğu görülmektedir. Angela ve arkadaşları tarafından (2005) yapılan çalışmada hastaların %71'inin erkek, %29'unun kadın olduğu (145), Şahin tarafından (2018) yapılan çalışmada hastaların %76'sının erkek, %24'ünün kadın olduğu (163), Wong ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada hastaların %75'inin erkek, %25'inin kadın olduğu (46) saptanmıştır. Yoğun bakım hastalarıyla yapılan benzer çalışmalarda; Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada hastaların %53'ünün erkek, %46'sının kadın olduğu (69), Korhan (2012) tarafından yapılan çalışmada uygulama grubunda yer alan bireylerin %46.7'sinin kadın, %53.3'ünün erkek olduğu, kontrol grubundaki bireylerin de %46.7'sinin kadın, %53.3'sinin erkek olduğu (164), Mateu-Capell ve arkadaşları (2018) hastaların %73.3' erkek ve %26.7'si ise kadın olduğu (9) ve Aktaş ve Karabulut (2019) tarafından yapılan araştırmada uygulama grubundaki hastaların %40.0'ının kadın, %60.0'ının ise erkek olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %30'u kadın ve %70'i erkektir (155). Araştırma bulgularımız bu çalışmaların sonuçları ile uyum göstermektedir. Bu çalışmalarda da erkek hastaların oranı daha yüksektir.

Araştırmaya katılan hastaların %79.2'sinin evli, %20.8'inin ise bekar/dul olduğu görülmektedir. Lee ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada uygulama grubunun %68.3'ü evli, %31.7'si bekar ve dul. Kontrol grubunda ise %72.7'si evli, %27.3'ü bekar ve dul (153). Yapılan çalışmalarda; Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada uygulama grubundaki bireylerin %80'inin evli, %20'sinin bekar, kontrol grubundaki bireylerin ise %73.3'ünün evli,

%26.7'sinin bekar olduğu (69), Wong ve arkadaşları tarafından (2001) yapılan çalışmada hastaların %10'unun bekar, %90'ının evli olduğu, Korhan (2012) tarafından yapılan araştırmada uygulama grubundaki hastaların %83.3'ünün evli, %16.7'sinin bekar olduğu, kontrol grubundaki hastaların %90'ının evli, %10'unun bekar olduğu (7) saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde, hastaların %45.8'inin okur-yazar değil, %33.3'ünün ilkokul ve %20.9'unun ortaokul ve üstü olduğu görülmektedir. Korhan (2012) tarafından yapılan araştırmada hastaların %16.7'sinin okur-yazar olmadığı, %46.6'sının ilköğretim, %30'unun lise, %6.7'sinin ise üniversite/yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan hastaların %70'inin ilköğretim, %23.3'ünün lise, %6.7'sinin ise üniversite/yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır (7). Başka bir çalışmada; Lee ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir araştırmada uygulama grubunun %36.6'sı ortaokul, %19.5'i lise mezunu, %43.9'u üniversite mezunu idi. Kontrol grubun ise %36.4'ü ortaokul, %11.4'ü lise mezunu ve %52.3'ü ise üniversite mezunu idi (153). Aktaş ve Karabulut (2019) tarafından yapılan araştırmada uygulama grubundaki hastaların %77.5'i okuryazar ve ilkokul mezunu, %22.5 lise ve üniversite mezunu olup, kontrol grubundaki bireylerin %85.0'i okur yazar ve ilkokul mezunu, %15.0'i ise lise ve üniversite mezunudur (155).

5.2.Hastaların Tanılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların hastalık öyküsü incelendiğinde, hastaların en fazla KOAH %12.5, siroz ve solunum yetmezliği %8.4, pnömoni ve trafik kazası %8.3 tanısı ile hastanede yattıkları saptandı. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda yapılan çalışmalarda bireylerin hastalık tanılarına göre dağılımı incelendiğinde; Akın (2007) tarafından yapılan bir çalışmada yapmış uygulama grubundaki bireylerin %3.3'ünün karaciğer yetmezliği, %20'sinin oksipital fraktür, %23.5'inin solunum ve kalp yetmezliği, %3.3'ünün pankreatit, %3.3'ünün hepatit C, %3.3'ünün herni, %3.3'ünün gazlı gangren, %6.7'sinin poliomiyozit, %3.3'ünün kanser, %6.7'sinin travma, %3.3'ünün kronik böbrek yetmezliği, %3.3'ünün peritonit, %6.7'sinin KOAH, %6.7'sinin pnömotoraks, %3.3'ünün sepsis, kontrol grubundaki hastaların %6.7'sinin karaciğer yetmezliği, %3.3'ünün oksipital fraktür, %43.5'inin solunum ve kalp yetmezliği, %3.3'ünün hepatit C, %3.3'ünün'ünün gangren, %13.3'ünün poliomiyozit, %6.7'sinin travma, %6.7'sinin kanser, %3.3'ünün anevrizma rüptürü, %3.3'ünün kronik böbrek yetmezliği, %3.3'ünün pnömotoraks, %3.3'ünün sepsis tanısı aldığı saptanmıştır (69). Korhan (2011) tarafından yapılan uygulama grubundaki bireylerin %23.5'inin, kontrol

grubundaki hastaların %13.4'ünün solunum yetmezliği, uygulama grubundaki hastaların %13.4'ünün, kontrol grubundaki hastaların %10'unun kalp yetmezliği, uygulama grubundaki hastaların %6.7'sinin, kontrol grubundaki hastaların %16.7'sinin akciğer kanseri, uygulama grubundaki hastaların %13.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %28.4'ünün travma, uygulama grubundaki hastaların %10'unun, kontrol grubundaki hastaların %6.7'sinin diyabet+hipertansiyon+postoperatif+cpr, uygulama grubundaki hastaların %10'unun, kontrol grubundaki hastaların %3.3'ünün mide kanseri, uygulama grubundaki hastaların %3.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %3.3'ünün pnömoni, uygulama grubundaki hastaların %3.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %3.3'ünün akut respiratuar distres sendromu (ARDS), uygulama grubundaki hastaların %3.3'ünün, kontrol grubundaki bireylerin %3.3'ünün kronik böbrek yetmezliği, uygulama grubundaki bireylerin %3.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %3.3'ünün myokard infarktüsü, uygulama grubundaki hastaların %3.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %3.3'ünün pnömotoraks, uygulama grubundaki hastaların %3.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %3.3'ünün pankreatit, uygulama grubundaki hastaların %3.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %3.3'ünün opere kolesistektomi tanısı aldığı saptanmıştır (164). Lee ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada bireylerin cerrahi, pnömoni, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kalp yetmezliği tanısı aldıkları saptanmıştır (165). Araştırmada da mekanik ventilasyon desteğinde olan benzer hastalık öyküleri ile bireyler yoğun bakım ünitesinde yatmaktadırlar.

5.3.Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların mekanik ventilasyon desteğinde kalma gününe göre dağılımı incelendiğinde, , ortalamanın 18.79 ± 20.64 gün olduğu, %37.5'inin 1-10 gün arasında, %29.2'sinin 11-20 gün arasında, %33.3'ünün 21 gün ve üzeri olduğu görülmektedir . Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada hastaların mekanik ventilatöre bağlanma gün sayısı ortalaması 8.3 gün olarak saptanmıştır (69). Dijkstra ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada uygulama grubunun mekanik ventilatöre bağlanma gün sayısı ortalaması 33.3 gün ve kontrol grubun ise 15.8 gündür (166). Korhan (2011) tarafından yapılan bir çalışmada uygulama grubundaki bireylerin mekanik ventilasyon desteğinde kalma gün süresi ortalaması 20.45 ± 3.58 gündür. Uygulama grubundaki bireylerin %56.8'inin mekanik ventilasyon desteğinde kalma gününün 3-16 gün, %23.3'ünün 17-30 gün, %19.9'unun 31 ve 31 fazlası gün, kontrol grubundaki hastaların ise %66.8'inin 3-16 gün, %23.3'ünün 17-30 gün, %9.9'unun 31 ve fazlası gün olduğu saptanmıştır (164). Lee ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2017) uygulama

grubundaki bireylerin mekanik ventilatöre bağlanma gün sayısı ortalaması 2.66 gün, kontrol grubun ise mekanik ventilatöre bağlanma gün sayısı ortalaması 2.43 gün (165).

Hastaların yoğun bakımda yatış günlerine göre dağılımları incelendiğinde, ortalamanın 18.87 ± 20.57 gün olduğu, hastaların %37.5'inin 1-10 gün arasında, %29.2'sinin 11-20 gün arasında, %33.3'ünün 21 gün ve üzeri olduğu görülmektedir. Dijkstra ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada uygulama grubunun yoğun bakımda yatış günü ortalaması 9.3 gün, kontrol grubun ise 4.2 gün olup her iki grubun ortalaması 6.8 gündür (166). Çalışmamıza dâhil edilen bireylerin yoğun bakımda yatış günü ortalaması çalışmaya göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu durum klinikte tedavi gören bireylerin almış olduğu tanı özelliğinden dolayı tedavi planları şekillenmekte ve yoğun bakım kalış süreleri bundan etkilenmektedir.

Hastaların Glasgow Koma Skala puan ortalaması 10.20 ± 1.38 'dir . Akın (2007) tarafından yapılan bir çalışmada uygulama ve kontrol grubundaki hastaların %80'inin Glaskow Koma Skalası puanının 9, %20'sinin 12 puan olduğu saptanmıştır (69). Korhan (2011) tarafından yapılan bir çalışmada uygulama grubundaki bireylerin Glaskow Koma Skalası 11.48 ± 1.45 , kontrol grubundaki bireylerin ise %36.6'sının Glaskow Koma Skalası'ndan 9-11 puan, %63.4'ünün 12-14 puan aldığı belirlenmiştir (164). Çalışma sonuçlarımız ile paralellik göstermektedir.

5.4. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamasının Hemodinamik Parametreler Üzerine Etkisinin Tartışılması

5.4.1. Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Değerleri

Sistolik kan basıncı değerleri Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın sırasında (30. dk) ve uygulamanın bitiminde (60. dk) incelenmiştir (Tablo.). Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) sistolik kan basıncı ortalaması 129.58 ± 16.34 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 122.20 ± 16.05 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 116.50 ± 15.59 mm/Hg'dır. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) sistolik kan basıncı ortalaması 126.37 ± 17.36 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 121.87 ± 15.66 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 115.25 ± 14.35 mm/Hg'dır. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) sistolik kan basıncı ortalaması 129.83 ± 18.24 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 124.12 ± 16.28 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 119.54 ± 15.78 mm/Hg'dır.

Diyastolik kan basıncı değerleri Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın

bitiminde (60. dk) incelenmiştir (Tablo.) Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) diyastolik kan basıncı ortalaması 66.37 ± 12.88 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 64.45 ± 12.67 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 61.58 ± 11.66 mm/Hg'dır. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) diyastolik kan basıncı ortalaması 64.87 ± 12.11 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 63.66 ± 12.15 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 61.87 ± 11.84 mm/Hg'dır. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) diyastolik kan basıncı ortalaması 65.75 ± 11.76 mm/Hg, uygulama sırasında (30. dk) 64.62 ± 11.38 mm/Hg ve uygulama sonrası (60. dk) 63.29 ± 10.83 mm/Hg'dır .

5.4.1.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Kan Basıncı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre sistolik kan basınçlarını karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümlerde varyans analizine göre, sistolik kan basınçları arasında 3 uygulama türünde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($F_{Klasik Batı Müziği} = 19.709$ $p = 0.000^*$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 34.945$ $p = 0.000^*$, $F_{Ses İzolasyonu} = 49.979$ $p = 0.000^*$) ($p < 0.05$) ve fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır .

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Uygulama sırası (30.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Uygulama sırası (30.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Uygulama sırası

(30.dk) sistolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen sistolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark sistolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır.

Korhan ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik uygulaması sonucunda; sistolik kan basıncı değerlerinde azalma olduğu, yapılan tekrarlı ölçümlerde uygulama ve kontrol grubundaki hastalar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (167). Loomba ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada uygulanan müzik sonucunda; her iki gruplarda sistolik kan basıncı değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olduğu saptanmıştır (168). Yılmaz ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir pilot çalışmada, mekanik ventilasyon desteğinde olan ve yoğun bakım ünitesinde tedavi gören yetişkin bireylere 60 dakika süre ile Klasik Batı Müziği eserleri kulaklık yardımı ile dinlettirilerek hastaların yaşam bulguları üzerine etkilerini incelenmişlerdir. Bu araştırma sonucunda müzik uygulamasının bireylerin yaşam bulgularını olumlu derece de etkilediği belirtilmiştir (169). Lee ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada yoğun bakım kliniğinde mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalar rastgele uygulama ($n = 41$) veya kontrol grubuna ($n = 44$) atandı. Müzik uygulama grubu 30 dk boyunca müzik dinledi; kontrol grubu hastalarına ise kulaklık takıldı, ancak aynı 30 dakika boyunca müzik duymadı. Bu çalışma sonunda müzik uygulamasının sistolik kan basıncı değerini düşürdüğü saptanmıştır (153). Horuz ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada dinletilen farklı tarzda müziğin uygulama grubunun sistolik kan basıncı değeri kontrol gruba göre anlamlı bir azalma olduğunu ifade edilmiştir (170). Jacq ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada müzik uygulamasının sistolik kan basıncı değerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (45). Almerud ve Petersson (2003) tarafından yapılan çalışmada 60 dakika boyunca uygulanan müziğin, uygulamada yer alan bireylerin sistolik kan basıncı değerlerinin ölçülen tüm değerlerde azaldığını, ancak müzik uygulaması bittikten sonra ise arttığını belirtmişlerdir (43). Angela ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada uygulama grubundaki bireylerin sistolik kan basıncı değerlerinin 30 dakika boyunca uygulanan müzik uygulaması boyunca 5 defa ölçüldüğü ve bu ölçülen tüm değerlerde de sistolik kan basıncı değerlerinin azaldığı, zamanlar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (145). 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 sistolik kan basıncı değeri üzerinde anlamlı bir düşüşün olduğu saptanmıştır (171). Tüm bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile paralellik göstermektedir.

Çalışma sonuçlarımızın aksine Wong ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan bir çalışmada mekanik ventilatöre bağlı hasta grubunda uygulanan müziğin sistolik kan basıncı değerleri üzerinde azalmayı sağladığı fakat sistolik kan basınçları değerleri yönünden uygulama ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını saptanmıştır (46). Phipps ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada her iki grup arasında sistolik kan basıncı değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığını saptanmıştır (172). Han ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada müzik uygulamasının sistolik kan basıncı değerleri üzerinde her iki grup arasında anlamlı bir farkın bulunmadığını saptanmıştır (173). Özer ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada uygulanan müziğin açık kalp ameliyatı olan yoğun bakım bireylerinde sistolik kan basıncı değerleri yönünden her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığını saptanmıştır (174). Sonuç olarak müzik terapinin sistolik kan basıncı değerinin düşürülmesinde kullanılabilecek bağımsız hemşirelik girişimi olduğu söylenebilir.

Mateu-Capell ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada mekanik ventilasyon desteğinde olan 82 yoğun bakım hastası çapraz randomizasyon yöntemiyle; Grup A (n=40) ve Grup B (n=42) olarak randomize edilmiştir. Grup A’da bulunan hastalara 4 saatlik tek bir seansta arka arkaya: ilk saat: müdahalenin olmadı durum; ikinci saat: ses izolasyonu; üçüncü saat: müzik uygulaması; ve dördüncü saat: yoğun bakımda ortamında müdahaleler sonrası durum sıralamasıyla, Grup B’de bulunan hastalara ise ses izolasyonu ve müzik uygulamalarının sırası değiştirilerek girişim sağlanmıştır. Ses İzolasyonu harici gürültüyü 15 dB’ye kadar azaltan aktif bir gürültü önleme özelliği olan kulaklık ile müzik uygulaması ise Merlin’s Magic’in Reiki Light Touch parçası 60 dakika boyunca bir MP₃ çalar ile sağlanmıştır. Hastaların konfor düzeyleri hipnotik düzeylerine (BIS VISTA), sedasyon düzeylerine (Ramsay ölçeği) ve davranışsal ağrı ölçeği (BPS ölçeği) ile mekanik ventilasyona uyumlarına göre değerlendirilmiştir. Her iki grupta da 4 saatlik seansta sistolik kan basınçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (9).

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre diyastolik kan basınçlarını karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümlerde varyans analizine göre, diyastolik kan basınçları arasında 3 uygulama türünde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış görülmektedir ($F_{Klasik Batı Müziği} = 11.289 p=0.001^*$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 13.194 p=0.000^*$,

$F_{Ses\ Izolasyonu} = 19.448$ $p=0.000^*$ $(p<0.05)$, fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Uygulama sırası (30.dk) diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark diyastolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Klasik Türk Müziği uygulaması sonrasında (60.dk) diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama öncesi (0.dk) ve uygulama sırası (30.dk) ölçülen diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark diyastolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Uygulama öncesi (0.dk) diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Uygulama sırası (30.dk) diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen diyastolik kan basıncı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark diyastolik kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır.

Korhan ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik uygulaması sonucunda; diyastolik kan basıncı değerlerinde azalma olduğu, yapılan tekrarlı ölçümlerde uygulama ve kontrol grubundaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (167). Lee ve arkadaşları (2017) yapmış olduğu çalışmada, uygulama grup ($n = 50$) ve kontrol grup ($n = 50$) 30 dk boyunca müzik uygulanmıştır. Çalışma sonucunda diyastolik kan basıncı değerinin önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır (175). Wu ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu randomize kontrollü bir çalışmada uygulanan müziğin bireyin diyastolik kan basıncı değerini önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir (176). Horuz ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada dinletilen farklı tarzda müziğin uygulama grubunun diyastolik kan basıncı değeri kontrol grubuna göre bir azalma olduğu saptanmıştır (170). Jacq ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir

çalışmada müzik uygulamasının diyastolik kan basıncı değerinin kontrol grubuna göre düşük olduğu belirtilmiştir (45). Tüm bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile paralellik göstermektedir. Bu bağlamda uygulanan müziğin diyastolik kan basıncı değerini azaltmada etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışma sonuçlarımızın aksine Han ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada müzik uygulamasının diyastolik kan basıncı değerleri üzerinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı saptanmıştır (173). Dijkstra ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada mekanik ventilasyon desteğinde olan bireylere uygulanmış olan müziğin her iki grup arasında diyastolik kan basıncı ve ortalama arteriyel kan basıncı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir (166). Özer ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada uygulanan müziğin diyastolik kan basıncı değerinin değişiminde herhangi bir anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (174). Beaulieu-Boire arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada uygulanan müziğin sonucunda diyastolik kan basıncı değerinde herhangi bir değişikliğin olmadığı saptanmıştır (177). 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 (171).

Mateu-Capell ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada mekanik ventilasyon desteğinde olan 82 yoğun bakım hastası çapraz randomizasyon yöntemiyle; Grup A (n=40) ve Grup B (n=42) olarak randomize edilmiştir. Grup A’da bulunan hastalara 4 saatlik tek bir seansta arka arkaya: ilk saat: müdahalenin olmadığı durum; ikinci saat: ses izolasyonu; üçüncü saat: müzik uygulaması; ve dördüncü saat: yoğun bakımda ortamında müdahaleler sonrası durum sıralamasıyla, Grup B’de bulunan hastalara ise ses izolasyonu ve müzik uygulamalarının sırası değiştirilerek girişim sağlanmıştır. Ses İzolasyonu harici gürültüyü 15 dB’ye kadar azaltan aktif bir gürültü önleme özelliği olan kulaklık ile müzik uygulaması ise Merlin’s Magic’in Reiki Light Touch parçası 60 dakika boyunca bir MP₃ çalar ile sağlanmıştır. Hastaların konfor düzeyleri hipnotik düzeylerine (BIS VISTA), sedasyon düzeylerine (Ramsay ölçeği) ve davranışsal ağrı ölçeği (BPS ölçeği) ile mekanik ventilasyona uyumlarına göre değerlendirilmiştir. Her iki grupta da 4 saatlik seansta diyastolik kan basınçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (9).

5.4.1.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Kan Basıncı Değerlerinin Tartışılması

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika sistolik kan basınçlarını ve diyastolik kan basınçlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika sistolik kan basınçları ve diyastolik kan basınçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

5.4.2. Nabız Hızı Değerleri

Nabız hızı değerleri Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) incelenmiştir. Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) nabız hızı değerinin ortalaması 94.20 ± 13.47 vuruş, uygulama sırasında (30. dk) 91.66 ± 14.68 vuruş ve uygulama sonrası (60. dk) 90.62 ± 13.62 vuruş idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) nabız hızı değerinin ortalaması 94.54 ± 14 vuruş, uygulama sırasında (30. dk) 90.95 ± 13.78 vuruş ve uygulama sonrası (60. dk) 89.50 ± 13.04 vuruş idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) nabız hızı değerinin ortalaması 94.16 ± 13.85 vuruş, uygulama sırasında (30. dk) 91.29 ± 12.51 vuruş ve uygulama sonrası (60. dk) 90 ± 12.90 vuruş idi.

5.4.2.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Nabız Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre nabız değerlerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre nabız değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış ($F_{Klasik Batı Müziği} = 19.785$ $p=0.000^*$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 31.722$ $p= 0.000^*$, $F_{Ses İzolasyonu} = 41.979$ $p=0.000^*$)($p<0.05$), fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu

zamanlar arasındaki fark nabız hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Uygulama sırası (30.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Uygulama sırası (30.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark nabız hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Uygulama sırası (30.dk) nabız hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen nabız hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark nabız hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır.

Han ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmış olan çalışmada müzik uygulanan grupta nabız hızı değerlerin de azalma olduğu saptandı (173). 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 nabız değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olduğu saptanmıştır (171). Lee ve arkadaşları (2017) yapmış olduğu çalışmada, uygulama grup ($n = 50$) ve kontrol grup ($n = 50$) 30 dk. boyunca müzik uygulanmıştır. Çalışma sonucunda nabız hızı değerinin önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır (165). Wu ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu randomize kontrollü bir çalışmada uygulanan müziğin bireyin nabız değerini önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir (176). Jacq ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada müzik uygulamasının nabız hızı değerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (45). Tüm bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile paralellik göstermektedir. Bu bağlamda uygulanan müziğin nabız hızı değerini azaltmada etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızın aksine, Akın (2007) tarafından yapılmış olan çalışmada uygulanan müzik sonucunda; her iki grup arasında nabız hızı değerleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (69). Dijkstra ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada uygulanan müzik sonucunda; her iki grup arasında nabız hızı değerleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (166). Özer ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada uygulanan müziğin nabız hızı değerinin

değişiminde herhangi bir anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (174). Horuz ve Kurçer (2017) tarafından göğüs servisinde yatmakta olan KOAH tanılı hastalara uygulanan müzik terapi sonucunda; nabız ortalamaları değerinde hem batı klasik müziği grubunda, hem de Türk klasik müziği grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (170).

Mateu-Capell ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada mekanik ventilasyon desteğinde olan 82 yoğun bakım hastası çapraz randomizasyon yöntemiyle; Grup A (n=40) ve Grup B (n=42) olarak randomize edilmiştir. Grup A’da bulunan hastalara 4 saatlik tek bir seansta arka arkaya: ilk saat: müdahalenin olmadı durum; ikinci saat: ses izolasyonu; üçüncü saat: müzik uygulaması; ve dördüncü saat: yoğun bakımda ortamında müdahaleler sonrası durum sıralamasıyla, Grup B’de bulunan hastalara ise ses izolasyonu ve müzik uygulamalarının sırası değiştirilerek girişim sağlanmıştır. Ses İzolasyonu harici gürültüyü 15 dB’ye kadar azaltan aktif bir gürültü önleme özelliği olan kulaklık ile müzik uygulaması ise Merlin’s Magic’in Reiki Light Touch parçası 60 dakika boyunca bir MP₃ çalar ile sağlanmıştır. Hastaların konfor düzeyleri hipnotik düzeylerine (BIS VISTA), sedasyon düzeylerine (Ramsay ölçeği) ve davranışsal ağrı ölçeği (BPS ölçeği) ile mekanik ventilasyona uyumlarına göre değerlendirilmiştir. Her iki grupta da 4 saatlik seansta nabız hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (9).

5.4.2.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Nabız Hızı Değerlerinin Tartışılması

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika nabız hızlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika nabız hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

5.4.3. Solunum Hızı Değerleri

Solunum hızı değerleri Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) incelenmiştir. Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) solunum hızı değerinin ortalaması 20.79 ± 3.98 , uygulama sırasında (30. dk) 19.37 ± 4.20 ve uygulama sonrası (60. dk) 18.87 ± 3.89 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) solunum hızı değerinin ortalaması 19.91 ± 3.46 , uygulama sırasında (30. dk) 18.37 ± 3.13 ve uygulama

sonrası (60. dk) 18.25 ± 2.99 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) solunum hızı değerinin ortalaması 20.41 ± 3.97 , uygulama sırasında (30. dk) 19.16 ± 3.44 ve uygulama sonrası (60. dk) 18.45 ± 3.42 idi.

5.4.3.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Solunum Hızı Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre solunum hızlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre solunum hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış ($F_{Klasik Batı Müziği} = 24.863$ $p = 0.000^*$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 14.134$ $p = 0.000^*$, $F_{Ses İzolasyonu} = 14.511$ $p = 0.000^*$) ($p < 0.05$), fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark solunum hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Uygulama sırası (30.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu zamanlar fark solunum hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Uygulama sırası (30.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark solunum hızı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Uygulama sırası (30.dk) solunum hızı ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen solunum hızı ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Han ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmış olan çalışmada müzik uygulanan grupta solunum hızı değerlerin de azalma olduğu saptanmıştır (173). Dijkstra ve arkadaşları (2010)

tarafından yapılmış olan çalışmada 30 dk boyunca müzik uygulanan grupta solunum hızının da değişim olmadığı saptanmıştır (166). 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 solunum hızı değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin olduğu saptanmıştır (171). Yılmaz ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir pilot çalışmada, mekanik ventilasyon desteğinde olan ve yoğun bakım ünitesinde tedavi gören yetişkin bireylere 60 dakika süre ile Klasik Batı Müziği eserleri kulaklık yardımı ile dinletirilerek hastaların yaşam bulguları üzerine etkilerini incelenmişlerdir. Bu araştırma sonucunda müzik uygulamasının bireylerin solunum hızını olumlu derece de etkilediğini belirtmişlerdir (169). Lee ve arkadaşları (2017) yapmış olduğu çalışmada, uygulama grup (n = 50) ve kontrol grup (n = 50) 30 dk boyunca müzik uygulanmıştır. Çalışma sonucunda solunum hızı değerinin önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır (153). Tüm bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile paralellik göstermektedir. Bu bağlamda yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde müzik uygulanan bireylerde solunum hızı değerlerinde azalma olduğu, solunum hızı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Çalışma sonucumuzun aksine, Özer ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada uygulanan müziğin solunum hızı değerinin değişiminde herhangi bir anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (174). Horuz ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada dinletilen farklı tarzda müziğin uygulama grubunun solunum hızı değeri kontrol gruba göre anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (170).

Mateu-Capell ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada mekanik ventilasyon desteğinde olan 82 yoğun bakım hastası çapraz randomizasyon yöntemiyle; Grup A (n=40) ve Grup B (n=42) olarak randomize edilmiştir. Grup A'da bulunan hastalara 4 saatlik tek bir seansta arka arkaya: ilk saat: müdahalenin olmadı durum; ikinci saat: ses izolasyonu; üçüncü saat: müzik uygulaması; ve dördüncü saat: yoğun bakımda ortamında müdahaleler sonrası durum sıralamasıyla, Grup B'de bulunan hastalara ise ses izolasyonu ve müzik uygulamalarının sırası değiştirilerek girişim sağlanmıştır. Ses İzolasyonu harici gürültüyü 15 dB'ye kadar azaltan aktif bir gürültü önleme özelliği olan kulaklık ile müzik uygulaması ise Merlin's Magic'in Reiki Light Touch parçası 60 dakika boyunca bir MP₃ çalar ile sağlanmıştır. Hastaların konfor düzeyleri hipnotik düzeylerine (BIS VISTA), sedasyon düzeylerine (Ramsay ölçeği) ve davranışsal ağrı ölçeği (BPS ölçeği) ile mekanik ventilasyona uyumlarına göre değerlendirilmiştir. Her iki grupta da 4 saatlik seansta solunum hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (9).

5.4.3.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Solunum Hızı Değerlerinin Tartışılması

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika solunum hızlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika solunum hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

5.4.4. Oksijen Satürasyonu Değerleri

Oksijen satürasyonu değerleri Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) ortalamaları değerlendirilmiştir. Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) oksijen satürasyonu değerinin ortalaması 98.45 ± 1.64 , uygulama sırasında (30. dk) 98.58 ± 1.38 ve uygulama sonrası (60. dk) 98.70 ± 1.39 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) oksijen satürasyonu değerinin ortalaması 98.41 ± 1.34 , uygulama sırasında (30. dk) 98.70 ± 1.33 ve uygulama sonrası (60. dk) 98.91 ± 1.17 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) oksijen satürasyonu değerinin ortalaması 98.54 ± 1.44 , uygulama sırasında (30. dk) 98.66 ± 1.49 ve uygulama sonrası (60. dk) 98.66 ± 1.30 idi.

5.4.4.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Oksijen Satürasyonu Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre oksijen satürasyonu değerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Batı Müziği uygulaması ve ses izolasyonu uygulamasında zamana göre solunum hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F_{Klasik Batı Müziği} = 1.302$ $p=0.282$, $F_{Ses İzolasyonu} = 0.418$ $p= 0.661$)($p>0.05$). Klasik Türk Müziği uygulamasında zamana göre solunum hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış ($F_{Klasik Türk Müziği} = 3.671$ $p=0.033^*$)($p<0.05$), fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda Klasik Türk Müziği uygulaması sırasında (30.dk) oksijen satürasyonu ölçüm değerleri ile uygulama öncesi (0.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen

oksijen satürasyonu ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) oksijen satürasyonu ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen oksijen satürasyonu ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu fark oksijen satürasyonu ölçüm değerlerinin artması yönünde olduğu saptanmıştır.

Yılmaz ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan randomize kontrollü bir pilot çalışmada, mekanik ventilasyon desteğinde olan ve yoğun bakım ünitesinde tedavi gören 22 yetişkin hasta deney ($n=11$) ve kontrol ($n=11$) olmak üzere gruplara ayrılmışlardır. Deney grubundaki hastalara 60 dakika süre ile Klasik Batı Müziği eserleri kulaklık yardımı ile dinletirilerek hastaların yaşam bulguları ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği sedasyon ihtiyaç düzeyi üzerine etkilerini incelenmişlerdir. Yapılan araştırma sonucunda deney grubunun zamanla ölçülen oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (169).

Çalışma sonucumuzun aksine, Dijkstra ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmış olan çalışmada 30 dk boyunca müzik uygulanan grupta oksijen satürasyonunda değişim olmadığı saptanmıştır (166). Akın (2007) tarafından yapılan çalışmada bireylere uygulanan müzik uygulaması sonucunda; bireylerin oksijen satürasyon değerlerinde istatistiksel olarak bir fark olmadığı saptanmıştır (69). Horuz ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada dinletilen farklı tarzda uygulanan müziğin oksijen satürasyonu değerinde her iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (170).

5.4.4.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Tartışılması

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika oksijen satürasyonu değerlerini karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika oksijen satürasyonu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

5.4.5. Ekspirasyon Dakika Volümü

Ekspirasyon dakika volümü (L/dk) değerleri Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve

uygulamanın bitiminde (60. dk) incelenmiştir. Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) ekspirasyon dakika volümü değerinin ortalaması 9.10 ± 2.35 L/dk, uygulama sırasında (30. dk) 8.72 ± 2.25 L/dk ve uygulama sonrası (60. dk) 8.40 ± 2.16 L/dk idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) ekspirasyon dakika volümü değerinin ortalaması 8.75 ± 2.36 L/dk, uygulama sırasında (30. dk) 8.61 ± 2.23 L/dk ve uygulama sonrası (60. dk) 8.45 ± 2.21 L/dk idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) ekspirasyon dakika volümü değerinin ortalaması 8.95 ± 2.42 L/dk, uygulama sırasında (30. dk) 8.82 ± 2.16 L/dk ve uygulama sonrası (60. dk) 8.59 ± 1.91 L/dk idi.

5.4.5.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre ekspirasyon dakika volümü değerini karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre Klasik Türk Müziği uygulamasında zamana göre ekspirasyon dakika volümü değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F_{Klasik\ Türk\ Müziği} = 3.642$ $p = 0.056$) ($p > 0.05$). Klasik Batı Müziği türünde ve ses izolasyonunda zamana göre ekspirasyon dakika volümü değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{Klasik\ Batı\ Müziği} = 7.903$ $p = 0.006^*$, $F_{Ses\ İzolasyonu} = 4.549$ $p = 0.026^*$) ($p < 0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Uygulama sırası (30.dk) ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Uygulama sırası (30.dk) ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu fark ekspirasyon dakika volümü ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

5.4.5.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Ekspirasyon Dakika Volümü Değerlerinin Tartışılması

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika ekspirasyon dakika volümü değerlerini karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

5.5. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamasının CPOT Puanı Üzerine Etkisinin Tartışılması

Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) CPOT puan değerlerinin ortalamaları değerlendirilmiştir. Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) CPOT puan değerinin ortalaması 3.33 ± 0.63 , uygulama sırasında (30. dk) 3.08 ± 0.58 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.87 ± 0.74 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) CPOT puan değerinin ortalaması 3.29 ± 0.55 , uygulama sırasında (30. dk) 2.87 ± 0.53 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.70 ± 0.55 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) CPOT puan değerinin ortalaması 3.37 ± 0.82 , uygulama sırasında (30. dk) 3.04 ± 1.12 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.83 ± 0.81 idi.

5.5.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki CPOT Puan Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre yoğun bakım ağırlı gözlem ölçeğinin puanlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre CPOT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış ($F_{Klasik Batı Müziği} = 9.471$ $p=0.002^*$, $F_{Klasik Türk Müziği} = 19.993$ $p=0.000^*$, $F_{Ses İzolasyonu} = 11.635$ $p=0.000^*$)($p<0.05$), fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark CPOT puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Uygulama

sırası (30.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark CPOT puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Uygulama sonrası (30.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama öncesinde (0.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark CPOT puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Uygulama sonrası (30.dk) CPOT puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen CPOT puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Aktaş ve Karabulut (2019) yapmış olduğu çalışmada Davranışsal Ağrı Ölçeği ve Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği (CPOT) kullanılarak müzik öncesi ağrı skorları yüksek olup 20 dakika boyunca uygulanan müzik terapi sonunda uygulama grubundaki bireylerde her iki ağrı skorlarında ileri derecede düşüş olduğu saptanmıştır (36).

Tan ve arkadaşları (2010) yanık tedavisi gören hastaların pansuman değişiklikleri sırasındaki ağrı, kaygı ve kas gerginliği düzeylerindeki etkinliğini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada; ardışık iki günde, hastalar müzik terapisi uygulanmıştır. Çalışma sonunda Müzik terapisi uygulanan hastalara pansuman değişikliği sırasında yaşanan ağrı, kaygı ve günlük yanık bakımı ile ilişkili olan kas gerginliği seviyelerinin de anlamlı bir düşüş olduğu saptanmıştır (178). Özer ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada uygulanan müziğin ağrı puan düzeyi kontrol grubundaki bireylere göre düşük bulunmuştur (174). Gutgsell ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir randomize kontrollü çalışma örneğinde; 20 dk boyunca uygulama grubuna müzik dinlettirilmiş olup kontrol grubuna ise hiçbir müdahale yapılmamıştır. Bu uygulama sonrasında uygulama grubundaki hastaların algılamış oldukları ağrı şiddetinde azalma olduğu belirtilmiştir (179). 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 ağrı düzeyinde üzerinde anlamlı bir düşüş olduğu saptanmıştır (171). Aktaş ve Karabulut (2016) tarafından yapılan bir çalışmada mekanik ventilasyon desteğinde olan bireylere 20 dk boyunca uygulanan müzik sonucunda; uygulama grubunda endotrakeal aspirasyon sırasındaki Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği puan

ortalaması, kontrol grubundaki hastalara göre düşük bulunmuştur (6). Bilgiç ve Acaroğlu (2017) tarafından kemoterapi ünitesinde tedavi gören poliklinik hastalarına (n=70) uygulanan müzik terapi sonucunda; müzik dinlendikten sonra ağrı düzeyinde anlamlı bir azalmanın olduğu saptanmıştır (180). Costa ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada 30 dk.'lık müzik uygulaması sonucunda bireylerin ağrı puanında anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır (181). Bashiri ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada uygulanan müziğin ağrı şiddetini azalttığı saptanmıştır (182). Jacq ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada müzik uygulamasının ağrı puanında düşüş olduğu saptanmıştır (45).

Mateu-Capell ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada mekanik ventilasyon desteğinde olan 82 yoğun bakım hastası çapraz randomizasyon yöntemiyle; Grup A (n=40) ve Grup B (n=42) olarak randomize edilmiştir. Grup A'da bulunan hastalara 4 saatlik tek bir seansta arka arkaya: ilk saat: müdahalenin olmadı durum; ikinci saat: ses izolasyonu; üçüncü saat: müzik uygulaması; ve dördüncü saat: yoğun bakımda ortamında müdahaleler sonrası durum sıralamasıyla, Grup B'de bulunan hastalara ise ses izolasyonu ve müzik uygulamalarının sırası değiştirilerek girişim sağlanmıştır. Ses İzolasyonu harici gürültüyü 15 dB'ye kadar azaltan aktif bir gürültü önleme özelliği olan kulaklık ile müzik uygulaması ise Merlin's Magic'in Reiki Light Touch parçası 60 dakika boyunca bir MP₃ çalar ile sağlanmıştır. Hastaların konfor düzeyleri hipnotik düzeylerine (BIS VISTA), sedasyon düzeylerine (Ramsay ölçeği) ve davranışsal ağrı ölçeği (BPS ölçeği) ile mekanik ventilasyona uyumlarına göre değerlendirilmiştir. Her iki grupta da 4 saatlik seansta ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (9).

5.5.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki CPOT Puan Değerlerinin Tartışılması

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika CPOT puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sırası 30. ve uygulama sonrası 60. Dakika CPOT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Atak'ın yaptığı araştırmada (2018); ameliyat sonrası çocukların ağrı ve anksiyeteleri üzerine farklı işitsel yöntemler kullanılmıştır. Örneklemine 90 hastanın oluşturduğu araştırmada, klasik müzik, Türk müziği ve öykü olmak üzere 3 grup vardır. Klasik müzik grubuna Vivaldi'nin Dört Mevsim adlı eserini, Türk müziği grubuna Hasip Dede' nin Saz Semaisi ve öykü grubuna ise seçilen çeşitli öyküler dinlettirilmiştir. Çocukların kaygı düzeyini

ölçmek için Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, ağrı durumunu ölçmek için de Vizüel Analog Skala ve Wong-Baker Yüzler Ağrı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda klasik müzik uygulaması ile Türk müziği uygulaması arasında ağrı seviyelerinde anlamlı bir fark yokken, klasik müzik uygulaması ile öykü uygulaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (183).

Düzgün' ün yaptığı araştırmada (2020); palyatif bakım servisinde yatan hastaların ağrı düzeyine müziğin etkisinin incelemek amaçlanmıştır. Örneklemi 60 hastanın oluşturduğu randomize kontrollü araştırmada rast makamı, hicaz makamı ve kontrol grubu olmak üzere 3 grup vardır. Girişim grubuna konservetuar bölümünden destek alınarak hicaz ve rast makamlarında müzik dinlettirilmiştir. Kontrol grubuna ise sadece analjezik tedavisi uygulanmıştır. Hastaların ağrı düzeyini ölçmek için Kısa McGill Ağrı Soru Formu kullanılmıştır. Araştırma sonucunda rast makamında müzik uygulaması ile rast makamında müzik uygulaması arasında ağrı seviyelerinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark rast makamında müzik dinlemenin ağrı puanlarındaki düşüşün fazla olduğu yönündedir (184).

5.6. Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamasının Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Tartışılması

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği bilinç alt boyutu puan değerleri Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30. dakikasında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) incelenmiştir (Tablo.) Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) bilinç alt boyutu puan değerinin ortalaması 2.13 ± 0.81 , uygulama sırasında (30. dk) 2.08 ± 0.79 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.08 ± 0.79 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) bilinç alt boyutu puan değerinin ortalaması 2.16 ± 0.81 , uygulama sırasında (30. dk) 2.12 ± 0.79 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.12 ± 0.79 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) bilinç alt boyutu puan değerinin ortalaması 2.16 ± 0.81 , uygulama sırasında (30. dk) 2.12 ± 0.79 ve uygulama sonrası (60. dk) 2.12 ± 0.79 idi.

Ajitasyon alt boyutu puan değeri ise Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 4.62 ± 1.37 , uygulama sırasında (30. dk) 4.20 ± 1.21 ve uygulama sonrası (60. dk) 4.04 ± 1.08 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 4.50 ± 1.25 , uygulama sırasında (30. dk) 4.25 ± 1.18 ve uygulama sonrası (60. dk) 3.91 ± 1.21 idi. Ses izolasyonu

uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 4.41 ± 1.47 , uygulama sırasında (30. dk) 4.25 ± 1.45 ve uygulama sonrası (60. dk) 4.04 ± 1.26 idi.

Anksiyete alt boyutu puan değeri, Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 2.08 ± 0.58 , uygulama sırasında (30. dk) 2.08 ± 0.58 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.95 ± 0.46 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 2.04 ± 0.55 , uygulama sırasında (30. dk) 1.87 ± 0.61 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.75 ± 0.53 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 2.20 ± 0.65 , uygulama sırasında (30. dk) 2.04 ± 0.69 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.91 ± 0.58 idi.

Uyku alt boyutu puan değeri Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 4.58 ± 1.76 , uygulama sırasında (30. dk) 4.58 ± 1.76 ve uygulama sonrası (60. dk) 4.54 ± 1.81 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 4.54 ± 1.81 , uygulama sırasında (30. dk) 4.54 ± 1.81 ve uygulama sonrası (60. dk) 4.54 ± 1.81 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 4.54 ± 1.81 , uygulama sırasında (30. dk) 4.54 ± 1.81 ve uygulama sonrası (60. dk) 4.54 ± 1.81 idi.

Hasta-ventilatör uyumu alt boyutu puan değeri ise Klasik Batı Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 1.79 ± 0.83 , uygulama sırasında (30. dk) 1.70 ± 0.69 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.70 ± 0.68 idi. Klasik Türk Müziği uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 1.79 ± 0.77 , uygulama sırasında (30. dk) 1.70 ± 0.69 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.70 ± 0.69 idi. Ses izolasyonu uygulamasına başlamadan önce (0. dk) 1.75 ± 0.79 , uygulama sırasında (30. dk) 1.75 ± 0.79 ve uygulama sonrası (60. dk) 1.75 ± 0.79 idi.

5.6.1. Hastaların Müzik Terapi ve Ses İzolasyonu Uygulamalarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Değerleri Arasındaki Farkın Anlamlılığının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların uygulama türlerine ve zamana göre Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği 'nin bilinç, uyku, hasta-ventilatör uyumu alt boyut puanlarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre 3 uygulama türünde de zamana göre bilinç, uyku, hasta-ventilatör uyumu alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği 'nin anksiyete ve ajitasyon alt boyut puanlarını uygulama türlerine ve zamana göre karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucunda puanlar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc ikili karşılaştırma yöntemlerinden Bonferroni kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda Klasik Batı Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ve uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu zamanlar arasındaki fark ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Uygulama sırası (30.dk) ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde (0.dk) ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sırası (30.dk) ölçülen ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama sırası (30.dk) ajitasyon alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ajitasyon alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu fark ajitasyon alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Anksiyete alt boyutunda ise uygulama sırası (30.dk) puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu fark ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır. Ses izolasyonu uygulamasında ise uygulama sırasında (30.dk) ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama öncesi (30.dk) ve uygulama sonrası (60. dk) ölçülen ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Uygulama öncesi (0.dk) ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri ile uygulama sonrası (60.dk) ölçülen ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu fark ajitasyon ve anksiyete alt boyutu puan değerlerinin azalması yönünde olduğu saptanmıştır.

Yılmaz ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan randomize kontrollü bir pilot çalışmada, mekanik ventilasyon desteğinde olan ve yoğun bakım ünitesinde tedavi gören 22 yetişkin hasta deney ($n=11$) ve kontrol ($n=11$) olmak üzere gruplara ayrılmışlardır. Deney grubundaki hastalara 60 dakika süre ile Klasik Batı Müziği eserleri kulaklık yardımı ile dinlettirilerek hastaların yaşam bulguları ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin

Sedasyon Değerlendirme Ölçeği sedasyon ihtiyaç düzeyi üzerine etkilerini incelenmişlerdir. Yapılan araştırma sonucunda deney grubunun hastaların zamanla ölçülen Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği bilinç, ajitasyon, anksiyete, uyku ve Hasta Ventilator Uyumu alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (169).

Mateu-Capell ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada mekanik ventilasyon desteğinde olan 82 yoğun bakım hastası çapraz randomizasyon yöntemiyle; Grup A (n=40) ve Grup B (n=42) olarak randomize edilmiştir. Grup A'da bulunan hastalara 4 saatlik tek bir seansta arka arkaya: ilk saat: müdahalenin olmadı durum; ikinci saat: ses izolasyonu; üçüncü saat: müzik uygulaması; ve dördüncü saat: yoğun bakımda ortamında müdahaleler sonrası durum sıralamasıyla, Grup B'de bulunan hastalara ise ses izolasyonu ve müzik uygulamalarının sırası değiştirilerek girişim sağlanmıştır. Ses İzolasyonu harici gürültüyü 15 dB'ye kadar azaltan aktif bir gürültü önleme özelliği olan kulaklık ile müzik uygulaması ise Merlin's Magic'in Reiki Light Touch parçası 60 dakika boyunca bir MP₃ çalar ile sağlanmıştır. Hastaların konfor düzeyleri hipnotik düzeylerine (BIS VISTA), sedasyon düzeylerine (Ramsay ölçeği) ve davranışsal ağrı ölçeği (BPS ölçeği) ile mekanik ventilasyona uyumlarına göre değerlendirilmiştir. Her iki grupta da 4 saatlik seansta sedasyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (9).

5.6.2. Hastaların Aynı Ölçüm Zamanında Farklı Uygulama Türlerindeki Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Değerlerinin Tartışılması

Hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sonrası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği alt boyut puanlarını ve toplam puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Test sonucuna göre hastaların uygulama türlerine göre uygulama öncesi 0., uygulama sonrası 30. ve uygulama sonrası 60. dakika Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği 5 alt boyut puanları ve toplam puanları da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

BÖLÜM VI

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Araştırmada, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamasının konfora olan etkisini incelemek amaçlandı. Yürütülen araştırmanın verileri genel olarak incelendiğinde; müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların yaşadıkları anksiyete, kaygı ajitasyon, ağrı gibi nedenlerle artmış olan hemodinamik parametrelerini, Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamalarını ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin alt başlıklarından aldıkları puan ortalamalarını azalttığı saptandı.

Araştırmanın tüm verileri ve istatistiksel değerlendirmeleri ayrıntılı olarak incelendiğinde ise aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin sonuçlar;

- ⇒ Araştırmaya katılan tüm bireylerin yaş ortalaması 64.88 ± 14.05 dir.
- ⇒ Hastaların %66.7'sinin erkektir.
- ⇒ Hastaların %79.2'sinin evli olduğu saptandı.
- ⇒ Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde, hastaların %45.8'inin okur-yazar değildir.

Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar;

- ⇒ Hastaların mekanik ventilasyon desteğinde kalma gün süresi ortalaması 18.79 ± 20.64 gündür.
- ⇒ Hastaların %37.5'inin mekanik ventilasyonda kalma süresi 1-10 gündür.
- ⇒ Hastaların yoğun bakımda yatış gün süresi ortalaması 18.87 ± 20.57 gündür.
- ⇒ Hastaların %37.5'inin yoğun bakımda yatış gün süresi 1-10 gündür.
- ⇒ Hastaların Glaskow Koma Skalası puan ortalaması 10.20 ± 1.38 puandır.
- ⇒ Hastaların en fazla KOAH %12.5, siroz ve solunum yetmezliği %8.4, pnömoni ve trafik kazası %8.3 tanısı ile hastanede yattıkları saptandı.

Araştırmanın hipotezleri ile ilgili elde edilen istatistiksel sonuçlar;

- Araştırma grubundaki hastaların Klasik Batı Müziği, Klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulama sırasında (30. dk) ve uygulamanın bitiminde (60. dk) sistolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Tüm uygulama türlerinde zamana göre ölçülen sistolik kan basıncı değerleri azalma yönünde değişim göstermiştir. Ancak uygulama türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).
- Araştırma grubundaki hastaların Klasik Batı Müziği, Klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulama sırasında (30. dk) ve uygulamanın bitiminde (60. dk) diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Tüm uygulama türlerinde zamana göre ölçülen diyastolik kan basıncı değerleri azalma yönünde değişim göstermiştir. Ancak uygulama türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).
- Araştırma grubundaki hastaların Klasik Batı Müziği, Klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulama sırasında (30. dk) ve uygulamanın bitiminde (60. dk) nabız hızı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Tüm uygulama türlerinde zamana göre ölçülen nabız hızı değerleri azalma yönünde değişim göstermiştir. Ancak uygulama türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).
- Araştırma grubundaki hastaların Klasik Batı Müziği, Klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulama sırasında (30. dk) ve uygulamanın bitiminde (60. dk) solunum hızı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Tüm uygulama türlerinde zamana göre ölçülen solunum hızı değerleri azalma yönünde değişim göstermiştir. Ancak uygulama türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).
- Araştırma grubundaki hastaların Klasik Türk müziği uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulama sırasında (30. dk) ve uygulamanın bitiminde (60. dk) oksijen saturasyonu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Klasik Türk müziği uygulamasının zamana göre ölçülen oksijen saturasyonu değerleri artma yönünde değişim göstermiştir. Ancak uygulama türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

- Araştırma grubundaki hastaların Klasik Batı Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulama sırasında (30. dk) ve uygulamanın bitiminde (60. dk) ekspirasyon dakika volümü değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Klasik Batı Müziği ve ses izolasyonu uygulamasının zamana göre ölçülen ekspirasyon dakika volümü değerleri azalma yönünde değişim göstermiştir. Ancak uygulama türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).
- Araştırma grubundaki hastaların Klasik Batı Müziği, Klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulama sırasında (30. dk) ve uygulamanın bitiminde (60. dk) Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeğinin Puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Tüm uygulama türlerinde zamana göre ölçülen Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeğinin Puan değerleri azalma yönünde değişim göstermiştir. Ancak uygulama türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).
- Araştırma grubundaki hastaların Klasik Batı Müziği, Klasik Türk müziği ve ses izolasyonu uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulama sırasında (30. dk) ve uygulamanın bitiminde (60. dk) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Ajitasyon ve Anksiyete alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Tüm uygulama türlerinde zamana göre ölçülen Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği Ajitasyon ve Anksiyete alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları azalma yönünde değişim göstermiştir. Puan ortalamalarının azalması hastaların sedasyon ihtiyacının azaldığını göstermektedir. Ancak uygulama türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Bu çalışmanın sonucunda; mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygulanan müzik terapi ve ses izolasyonunun hastaların hemodinamik parametrelerini olumlu yönde etkilediği, hastaların algıladığı ağrı şiddetini ve sedasyon ihtiyacını azalttığı saptandı. Bu bağlamda; çalışmamızın en önemli bulgusu mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda yoğun bakım ortamına ilişkin seslerinin arındırıldığı bir girişimin hastalarda konfor düzeyini arttırdığıdır. Dolayısıyla müzik terapinin de sese bağlı uyaranlardan arındırılmış bir girişim olarak belki de etki ettiği de diğer araştırmamızın önemli ve kritik bir sonucudur.

6.2. ÖNERİLER

Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapi ve ses izolasyonu uygulaması anksiyete, ajitasyon ve ağrı gibi nedenlerle yükselmiş hemodinamik parametre değerlerinin düşürülmesinde ve sedasyon ihtiyacının azaltılmasında, konforun artırılmasında olumlu yönde etkisi olduğu saptanan bu araştırma sonuçları doğrultusunda şunlar önerilebilir:

- ◆ Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulamasının anksiyeteyi, stresi, gerginliği azaltıcı ve rahatlatıcı, kan dolaşımını artırıcı, hemostazisi sağlayıcı, yaşam kalitesini artırıcı, konfor düzeyini artırıcı olması, aynı zamanda yan etkilerinin olmaması nedeniyle tamamlayıcı ve bütünleştirici bakım uygulama yöntemi olarak mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda kullanılmalıdır.
- ◆ Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulaması mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların hemşirelik bakımına dahil edilmelidir.
- ◆ Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere müzik terapi ve ses izolasyonu ile ilgili hizmet içi eğitim verilmelidir.
- ◆ Müzik terapi ve ses izolasyonu uygulaması hemşirelik eğitimi ders programlarına dahil edilmelidir.
- ◆ Bu çalışma daha büyük örneklem grubunda tekrarlanmalıdır. Özellikle ses izolasyonunun etkinliğini ortaya koymaya yönelik literatüre katkı sağlayacak gereksinim vardır. Bu bağlamda çalışmalar ses izolasyonu odağında planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kumsar AK, Yılmaz FT. Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı the. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 3];10(2):56–60. Available from: <https://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdire=kuhead&plng=tur&un=KUHEAD-08379>
2. Terzi B, Kaya N. Nursing Care of Critically Ill Patients. Artic J Med Surg Intensive Care Med [Internet]. 2011 [cited 2020 Jun 4]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/276218878>
3. Uyar M, Korhan EA. Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. Agri [Internet]. 2011 [cited 2020 Jun 3];23(4):139–46. Available from: http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=agri&plng=eng&un=AGRI-94695
4. Türkoğlu M. Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları ve Korunma. Türkiye Klin Intensive Care-Special Top [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 3];1(1):49–54. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-mekanik-ventilasyon-komplikasyonlari-ve-korunma-71368.html>
5. Adsay E, Dedeli Ö. Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. J Med Surg Intensive Care Med. 2015 Dec 1;6(3):90–7.
6. Yaman Aktaş Y, Karabulut N. The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. Nurs Crit Care. 2016 Jan 1;21(1):44–52.
7. Korhan EA. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda sedasyon yönetiminde hemşirenin rolü. Yoğun Bakım Hemşireliği Derg [Internet]. 2012 [cited 2020 Jun 3]; Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ybhd/issue/26490/278784>
8. Çelik S. Mekanik Ventilasyonda Hasta Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Derg [Internet]. 2006 [cited 2020 Jun 4];10(2):19–25. Available from: <http://acikerisim.bartın.edu.tr/handle/11772/2835>
9. Mateu-Capell M, Arnau A, Juvinyà D, Montesinos J, Fernandez R. Sound isolation and music on the comfort of mechanically ventilated critical patients. Nurs Crit Care. 2019 Sep 1;24(5):290–8.
10. 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. Int J Nurs Stud [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun

- 3];50(7):895–904. Available from:
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912004208?casa_token=ir256lWtdPIAAAAA:YhagG-g1iHgJN8VwSufMK6wRNsvdQViV3898wi4enlzcoI7HY1R2x1pXoxcufvQdhfA-SzqbQIxz
11. Spieth PM, Koch T, Gama de Abreu M. Approaches to ventilation in intensive care. *Dtsch Arztebl Int*. 2014 Oct 17;111(42):714–20.
 12. Cengar H. Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda İletişimde Gereksinim Listesinin Kullanılması. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın; 2015.
 13. Zengin N. Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi Clinical education View project Nursing Student View project. *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg* [Internet]. 2010 [cited 2020 Jun 4];14(2):61–6. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/338805788>
 14. Stein-Parbury J, McKinley S. Patients’ experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *Am J Crit Care* [Internet]. 2000 [cited 2020 Jun 8];9(1):20. Available from: http://search.proquest.com/openview/2425cf5bc6079792c7b422bff903dd1c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=33078&casa_token=SogxQpx2tzUAAAAA:1IxNkphqWQ8CEiM6Nl5BUAeW4MiIZ7T9A_aODGZtex7aqjYDvNVRwzkOEzonXkoX41q6zDX75dpv
 15. Adamson H, Murgo M, Boyle M, Kerr S, Crawford M, Elliott D. Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2004 [cited 2020 Jun 8];20(5):257–63. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339704000680?casa_token=ZN6bN671ResAAAAA:DwcQ91nCxRMwS8QlYewfX7ftQXJ4TvvNtYAlA0FqXw-z5GIPWSQXiW6OYOqzAMuZd6Q3PYgMbMe
 16. Hofhuis JGM, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJP, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2008 [cited 2020 Jun 8];24(5):300–13. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339708000323?casa_token=hTEAbyUi1hsAAAAA:nsRNRHba7Hh96d58At9EeVwt9VVdcJWQpQaPNL4PqcViUzAIN6AVXXjHJ_yp12FOEOSY7lrh9x7P
 17. Kolcaba K, Dimarco MA. Comfort Theory and its application to pediatric nursing “The Relationship between Comfort and Adherence in Hemodialysis Patients” View project. *Pediatr Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2020 Jun 4];31(3):187–94. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/7686145>
 18. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *J Nurs Adm* [Internet]. 2006 [cited 2020 Jun 4];36(11):538–44. Available from: https://journals.lww.com/jonajournal/Fulltext/2006/11000/Comfort_Theory__A_Unifying_Framework_to_Enhance.10.aspx?casa_token=qYSQivjPclQAA

AAA:7d9nxNF7yyuyzj7nj54pBKrr5dnQFQ50D9bwNTGyMXcRZWM3JhQi_qrQrn3r2-3H1LlTn0o42yU_IRlHj-0yfTD

19. Blenkarn A, Faughnan S, Morgan A. Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2002 [cited 2020 Jun 8];18(6):332–41. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096433970200071X?casa_token=jzGorG6K_b4AAAAA:ibecjo0ALtPBf40GPXb6LO0HAWEFKS5kFIKkZwCq9i9PDTK3tnbAYunlJreGkZRV-EzlxY7n3IBx
20. Rose L, Haslam L, Dale C, Knechtel L, Fraser M, Pinto R, et al. Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jun 8];27(3):121–8. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339711000097?casa_token=4-vTWVci0PsAAAAA:rQV4tLI5Sx73x93F0Uq1fRJ9WZW--f6GpresQYnG1qtWJquHQqNWD6Xj_QRSQg0eQwD1IB6EV-j_
21. Glynn G, Ahern M. Determinants of critical care nurses' pain management behaviour. *Aust Crit Care* [Internet]. 2000 [cited 2020 Jun 8];13(4):144–51. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731400706424>
22. Tembo AC, Parker V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2009 [cited 2020 Jun 8];25(6):314–22. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339709000718?casa_token=ZPIEOfUEtRQAAAAA:ytd9w1-o3jSXtnASIEGpQc_5R0YY61x7Ov0o_rZX_B4HPsQtT7GZyOdf-zE3DrtNYmBZp55KO8Yc
23. Elliott R, McKinley S, Cistulli P. The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jun 8];48(3):384–400. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748910003767?casa_token=rkHjojnYSOUAAAAA:4TUMtGP9rP1J4D7ENRrREzZrcKgJLzjruNIE_wo5QwKFKCmGprWDONzuKOnclp4fB4ZvhnHnEszZ
24. Erol Ö, Enç N. Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. *Türkiye Klin J Nurs Sci* [Internet]. 2009 [cited 2020 Jun 8];1(1):24–31. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/cde8/a369a8253db2aefb29782e0f3ca4d2f5bcde.pdf>
25. Frisk U, Nordström G. Patients' sleep in an intensive care unit - Patients' and nurses' perception. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2020 Jun 8];19(6):342–9. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339703000764?casa_token=8S9_99Ta3DoAAAAA:fenJZiAWnkRQ16TYqNbnTw9HXCiH8ACnx6Afnx8JrIZ9qgPJzk68lvvmvNP8rcXw-UIagXe_zAy2
26. Khorshid L, Ülkü YAPUCU D. TAMAMLAYICI TEDAVİLERDE HEMŞİRENİN ROLÜ. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg* [Internet]. 2005 [cited 2020 Jun 8];8((2)):124–30. Available from:

<http://www.cno.org>

27. Çevik K. HEMŞİRELİKTE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ: REFLEKSOLOJİ COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE THERAPY IN NURSING: REFLEXOLOGY. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 8];29(2):71–82. Available from: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscaam>
28. Xue CCL, Zhang AL, Lin V, Da Costa C, Story DF. Complementary and alternative medicine use in Australia: A national population-based survey. J Altern Complement Med. 2007 Jul;13(6):643–50.
29. Kronenberg F, Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: A review of randomized, controlled trials. Ann Intern Med. 2002 Nov 19;137(10):805–13.
30. Oksel E, Şişman F. Diabetes Mellitus’ lu Hastaların Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg. 2009;25(3):27–36.
31. Bodeker G, Kronenberg F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. Am J Public Health. 2002 Oct 1;92(10):1582–91.
32. Özçelik H, Fadiloğlu Ç-. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. Türk Onkol Derg [Internet]. 2009 [cited 2020 Jun 8];24(1):48–52. Available from: <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=TR2016006863>
33. Yom YH, Lee KE. A comparison of the knowledge of, experience with and attitudes towards complementary and alternative medicine between nurses and patients in Korea. J Clin Nurs. 2008 Oct;17(19):2565–72.
34. Quinn F, Hughes CM, Baxter GD. Reflexology in the management of low back pain: A pilot randomised controlled trial. Complement Ther Med [Internet]. 2008 [cited 2020 Jun 8];16(1):3–8. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229907000623?casa_token=bq_7-AcK0pgAAAAA:z__XG2gIFGyQx4xdBoplOPzJx-2V1bFe3OJgJKIH1Ady4BQqvZuomiYQeIZak9slwVIHYkaby1--
35. Morey JH. Integrative Reflexology: A Therapy Within a Naturopathic Nursing Practice. Explor J Sci Heal [Internet]. 2005 [cited 2020 Jun 8];1(5):400–1. Available from: <https://europepmc.org/abstract/med/16781575>
36. Cigerci Y, Kurt H, Çelebi Ş. TAMAMLAYICI BAKIM VE ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMİ OLAN MÜZİK TERAPİYE İLİŞKİN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN GÖRÜŞLERİ. Akad Müzik Araştırmaları Derg [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 8];2(4):1–14. Available from: http://www.musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html
37. Dündar SA. Pediatri kliniğindeki hemşire ve doktorların, müziğin klinikte kullanımı hakkındaki düşünceleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg [Internet]. 2011 [cited 2020 Jun 8];12(3):11–5. Available from: <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/2065>

38. Gençel Ö. MÜZİKLE TEDAVİ. Kastamonu Educ J [Internet]. 2006 [cited 2020 Jun 4];14(2):14. Available from: <http://www.aksiyon.com.tr/detay.php?id=22031>
39. Birkan I. MÜZİKLE TEDAVİ, TARİHİ GELİŞİMİ VE UYGULAMALARI. Ankara Akupunkt ve Tamamlayıcı Tıp Derg [Internet]. 2014 [cited 2020 Jun 4];37–49. Available from: <https://akupunkturvetamamlayicitim.org/2018/03/d10.pdf>
40. Khorsid L, Akın E. Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda anksiyete yönetiminde müzik terapinin yeri. Yoğun Bakım Hemşireliği Derg [Internet]. 2007 [cited 2020 Jun 4];11(2):83–8. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ybhd/issue/26482/278727>
41. Babacan SS. Sezaryen sonrası ağrı kontrolünde ilaç dışı farklı iki yöntemin (masaj/dokunma ve müzik/gevşeme) etkinliğinin karşılaştırılarak incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir; 1999.
42. Bekiroğlu T. Klasik Türk Müziğinin Hipertansiyon Hastalarının Kan Basınçlarına Ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep; 2011.
43. Almerud S, Petersson K. Music therapy - A complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2003 [cited 2020 Jun 4];19(1):21–30. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339702001180?casa_token=ZkCe17gtj9sAAAAA:T7XSuFyY4JCF5zY56yxsXcDynXL0401W__GwhV-Shq3Y6wDfsJ0kUPjxgl1dJdsBKdx1tx0SvqFgN
44. Solanki MS, Zafar M, Rastogi R. Music as a therapy: Role in psychiatry. Asian J Psychiatr [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 4];6(3):193–9. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201812002328?casa_token=6kQ8lN7V6GkAAAAA:h_ragLe-V5kWWrYnJR0Wh6G_WgmZHGyHoMoywfjBHS8lo7EsJKTQc2i1WpGUqsQ54a5vxG9pHmnh
45. Jacq G, Melot K, Bezou M, Foucault L, Courau-Courtois J, Cavelot S, et al. Music for pain relief during bed bathing of mechanically ventilated patients: A pilot study. PLoS One [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2020 Jun 4];13(11). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6235356/>
46. Wong HLC, Lopez-Nahas V, Molassiotis A. Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. Hear Lung J Acute Crit Care [Internet]. 2001 [cited 2020 Jun 4];30(5):376–87. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956301973479?casa_token=11mZV9wbcfEAAAAA:s-17EVpP52kxRZk7rnE48MMt_iUq9l9LFIYIG65yqSWG1viQRd9JMnHWHC Uda1RPj6q_rx56-AzR
47. Clark M, Isaacks-Downton G, Wells N, Redlin-Frazier S, Eck C, Hepworth JT, et al. Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. J Music Ther [Internet]. 2006 [cited 2020

- Jun 4];43(3):247–65. Available from: <https://academic.oup.com/jmt/article-abstract/43/3/247/897355>
48. Hamel MB, Phillips RS, Davis RB, Teno J, Connors AF, Desbiens N, et al. Outcomes and cost-effectiveness of ventilator support and aggressive care for patients with acute respiratory failure due to pneumonia or acute respiratory distress syndrome. *Am J Med* [Internet]. 2000 [cited 2020 Jun 4];109(8):614–20. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000293430000591X>
 49. Chlan L. Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilatory assistance. *Hear Lung J Acute Crit Care* [Internet]. 1998 [cited 2020 Jun 4];27(3):169–76. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956398900048>
 50. McCaffrey RG, Good M. The Lived Experience of Listening to Music While Recovering from Surgery. *J Holist Nurs*. 2000;18(4):378–90.
 51. Uzelli Yılmaz D, Akin Korhan E, 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 Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 3];1(3):21–7. Available from: <http://acikerisim.ikc.edu.tr:8080/xmlui/handle/11469/538>
 52. Juang DF, Lee CH, Yang T, Chang MC. Noise pollution and its effects on medical care workers and patients in hospitals. *Int J Environ Sci Technol*. 2010;7(4):705–16.
 53. Pugh RJ, Jones C, Griffiths RD. The impact of noise in the intensive care unit. In: *Intensive Care Medicine: Annual Update 2007*. Springer New York; 2007. p. 942–9.
 54. Topf M. Hospital noise pollution: an environmental stress model to guide research and clinical interventions. *J Adv Nurs* [Internet]. 2000 Mar 1 [cited 2020 Jun 8];31(3):520–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2648.2000.01307.x>
 55. Abitağaoğlu S, Öztaş A, Şimşek Ceviz F, Köksal C, Aslan Dünder T, Turan G, et al. The Impact of noise on Hearing in Intensive Care Unit Nurses. *Acta Medica Cordoba*. 2020;51(1):38–43.
 56. Kol E, İlaslan E, İnce S. Yoğun Bakım Ünitelerinde Gürültü Kaynakları ve Gürültü Düzeyleri. *J Turkish Soc Intensive Care*. 2015;13:122–30.
 57. Diallo B, Kautz DD. Better pain management for elders in the intensive care unit [Internet]. Vol. 33, *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2014 [cited 2020 Jun 4]. p. 316–9. Available from: <https://journals.lww.com/academicmedicine/00003465-201411000-00003.fulltext>
 58. Alderson SM, McKechnie SR. Unrecognised, undertreated, pain in ICU—Causes, effects, and how to do better. *Open J Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 4];03(01):108–13. Available from: <https://www.scirp.org/html/14->

1440097_29555.htm

59. Gélinas C. Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 3];34:1–11. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339716000215?casa_token=aal3QOh-aBEAAAAA:2UMsK0nL8YWyjchxmJ2tWafK-m0w1evfS_HMHDRfsJqZgAwWAdfUCLtaXBlsu2TfLHlbqnr19TX0
60. Dergisi SÇ-YBH, 2016 U. Yoğun bakım hastalarında ağrı yönetimi. *dergipark.org.tr* [Internet]. [cited 2020 Jun 4]; Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ybhd/issue/26500/278832>
61. Çelik S. The Criteria of Patient Admission and Discharge in the Intensive Care Unit . *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg* [Internet]. 2007 [cited 2020 Jun 13];11(2):96–101. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ybhd/issue/26482/278729>
62. Zengin N. Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg* [Internet]. 2010 [cited 2020 Jun 8];14(2):61–6. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/338805788>
63. Çiftçi H. Müziğin Yoğun Bakım Ünitesinde Serebro Vasküler Olay Tanisiyla Yatan Hastalarda Konfor, Anksiyete ve Ağrıya Etkisinin İncelenmesi. Yükseklikans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana; 2011.
64. Çelikel T. Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Uzmanlığı. *Yoğun Bakım Derg* [Internet]. 2001 [cited 2020 Jul 3];1(1):5–9. Available from: http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2001-01/2001-1-1-005-010.pdf
65. Akpir K. Türkiye’de Yoğun Bakım. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği Derg*. 2004;335–43.
66. Güngör M, Yoğun Bakım Hemşireliği. Yoğun bakımın tarihçesi ve yoğun bakım hemşireliğinde temel kavramlar. Nobel Tıp. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2015. 2–16 p.
67. Dedeli Ö, Durmaz Akyol A. Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar . *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg*. 2008;12(2):26–32.
68. TC Sağlık Bakanlığı. YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ [Internet]. 2011 [cited 2020 Jun 13]. Available from: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1057:yatakli-salik-tesslernde-youn-bakim-hzmetlernn-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-tebl&catid=3:tebligengelge&Itemid=35
69. Akın E. Mekanik Ventilator Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Anksiyetenin Fizyolojik Belirtilerine Etkisi. Yükseklikans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir; 2007.
70. Yaman Aktaş Y. Mekanik Ventilasyonlu Hastanın Aspirasyon İşleminde

- Uygulanan Müzik Terapinin Ağrı Ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum; 2013.
71. Kara G. Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2018.
 72. Güngör Çağlar M. Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Mekanik Ventilasyona Bağlı Hastalarda Müzik Dinlemenin Anksiyete Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2018.
 73. Kaplan T, Han S. Mekanik Ventilatörlerin Tarihsel Süreç İçindeki Gelişimi. Toraks Cerrahisi Bul [Internet]. 2014 [cited 2020 Jun 4];5(3):147–50. Available from: <https://www.toraks.org.tr/mobile/Download.aspx?book=1799>
 74. Sarıcaoğlu F, Akıncı S. Yoğun bakım hastalarında analjezi ve sedasyon. Hacettepe Tıp Derg . 2005;36(2):86–90.
 75. Bacakoğlu F. Temel İnvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulama Yöntemleri. Yoğun Bakım Derg [Internet]. 2002 [cited 2020 Jun 4];2(4):215–24. Available from: http://yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2002-04/2002-2-4-215-224.pdf
 76. Uçar S. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Hastaların Mekanik Ventilatörden Ayırma Sürecinde Hemşirelik Bakımı İle İlgili Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara; 2016.
 77. Uçgun İ. Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları. Yoğun Bakım Derg [Internet]. 2008 [cited 2020 Jun 4];8(1):44–59. Available from: http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2008-01/2008-8-1-044-059.pdf
 78. Türkmen E. İnvazif Mekanik Ventilasyon Uygulaması ve Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastanın Bakımı. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg [Internet]. 2005 [cited 2020 Jun 4];2(2):22–9. Available from: <http://www.kuhead.org/jvi.aspx?pdire=kuhead&plng=tur&un=KUHEAD-84756&look4=>
 79. Breckenridge SJ, Chlan L, Savik K. Impact of tracheostomy placement on anxiety in mechanically ventilated adult ICU patients. Hear Lung J Acute Crit Care. 2014;43(5):392–8.
 80. Dikensoy Ö. Mekanik Ventilasyon Nedir? In: 8 Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Gaziantep; 2006.
 81. Uysal N. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon: Endikasyonlar ve Uygulama Yoğun Bakım Dergisi 2005;5(Ek 1):5-7 Mekanik Ventilasyon İhtiyacı Olan Hastalar Nasıl Belirlenir? Yoğun Bakım Derg [Internet]. 2005 [cited 2020 Jun 4];5:5–7. Available from: http://yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2005-EK/2005-5-EK-005-007.pdf
 82. UÇGUN İ. KOAH’da Mekanik Ventilasyon . Güncel Göğüs Hast Serisi.

2013;1(1):65–79.

83. Uzun K, Teke T, Atalay H, Kurt E. Solunum yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon uygulanan hastaların sonuçları. Genel Tıp Derg. 2007;17(4):187–90.
84. Pazar B. Kalp Cerrahisi Geçiren Hastalara Ameliyat Öncesi Dönemde Mekanik Ventilatöre Yönelik Verilen Eğitimin Hastanın Uyum, Konfor, Anksiyete ve Hemodinamik Parametreler Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara; 2016.
85. Borkowska M, Labeau S, Blot S. Nurses' practice concerning weaning from mechanical ventilation in the intensive care unit. Intensive Care Med Exp. 2015 Dec;3(S1).
86. Eckerblad J, Eriksson H, ... AK. Nurses' conceptions of facilitative strategies of weaning patients from mechanical ventilation—a phenomenographic study. Intensive Crit care Nurs [Internet]. 2009 [cited 2020 Jun 26];25(5):225–32. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339709000652?casa_token=9__aZ4XKE_cAAAAA:ycNw49pOxUPZdtxEQxtseWOv-0gAUBD_1BpElNzgdCFDTn25mG7Y-KDDv2ec0MIwwddyv5wCX3xz
87. Rose L, Nelson S, Johnston L, Presneill JJ. Decisions made by critical care nurses during mechanical ventilation and weaning in an Australian Intensive Care Unit. Am J Crit Care [Internet]. 2007 [cited 2020 Jun 26];16(5):434–44. Available from: <https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/16/5/434/590>
88. Koyuncu A, Yava A, Kürklüoğlu M, ... AG. Mekanik ventilasyondan ayırma ve hemşirelik. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Derg. 2011;19(4):671–81.
89. Clark P, Lettieri C. Clinical model for predicting prolonged mechanical ventilation. J Crit Care [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 23];28(5):880–e1. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944113000749?casa_token=nWAE2LbYqmMAAAAA:abIuRiKX6mWTyaWpo4IyU-mi9Aje-9Un7mO1d-iyZmamSodhkROeOW9QQNhMgHRiZzKes5DYEsyd
90. Uzun K. Mekanik Ventilasyondan Ayırmadaki (Weaning) Yetersizlik. Turkish J Med Surg [Internet]. 2010 [cited 2020 Jun 23];1. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=13091689&AN=54106810&h=Jv8XmbeGKogHozKVzS2cJlhWoXfPN7xzuDT%2BUTriG2CZqxjErFQWgIKDE1518EGylJaeHdpgQPmeovdjlX14sg%3D%3D&crl=c>
91. Aydın K, Karakoç E. Mekanik Ventilasyon Endikasyonları. Türkiye Klin Yoğun Bakım Derg [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 26];1(1):7–12. Available from: <https://cbgoguscerrahisi.turkiyeklinikleri.com/article/tr-mekanik-ventilasyon-endikasyonlari-71363.html>
92. Çelebi D. Kolonoskopi Sırasında Dinletilen Müziği Ağrı, Anksiyete Ve Hasta Konforuna Etkisi [Internet]. Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar

- Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa; 2017. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.01.106><https://doi.org/10.1016/j.apen>
<https://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2008.11.016>
<http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Pages/default.aspx>
<https://doi.org/10.1016/j.>
93. Tutton E, Seers K. An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing* Sep 1, 2003 p. 689–96.
 94. Yöner H. Günübirlik Cerrahide Hasta Konforu ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın; 2016.
 95. Terzi B. Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi Ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi [Internet]. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2014. Available from: <https://ej.e.bioscientifica.com/view/journals/eje/171/6/727.xml>
 96. Sardoğan E. Hastaların Kaygı Ve Konfor Düzeyleri: Preoperatif Dönemde Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme Ve Postoperatif Dönemde Yoğun Bakım İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2018.
 97. Patricia Hawley M. Nurse comforting strategies perceptions of emergency department patients. *Clin Nurs Res*. 2000;9(4):441–59.
 98. Siefert M Lou. Concept analysis of comfort. *Nurs Forum* [Internet]. 2002 [cited 2020 Jun 4];37(4):16–23. Available from: http://search.proquest.com/openview/1d94fdc0fffd50465ff50e419a2152f0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47212&casa_token=vnkXTwKJlx0AAAAA:503fwYNp95yUa46vQ7VJtrZGH4CBSK8zZtQ_xV1_w6fAdCEfDuLshEeP8D70YqGtN7LkiigkcSEw
 99. Goodwin M, Sener I, Steiner SH. A Novel Theory for Nursing Education Holistic Comfort Background and Literature Review. *J Holist Nurs* [Internet]. 2007 [cited 2020 Jun 4];25(4):278–85. Available from: <http://jhn.sagepub.comhttp://online.sagepub.com>
 100. Ocakçı AF. Hemşirelik kavram, kuram ve model örnekleri. İstanbul Tıp Kitabevi; 2013.
 101. Peterson SJ, Bredow TS. Middle range theories: Application to nursing research: Third edition [Internet]. *Middle Range Theories: Application to Nursing Research: Third Edition*. 2011 [cited 2020 Jun 4]. 1–356 p. Available from: https://www.google.com/books?hl=tr&lr=lang_en%7Clang_tr&id=AM-xy5LRzMsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Middle+Range+Theories+Application+to+Nursing+Research&ots=K3G2yxRvgS&sig=GZDI-8W1mjBZrv4QEA6rC77vfk
 102. Aksoy Derya Y. Sezaryen İle Doğum Yapan Loğusalara Konfor Kuramına Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum; 2012.

103. Üstündağ H. Koroner arter by pass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi [Internet]. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2009 [cited 2020 Jun 4]. Available from: <http://dspace.marmara.edu.tr/handle/11424/20811>
104. ÇINAR YÜCEL Ş. KOLCABA’NIN KONFOR KURAMI. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2011 Jun 1;27(2):79–88.
105. Gökalp K. MÜZİK TERAPİSİNİN YAŞLI KANSER HASTALARININ ANKSİYETE VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ [Internet]. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Atatürk; [cited 2020 Jun 4]. Available from: <https://atauni.edu.tr/yuklemeler/70bab9e49e7b07730b8a210e2de0830b.pdf>
106. Unutkan A. Doğum Korkusu Yaşayan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi Ve Kolcaba’ nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Deneyimi, Sonuçları ve Konforuna Etkisi. Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya; 2018.
107. Kolcaba K. Comfort Theory Article in JONA The Journal of Nursing Administration. Wiley Online Libr [Internet]. 2006 [cited 2020 Jun 26]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/276987427>
108. Düzel V. Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana; 2008.
109. Demir Y. Yoğun bakım ünitesinde ağrı deneyimi ve ağrının değerlendirilmesi: literatür incelemesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg [Internet]. 2012 [cited 2020 Jun 4];2(1):24–30. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/duzcesbed/issue/4839/66534>
110. Sılay F. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sedasyon-Ajütasyon Ve Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan İki Ölçüm Aracının Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması [Internet]. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir; 2016. Available from: <https://www.infodesign.org.br/infodesign/article/view/355%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/731%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/269%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/106>
111. Gündoğan O, Bor C, Korhan E, Uyar M. Erişkin Yoğun Bakım Hastasında Ağrı Değerlendirmesi: Critical-Care Pain Observation Tool Ölçeği’nin Türkçe Versiyonunun Geçerlik Güvenirlik Araştırması. Türk Yoğun Bakım Derg [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 4];14(3). Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=21466416&AN=120018652&h=icmCoaPqR8BCLATB1%2FJ16QGlvdUDGuipH8ca41yHI%2BoBpC1sjCiddrQ1W7up6air7%2FXUtbVKlzbzvp5hLAsaEA%3D%3D&crl=c>
112. Polat MG. Yoğun Bakımda Fizyoterapi Uygulamaları. Yoğun Bakım Derg [Internet]. 2007 [cited 2020 Jun 4];7(3):357–61. Available from: http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2007-03/2007-7-3-

113. Yıldırım GÖ, Yavuz M. Yoğun Bakımlarda Hastalara Verilen Sırtüstü Pozisyonların Hemodinamik ve Fizyolojik Ölçümlere Olan Etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg* [Internet]. 2009 [cited 2020 Jun 4];2(2):94–9. Available from: <http://openaccess.maltepe.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12415/3578>
114. Matthews EE. Sleep disturbances and fatigue in critically ILL patients. *AACN Adv Crit Care* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jun 4];22(3):204–24. Available from: <https://aacnjournals.org/aacnacconline/article-abstract/22/3/204/14537>
115. Uğraş GA, Öztekin SD. Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit. *Tohoku J Exp Med* [Internet]. 2007 [cited 2020 Jun 4];212(3):299–308. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/212/3/212_3_299/_article/-char/ja/
116. Terzi B, Kaya N. Konfor Kuramı ve Analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg* [Internet]. 2017 Mar 31 [cited 2020 Jun 26];20(1):67–74. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ataunihem/303469>
117. Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs*. 1991;16(11):1301–10.
118. Yiğit Ü. Spinal Anesteziye Ameliyat Sırasında Dinletilen Müziğin Hastaların Ameliyat Sırası Yaşam Bulguları ile Ameliyat Sonrası Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu; 2017.
119. Alay B. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Term Bebeklere Uygulanan Müziğin Fizyolojik Ölçümler, Hastanede Kalış Süresi Ve Stres Belirtilerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara; 2016.
120. Lafçı D. Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana; 2009.
121. Terzi B, Azizoğlu F, Polat Ş, Yapıcı Z, İşever H, Kadioğlu A. Yoğun bakım ünitesindeki gürültü düzeyinin ünite çalışan hemşireler üzerindeki etkisi. In: 1 Ulusal Sağlık Kuruluşları Çevre Yönetim Sempozyumu. İstanbul; 2012. p. 68–71.
122. Kolcaba K, Kolcaba RJ. “The Relationship between Comfort and Adherence in Hemodialysis Patients” View project The Art in the World Project View project [Internet]. Article in *Journal of Advanced Nursing*. 1991 [cited 2020 Jun 26]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/21402816>
123. Kolcaba K. A Taxonomic Structure for the Concept Comfort “The Relationship between Comfort and Adherence in Hemodialysis Patients” View project. *Wiley Online Libr* [Internet]. 1991 [cited 2020 Jun 26];23(4):237–40. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/21217515>
124. Williams AM, Irurita VF. Emotional comfort: The patient’s perspective of a

- therapeutic context. Int J Nurs Stud [Internet]. 2006 [cited 2020 Jun 4];43(4):405–15. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748905001276?casa_token=gxmE0siTMy0AAAAA:IRSDRGtUp-QvB3JPJ5oDOBZ2NHdYegvs-2mMo2gQ-rVdjrdwG-wfzrW4rMZcLHXamD7GAAM9dzB
125. Çatalgöl Ş. İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Dinletilen Ney Sesinin Doğum Sürecine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir; 2013.
126. Alaner B. Müzikte Beşinci Boyut’a Doğru: Kavram, Felsefe, Estetik, Eğitim, Müzik Terapisi [Internet]. Vol. 13. Baskı. Anadolu üniversitesi devlet konservatuvarı yayınları; 2007 [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://philpapers.org/rec/ALAMBB>
127. Say A. Müzik Terapi. 5. Basım. Müzik Ansiklopedisi Yayınları. Ankara; 2003.
128. Selanik C. Müzik Sanatının Tarihsel Gelişimi. Doruk Yayın. Ankara; 1996.
129. Cross I. Music, cognition, culture, and evolution. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2001 [cited 2020 Jul 2];930(1):28–42. Available from: <https://www.academia.edu/download/46864268/j.1749-6632.2001.tb05723.x20160628-4034-wlz1dt.pdf>
130. Karadağ E. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Müziğin Uyku Kalitesi Ve Yaşam Bulgularına Etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir; 2011.
131. Somakci P. TÜRKLERDE MÜZİKLE TEDAVİ. Erciyes Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg [Internet]. 2003 [cited 2020 Jun 4];15(2):131–40. Available from: <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423879889.pdf>
132. Erer S, Atıcı E. Selçuklu ve Osmanlılarda müzikle tedavi yapılan hastaneler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg [Internet]. 2010 [cited 2020 Jun 4];36(1):29–32. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/uutfd/issue/35281/391528>
133. Grocke D, Bloch S, Castle D. Is there a role for music therapy in the care of the severely mentally ill? Australas Psychiatry. 2008;16(6):442–5.
134. Peng SM, Koo M, Yu ZR. Effects of music and essential oil inhalation on cardiac autonomic balance in healthy individuals. J Altern Complement Med. 2009 Jan 1;15(1):53–7.
135. Yang M, Li L, Zhu H, Alexander IM, Liu S, Zhou W, et al. To relieve anxiety in Pregnant women on bedrest: A randomized Trial, controlled trial. MCN Am J Matern Nurs [Internet]. 2009 [cited 2020 Jul 2];34(5):316–23. Available from: https://journals.lww.com/mcnjournal/fulltext/2009/09000/Music_Therapy_To_Relieve_Anxiety_In_Pregnant_Women.12.aspx?casa_token=zcRA-jB2qR8AAAAA:J9wSTrhW49CFd1NsFqpsnzErUi4yoGmaqLZ8j6c7nYH0Ji

VCUVTwM3uiAQiy6UL0rpwlYYvHwG4pvY94vxCO9y14

136. Şengül E. Kültür tarihi içinde müzikle tedavi ve Edirne Sultan II. Bayezid Darüşşifası. [Trakya Üniversitesi]: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
137. Ak AŞA. Avrupa ve Türk-İslâm medeniyetinde müzikle tedavi: tarihi gelişimi ve uygulamaları. Öz Eğitim. 1997;
138. Altınölçek H. Bir iletişim aracı olarak müzik ve müzikle tedavi yöntemleri. 1998;
139. Turabi A. Gevrekzâde Hâfız Hasan Efendi ve Mûsikî Risâlesi. Vol. Rağbet Yayınları. 2005.
140. Çoban A. Müzikterapi: ruh sağlığı için müzikle tedavi. 2005;
141. Güvenç R. Türk musikisi tarihi ve Türk tedavi musikisi. Metinler Matbaası. 1991.
142. Chlan L, Tracy MF, Nelson B, Walker J. Feasibility of a music intervention protocol for patients receiving mechanical ventilatory support. *Altern Ther Health Med* [Internet]. 2001 [cited 2020 Jun 4];7(6):80–3. Available from: http://search.proquest.com/openview/5fbf552a2c2d1ccd56a7b1797e323872/1?pq-origsite=gscholar&cbl=32528&casa_token=sYCB6_oA2kIAAAAA:6g2laTTylug2WEMFfh3IgxzfKeXyW1KUuuBO0qs6GknKsj293g-UTYs0ha9Kg4wHUyCg54u5CVu
143. Iriarte Roteta A. Music therapy effectiveness to decrease anxiety in mechanically ventilated patients. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2003 [cited 2020 Jun 4];14(2):43–8. Available from: <https://europepmc.org/abstract/med/12952774>
144. Chontichachalalauk J, Malathum P, Hanucharurnkul S. The Effect of Music Therapy on Anxiety Physiological Responses and Weaning Parameters in Patients During Weaning from Mechanical Ventilation. 2004;
145. 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. *J Clin Nurs*. 2005 May;14(5):609–20.
146. Tsay SL, Wang JC, Lin KC, Chung UL. Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support. *J Adv Nurs*. 2005 Oct;52(2):142–50.
147. Besel JM. the Effects of Music Therapy on Comfort in the Mechanically. 2006 [cited 2020 Jul 4];(April):1–89. Available from: <https://scholarworks.montana.edu/xmlui/bitstream/1/919/1/BeselJ0506.pdf>
148. Chlan LL, Linda Chlan BL, Engeland WC, Anthony A, Guttormson J. INFLUENCE OF MUSIC ON THE STRESS RESPONSE IN PATIENTS RECEIVING MECHANICAL VENTILATORY SUPPORT: A PILOT STUDY [Internet]. Vol. 16, *American Journal of Critical Care*. 2007 [cited 2020 Jul 3]. Available from: www.ajcconline.org
149. Bradt J, Dileo C, Potvin N, Bradt J, Dileo C, Potvin N. Music for stress and

- anxiety reduction in coronary heart disease patients [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews John Wiley and Sons Ltd; Dec 28, 2013. Available from: <http://www.thecochranelibrary.com>
150. Chlan LL, Weinert CR, Heiderscheidt A, Tracy MF, Skaar DJ, Guttormson JL, et al. Effects of patient-directed music intervention on anxiety and sedative exposure in critically ill patients receiving mechanical ventilatory support: A randomized clinical trial. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 3];309(22):2335–44. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1687827>
 151. Uzelli Yılmaz D, Akin Korhan E, 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 Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 4];1(3):21–7. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/47252/595256>
 152. Liang Z, Ren D, Choi JY, Happ MB, Hravnak M, Hoffman LA. Music intervention during daily weaning trials—A 6 day prospective randomized crossover trial. *Complement Ther Med* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2020 Jun 9];29:72–7. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096522991630139X?casa_token=niwoV-TUvfsAAAAA:0EDDuJV s2QwSVKdScmj2AGipCZofTXgXnAvmSMgsEDEc6ibz_wVdxJ26VzJlz6BVnxFS0-iI91mG
 153. Lee C-YC-H, Lee C-YC-H, Hsu M-Y, Lai C-L, Sung Y-H, Lin C-Y, et al. Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial. *journals.sagepub.com* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2020 Jun 4];19(2):137–44. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1099800416669601?casa_token=VKEwV8b2-h0AAAAA:WVGbEeBPh-hKnfAmELF5MoKm71PZeE3JAXHHAGQG852n7Py8RvIOeJO0RVTII5IAwmislc6QlpMKbA
 154. Li J, Zhou L, Wang Y. The effects of music intervention on burn patients during treatment procedures: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Complement Altern Med*. 2017 Mar 17;17(1).
 155. Aktaş YY, Karabulut N. Relief of Procedural Pain in Critically Ill Patients by Music Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Complement Med Res* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 4];26(3):156–64. Available from: <https://www.karger.com/Article/Abstract/495301>
 156. Counsell C, Dennis M, McDowall M, Warlow C. Predicting outcome after acute and subacute stroke: Development and validation of new prognostic models. *Stroke*. 2002;33(4):1041–7.
 157. Teasdale G, Jennett B. ASSESSMENT OF COMA AND IMPAIRED CONSCIOUSNESS. A Practical Scale. *Lancet* [Internet]. 1974 [cited 2020

- Jun 4];304(7872):81–4. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673674916390>
158. Bombacı E, Boztepe A, Çizen A, Çevik B, Dergisi SÇ-BT, 2005 U. Bilinci kapalı yoğun bakım hastalarında bispektral indeks monitörizasyonu ile modifiye glasgow koma ve ramsay sedasyon skala puanları arasındaki ilişki. Bakırköy Tıp Derg. 2005;1(3):90–4.
159. Mantz J. Evaluation of the depth of sedation in neurocritical care: Clinical scales, electrophysiological methods and BIS. Ann Fr Anesth Reanim [Internet]. 2004 [cited 2020 Jun 4];23(5):535–40. Available from: <https://europepmc.org/abstract/med/15158249>
160. Yayıncılık ZK-L, İstanbul undefined, 2004 undefined. Klinik anestezi. 3. baskı.
161. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. Am J Crit Care. 2006 Jul 1;15(4):420–7.
162. Gélinas C, Johnston C. Pain assessment in the critically ill ventilated adult: Validation of the critical-care pain observation tool and physiologic indicators. Clin J Pain [Internet]. 2007 [cited 2020 Jun 4];23(6):497–505. Available from: <https://journals.lww.com/continuum/00002508-200707000-00005.fulltext>
163. Şahin H. Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Müzik Eşliğinde Yapılan Hemşirelik Bakımının Fizyolojik Ve Ruhsal Durum Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2018.
164. Akın Korhan E. Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Refleksolojinin Sedasyon Düzeyi Ve Yaşamsal Belirtiler Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir; 2011.
165. Lee C-HH, Lai C-LL, Sung Y-HH, Lai MY, Lin C-YY, Lin L-YY. Comparing effects between music intervention and aromatherapy on anxiety of patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit: a randomized controlled trial. Qual Life Res [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2020 Jun 9];26(7):1819–29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28236262>
166. Dijkstra BM, Gamel C, van der Bijl JJ, Bots ML, Kesecioglu J. The effects of music on physiological responses and sedation scores in sedated, mechanically ventilated patients. J Clin Nurs. 2010 Apr;19(7–8):1030–9.
167. Korhan EA, Khorshid L, Uyar M. The effect of music therapy on physiological signs of anxiety in patients receiving mechanical ventilatory support. J Clin Nurs. 2011 Apr;20(7–8):1026–34.
168. Loomba RS, Shah PH, Chandrasekar S, Arora R, Molnar J. Effects of music on systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and heart rate: A meta-analysis. Indian Heart J [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 5];64(3):309–13. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0019483212600947>

169. Uzelli Yılmaz D, Akin Korhan E, 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 Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 3];1(3):21–7. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/47252/595256>
170. Horuz D, Kurçer MA. Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Koah Tanılı Hastalarda Müzik Terapinin Anksiyete Ve Bazı Fiziksel Bulgulara Etkisi. BEÜ Sağlık Uygul Ve Araştırma Merk Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Bilim Çalışmalar Derg [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 5];89–102. Available from: <http://cdn2.beun.edu.tr/hemsirelikhizmetleri/2017/01/tek/bilimsel-calisma-dergisi-2017.pdf#page=89>
171. Liu Y, Petrini MA. Effects of music therapy on pain, anxiety, and vital signs in patients after thoracic surgery. Complement Ther Med [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 4];23(5):714–8. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229915001260?casa_token=zohEIZULxmUAAAAA:ZFKigUzhQL985HOagBJB0GjdW66pUC7euw4embpm-KqJ-0g8obGQDI04oD8ZzbW1OFEK7AYcGGzE
172. Phipps MA, Carroll DL, Tsiantoulas A. Music as a Therapeutic Intervention on an Inpatient Neuroscience Unit. Complement Ther Clin Pract [Internet]. 2010 Aug [cited 2020 Jun 4];16(3):138–42. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388109001340?casa_token=ACMNXIpnIjUAAAAA:-wCAidnMb-YsjLmUbl8u-uqIGGrIpFQO671LWY9BsjG9T0-T5E7lZRI9LwdRmgG2VaTbxE7JSguV
173. Han L, Li JP, Sit JWH, 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. J Clin Nurs. 2010;19(7–8):978–87.
174. Özer N, Karaman Özlü Z, Arslan S, Günes N. Effect of Music on Postoperative Pain and Physiologic Parameters of Patients after Open Heart Surgery. Pain Manag Nurs [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 5];14(1):20–8. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904210000743?casa_token=moACF1HEapMAAAAA:g4PjbVb3FEnXKuOzyD632b7T9V7taXvB6kHTV2oiOFv7IbVegRoURjVJQt4_JACBAEg1fVP_dC
175. Lee CH, Liu JT, Lin SC, Hsu TY, Lin CY, Lin LY. Effects of Educational Intervention on State Anxiety and Pain in People Undergoing Spinal Surgery: A Randomized Controlled Trial. Pain Manag Nurs. 2018 Apr 1;19(2):163–71.
176. Wu PY, Huang ML, Lee WP, Wang C, Shih WM. Effects of music listening on anxiety and physiological responses in patients undergoing awake craniotomy. Complement Ther Med [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 5];32:56–60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229917301693>
177. 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. *J Crit Care* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 5];28(4):442–50. Available from:
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944113000129?casa_token=BiiPhIsr6AIAAAAA:2gHkADT0UbzwFdU4VzDOJaoHp7LTUQVGnyXb6ZB6B_9oiXJeAjp9xoSNWHTRErQmgw_73rKdfmBa
178. Tan X, Yowler CJ, Super DM, Fratianne RB. The efficacy of music therapy protocols for decreasing pain, anxiety, and muscle tension levels during burn dressing changes: A prospective randomized crossover trial. *J Burn Care Res* [Internet]. 2010 [cited 2020 Jul 5];31(4):590–7. Available from:
<https://academic.oup.com/jbcr/article-abstract/31/4/590/4601948>
179. Gutsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, Degolia PA, McLaughlin B, Harris M, et al. Music therapy reduces pain in palliative care patients: A randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 5];45(5):822–31. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392412003302>
180. Bilgiç Ş, Acaroğlu R. Effects of Listening to Music on the Comfort of Chemotherapy Patients. *West J Nurs Res* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2020 Jul 5];39(6):745–62. Available from:
https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945916660527?casa_token=if_PgVCrQXIAAAAA:K0Cvr8aMyVwMfWbQDKO8NGUqQn1_NOwYlCE4Z0Imj4Zl2bfZWmEn5DpaF_hJILxiw7KanANh9YzxZA
181. Costa F, Ockelford A, Hargreaves DJ. The effect of regular listening to preferred music on pain, depression and anxiety in older care home residents. *Psychol Music* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2020 Jun 4];46(2):174–91. Available from: <https://doi.org/10.1177/0305735617703811>
182. Bashiri M, Akçalı D, Coşkun D, Cindoruk M, Dikmen A, Cifdalöz BU. Evaluation of pain and patient satisfaction by music therapy in patients with endoscopy/colonoscopy. *Turkish J Gastroenterol* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 4];29(5):574–9. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6284616/>
183. Atak M. Farklı İşitsel Dikkat Dağıtma Yöntemlerinin Çocuklarda Ameliyat Sonrası Ağrı Ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa; 2018.
184. Düzgün G. Palyatif Bakım Servisinde Yatan Hastalara Dinletilen Müziğin Ağrı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi; Randomize Kontrollü Bir Çalışma. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir; 2020.

EKLER

EK I. HASTA TANITIM FORMU

MEKANİK VENTİLASYON DESTEĞİNDE OLAN HASTALARDA MÜZİK TERAPİNİN ve SES İZOLASYONUNUN KONFORA ETKİSİ

TARİH:

OLGU NUMARASI:

1- Hastanın tanısı:.....

2- Hastanın yaşı:.....

3- Hastanın cinsiyeti:

1- Kadın 2- Erkek

4- Hastanın eğitim düzeyi:

1- Okur- yazar değil

2- İlkokul

3- Ortaokul

4- Lise

5- Yüksekokul

5- Hastanın medeni hali:

1- Evli

2- Bekar

3- Dul

6- Hastanın mekanik ventilatöre bağlanma günü:

7.Hastanın yoğun bakımda yatış günü:

8- Hastanın Glasgow Koma Puanı:.....

9.CPOT ağrı puanı:.....

10. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği
puanı.....

EK II. GLASGOW KOMA SKALASI

MEKANİK VENTİLASYON DESTEĞİNDE OLAN HASTALARDA MÜZİK TERAPİNİN ve SES İZOLASYONUNUN KONFORA ETKİSİ

TARİH:

OLGU NUMARASI:

I. En İyi Göz Yanıtı (maks. 4)

1. Gözlerini açmıyor (1 puan)
2. Gözlerini ağıyla açıyor (2 puan)
3. Gözlerini sözlü komutla açıyor (3 puan)
4. Gözlerini spontan açıyor (4 puan)

II. En İyi Verbal Yanıt (maks. 5)

1. Verbal yanıt yok (1 puan)
2. Anlaşılmaz sesler çıkarıyor (2 puan)
3. Uygunluk taşımayan sözler (3 puan)
4. Konfüzyon (4 puan)
5. Oryante konuşma (5 puan)

III. En İyi Motor Yanıt (maks. 6)

1. Motor yanıt yok (1 puan)
2. Ağrı ile ekstansiyon (2 puan)
3. Ağrı ile fleksiyon (3 puan)
4. Ağrıdan kaçmak (4 puan)
5. Ağrıyı lokalize etmek (5 puan)
6. Komutları yerine getirmek (6 puan)

EK III. HASTA İZLEM FORMU

MEKANİK VENTİLASYON DESTEĞİNDE OLAN HASTALARDA MÜZİK TERAPİNİN ve SES İZOLASYONUNUN KONFORA ETKİSİ

TARİH:

OLGU NUMARASI:

Zaman	Kan Basıncı (mm/Hg)	Nabız Hızı(dk)	Solunum Hızı (dk)	Oksijen Satürasyonu Değeri (SpO2)	Ekspirasyon Dakika Volümü (L/dk)	CPOT	Sedasyon Ölçeği
Uygulamaya başlamadan hemen önce	Sistolik:.....mm/Hg						
	Diastolik:.....mm/Hg						
Uygulamanın dakikasında	Sistolik:.....mm/Hg						
	Diastolik:.....mm/Hg						
	Sistolik:.....mm/Hg						

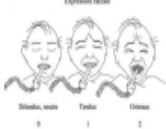
Uygulama bitiminden hemen sonra (60. dk)	Diyastolik:.....mm/Hg						
---	-----------------------	--	--	--	--	--	--

EK IV. YOĞUN BAKIM AĞRI GÖZLEM ÖLÇEĞİ (CPOT)

MEKANİK VENTİLASYON DESTEĞİNDE OLAN HASTALARDA MÜZİK TERAPİNİN ve SES İZOLASYONUNUN KONFORA ETKİSİ

TARİH:

OLGU NUMARASI:

Maddeler	Puan	Tanım	Sabah		Akşam	
			Ağrılı	Ağrısız	Ağrılı	Ağrısız
	Gevşek, Nötral	0	Hiçbir kas gerilimi yok			
	Gergin	1	Kaşlarda çatılma olması, alnını indirmiş, gözler sıkılmış, kasları kasılmış ve diğer değişiklikler (örnek olarak, göz açma veya uyarı esnasında gözyaşı akması)			
	Yüz buruşturma	2	Önceki tüm yüz hareketlerine ek olarak gözler sıkı bir şekilde kapalı (hastanın ağzını açması veya endotrakeal tüpü ısırması)			
Vücut hareketleri	Vücut hareketi olmaması veya normal pozisyon	0	Hiç hareket olmaması (ağrı olmadığını belirtmek için yeterli değil) veya normal pozisyon (hareketler ağrı yerine doğru değil veya korunmak amaçlı olarak yapılmamış)			
	Koruma	1	Yavaş, dikkatli hareketler, ağrılı bölgeye dokunma veya ovalamaya çabalamama, hareketlerle dikkat çekmeye çalışma			
	Huzursuzluk/ Ajitasyon	2	Tüpü çekme, oturmaya çalışma, bacakları hareket ettirme/vurmaya çalışma, emirleri dinlememe, görevliye vurma, yatak dışına çıkmaya çalışma			
Ventilatör uyum (Entübe hastalarda) veya Çıkarılan sesler (Ekstübe hastalarda)	Ventilatör veya hareketlerde uyum	0	Alarmlar aktive olmamakta, rahat ventilasyon			
	Öksürük ama tolere eder	1	Öksürük mevcut, alarmlar uyarı verebilmekte ama spontan olarak durmakta			
	Ventilatörle savaşıma	2	Asenkronize; ventilasyonda engellenme, alarmlar sıklıkla aktive			
	Normal tonda konuşma veya konuşmama	0	Normal tonda konuşma veya konuşmama			
	İç çekme, inleme	1	İç çekme, inleme			
	Ağlama, hıçkırarak ağlama	2	Ağlama, hıçkırarak ağlama			
Kas gerilimi Hasta dinlenme pozisyonunda iken fleksiyon ve ekstansiyon hareketleri ile değerlendirme veya hasta döndürülürken değerlendirme	Gevşek	0	Pasif hareketlere direnç yok			
	Gergin, katılık hali	1	Pasif hareketlere direnç var			
	Aşırı gerginlik veya kaskatı olma hali	2	Pasif hareketlere ciddi direnç veya hareketleri tamamlamada yetersizlik			
TOPLAM	0/8					

**EK V. AMERİKAN YOĞUN BAKIM HEMŞİRELER BİRLİĞİNİN
SEDASYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

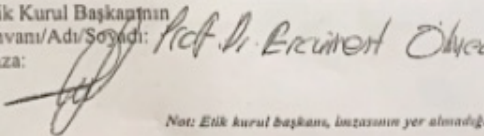
**MEKANİK VENTİLASYON DESTEĞİNDE OLAN HASTALARDA MÜZİK
TERAPİNİN ve SES İZOLASYONUNUN KONFORA ETKİSİ**

TARİH:

OLGU NUMARASI:

Alan/ Alt Ölçek	Gösterge	PUAN				
		En İyi 1	2	3	4	En Kötü 5
Bilinç	Uyanık, kendisinin ve çevresinin farkında	Kendiliğinden gözlerini açar ve diğerleri ile etkileşime geçer	Hafif sözel veya dokunsal uyarılarla uyanır ve yanıt verir. Uyarı durduğunda uykuya geri dönebilir.	Güçlü ya da ağrılı sözel veya dokunsal uyarılarla uyanır ve yanıt verir. Uyarı durduğunda uykuya geri döner.	Ağrılı uyarılara karşı lokalize etme ya da uzaklaşma davranışı gösterir.	Güçlü ya da ağrılı uyarılara yanıt vermez veya duruşunu değiştirmez.
Ajitasyon	Vücut hareketleri hasta/personel güvenliği	Vücut hareketleri sakin, tedavi ve hareket kısıtlılığına uyumludur. Hareketler hasta veya personel güvenliği için önemli bir risk oluşturmaz.		Vücut hareketleri veya tedavi ve hareket kısıtlılığına uyumlu olmama hasta veya personel güvenliği için önemli bir risk oluşturmaz.		Vücut hareketleri veya tedavi ve hareket kısıtlılığına uyumlu olmama hasta veya personel güvenliği için önemli bir risk oluşturmaz.
	Hastanın sesleri	Sessizdir		Sık sık inler veya bağırır.		Bağırır, ödlük atar veya diğer rahatsız edici sesler çıkarır.
	Hastanın ifadeleri	Çok sakin				Çok huzursuzdur.
Anksiyete	Hastanın algılanan anksiyetesi (Yüz Anksiyete Skalası)	Anksiyete yok 				Aşırı Anksiyete 
Uyku	Gözlenen Uyku	Uykuda, sakin ve dinleniyor görünür. (gözler kapalı, yüz ve vücut sakin)	Uykuda görünür, belirli aralıklarla uyanır ve kolaylıkla uykuya dalar.	Uyanıktır, kısa aralıklarla ara sıra kısa süreli uyur.		Uyuyamaz veya kısa süreli uykuya dalamaz.
	Hastanın algıladığı uyku kalitesi	İyi uyudum 		Orta derecede uyudum 		Yetersiz uyudum 
Hasta-ventilatör uyumu	Ventilatör döngüsüne göre solunum şekli	Hasta ve ventilatör her zaman uyumludur, hasta ventilasyonu kabullenmiş durumda ve işbirliği içindedir. Koordine ve gevşek göğüs hareketleri vardır.		Nadiren ventilasyona direnç veya ventilatörle uyumsuz spontan solunum vardır. Göğüs hareketleri nadiren ventilatörle koordine değildir.		Sık sık ventilatöre direnç veya ventilatörle uyumsuz spontan solunum vardır. Göğüs hareketleri ile ventilatör arasında koordinasyon yoktur.

EK VI. ETİK KURUL

T.C MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapi ve Ses İzolasyonunun Konfora Etkisi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi		
	TELEFON	236 233 51 77		
	FAKS	236 233 14 66		
	E-POSTA	etikkurul@cbu.edu.tr		
BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Esra AKIN KORHAN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	----		
	DESTEKLEYİCİ	----		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kayıtlardan destek alanlar için)	----		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	----		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Gözlemsel ilaç çalışması		☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐			
	İlaç dışı klinik araştırma ☐			
	Diğer ise belirtiniz Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi			
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	20.08.2019	V.01	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	20.08.2019	V.01	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☒
Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ervin Özyer İmza: 				
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.				
ASLI GİBİTİR. C.  14 Ekim 2019				

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Mekanik Ventilasyon Destegünde Olan Hastalarda Müzik Terapi ve Ses İzolasyonunun Konfora Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
Belge Adı	Açıklama
EGORTA	☐
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐
BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐
ELAN	☐
YILLIK BİLDİRİM	☐
SONUÇ RAPORU	☐
OLÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐
DİĞER:	☐
KARAR BELGELERİ	Tarih: 07.10.2019
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

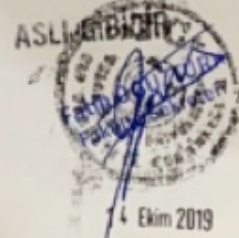
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Evrim ÖLMEZ	Farmakoloji AD	MCBU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Adem ASLAN	K.B.B. AD	MCBU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet İbrahim TUĞLU	Histoloji-Embriyoloji AD	MCBU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Gönül TEZCAN KELEŞ	Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	MCBU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Nuran EKERBİÇER	Fizyoloji AD	MCBU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Beyhan ÖZYURT	Halk Sağlığı AD	MCBU Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN	Tıp Tarihi ve Etik	MCBU Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Op. Dr. Levent DİNÇER	Genel Cerrahi	Manisa İl Sağlık Müdürlüğü	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Önder Öksü DATLI	Göğüs Hastalıkları	Manisa Devlet Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Mukadder YILMAZER	Avukat	Rakırlılık	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Müeyyin TUNÇAY	Sivil Üye		E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	

*Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.



EK VII. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Hasta yakını)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Yoğun bakım ünitelerinde bireylerin solunumunu destekleyen cihazlar sıklıkla kullanılmaktadır. Bu cihazlara bağlı olan hastalar; kaygı , korku, ağrı, huzursuzluk, iletişim bozukluğu, huzursuzluk, uykusuzluk, güçsüzlük, duysal ve duygusal yoksunluk gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar hastaların sıklıkla konfor düzeyini düşürmektedir. Konfor yönetiminde hekim ve hemşirelerin iş birliğinin öneminin gerektiği, özellikle de hemşirenin bağımsız işlevleri gereği uygulayabileceği ilaç dışı yöntemler hemşirelik bakımına dâhil edilmelidir. Mekanik ventilasyona bağlı hasta hastaların çok sık yaşadığı ağrı ve kaygı gibi konfor düzeyini düşüren durumları kontrol etmek için birtakım ilaç kullanılan yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin uzun süre kullanımı bireylerde yan etkilere neden olmaktadır. Bu nedenle ağrı ve kaygıyı kontrol altına almak için ilaç kullanılan tedavi yerine ilaç dışı yöntemler de kullanılmalıdır. Müzik uygulaması; solunumu destekleyen cihaza bağlı olan hastalarda ağrı ve kaygı yönetiminde ilaç kullanılmayan, kolay, ucuz, güvenilir, yan etkisi ve riski olmayan, etkili bir hemşirelik girişimidir. Bu nedenle yoğun bakım hastalarında müziğin kullanımı önemli olup kliniklerde aktif bir şekilde ilaç dışı yöntem olarak kullanılmalıdır. Tüm bunlardan yola çıkarak bu araştırmada; mekanik ventilasyon (solunumu destekleyen cihaz) desteğinde olan hastalarda müziğin ve sessizliğin konfora etkisini incelemek amaçlanmaktadır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için ;

- a) Yetişkin yaş grubu (18-85)
- b) Psikiyatrik ve sinir sistemi hastalık tanısı almamış olan
- c) Travma tanısı almamış olan (kafa travması gibi...)
- d) Birtakım ilaç yardımı ile hastanın sakinleştirilip uyutulmasını sağlayan tedaviyi almayanlar, strese bağlı meydana gelen belirtileri ortadan kaldırmaya yardımcı olan ve ağrı kesici tedavisi almayan
- e) Kan dolaşım hareketleri ile ilgili sorunu olmayan
- f) Bilinen işitme problemi olmayan
- g) Kendiliğinden solunumun korunduğu ve bireylerin solunumunu destekleyen cihaz modlarının aynı olduğu hastalar
- h) Glasgow Koma Skalası puanı 9 ve üstünde olan hastalar alınacaktır.
- i) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde yatmakta olan
- j) Yoğun Bakım Ağrı Gözlemi Ölçeği "Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)" puanı 3 ve 3'ün üstünde olan
- k) Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puanı ölçeğin alt boyutlarından herhangi biri için 2 ve 2'nin üstünde olan alan hastalar alınacaktır.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırma verileri toplanmadan önce hastaların deneyimlediği ağrı ve sedasyon durumu değerlendirilecek ve CPOT'a göre ağrı skorları ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği'ne göre kaygı durumları belirlenecektir. Araştırmanın sınırlılıklarına uyan, CPOT ağrı skorlamasına göre ağrısı olan ve Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği'ne göre kaygısı olan hastalar çalışma kapsamına alınacaktır. Çalışma kapsamına alınan hastalara 1 gün boyunca tedavi ve bakım uygulamalarının olmadığı aralıkta uygulamalar yapılacaktır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği yoğun bakım sorumlu hemşiresinden uygulama için hazırlanmış içerisinde klasik Türk müziği, batı müziği ve ses izolasyonu olan uygulamaların seçilebileceği torbanın içerisinden

yapılacak uygulamayı çekmesi istenecektir. Sorumlu hemşirenin çektiği sıralama ile her bir uygulama 60 dakika süre ile uygulanacaktır. Müzik uygulamaları 17-18 volümde Johann Sebastian Bach’a ait ilgili olan rahatlamayı sağlayan klasik müzik ya da Klasik Türk Müziği ile hazırlanmış Nihavend makamında müzik kulaklıklılı MP4 player aracılığı ile 60 dk boyunca dinlettirilecek ya da yoğun bakım ortamındaki fazla gürültüden uzaklaştıran, ses izolasyonunu sağlayan kulaklık 60 dakika süre boyunca sessizlik sorumlu hemşirenin seçtiği sıralamada gerçekleştirilecektir Her hastada kulaklık etkili dezenfektanlarla silinecektir. Müzik uygulaması ya da ses izolasyonu öncesi 0. dakikasında ve müziğe ya da ses izolasyonuna başladıktan sonra 30. dakikasında, müzik ya da ses izolasyonu bittikten sonra 60. dakikada hastanın solunumuna, tansiyonuna ve kalp hızına bağlı değerler ölçülüp kaydedilecektir

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak uygulama süresi boyunca hiçbir ilaç kullanmama ancak zorunlu olarak ilaç almak durumunda kalındığında mutlaka sorumlu araştırmacıyı bilgilendirme, uygulanan araştırma şemasına özen gösterme, araştırmacının önerilerine uyulacaktır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir. Hastanın bilinci yerine geldiğinde kendisinden tekrar araştırmaya devam için olur alınacaktır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 60 ‘dır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 12 ay olup, araştırma süresi ve süreçler tüm vizitleri kapsayacak şekilde kliniğin durumuna göre yapılacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar bu araştırma mekanik ventilasyon desteğinde olan hastanızın konfor düzeyini yükseltmek amacıyla yapılacaktır. Hastanızın katılmasına izin verdiğiniz zaman istediğiniz zaman hastanızı araştırmadan çekebilirsiniz. Bu kararınız da hastanızın daha sonraki yapılacak olan tedavi uygulamalarında bir aksamaya neden olmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Hastanıza bu araştırmada müzik alanında eğitim almış uzman kişi tarafından 1 gün içerisinde 60’şar dakika 3 farklı uygulama yapılacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen herhangi bir yan etkiler olmayacaktır. Klinik uygulama dönemleri sırasında karşılaşılabilecek sorunlar olmayacaktır.

GEBELİK

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma çalışma programını aksatmanız, gebe kalmanız, işitme probleminizin olması, travma tanısı almanız (kafa travması gibi) psikiyatrik ve nörolojik hastalık tanısı almanız, mekanik ventilatöre bağlı olmamanız, Glasgow Koma Skala puanının 9’un altında olması, sakinleştirici ve ağrı kesici ilaç alanlar, , Yoğun Bakım Ağrı Gözlemi Ölçeği “Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)” ağrı puanına göre 3’ün altında puan alan, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği puanı 2’nin altında puan alan ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği’nde yatmayan hastalar araştırma dışı bırakılacaktır.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Müzik dışında herhangi bir uygulama uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da

diğer rahatsızlıklarınız için 05422771258 no.lu telefonda Yüksek Lisans Öğrencisi Sinem ÇALIŞKAN’a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Herhangi bir gider karşılama yoktur.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yok.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Herhangi bir ödeme yoktur.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dâhilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDIR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		



EK VIII ÖLÇEK İZİNLERİ

Gmail - İlt: ölçek izin

20.08.2019 11:48



sinem çalışkan <caliskansnm@gmail.com>

İlt: ölçek izin

1 mesaj

esra akın korhan <akinesra80@hotmail.com>
Alıcı: sinem çalışkan <caliskansnm@gmail.com>

20 Ağustos 2019 11:46

Sayın Sinem Çalışkan,

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğumuz "YOĞUN BAKIM AĞRI GÖZLEM ÖLÇEĞİNİ" yüksek lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dileriz.



EK VIII-Devam

Gmail - ölçek izin

20.08.2019 11:48



sinem çalışan <caliskansnm@gmail.com>

ölçek izin

1 mesaj

esra akın korhan <akinesra80@hotmail.com>
Alıcı: sinem çalışan <caliskansnm@gmail.com>

20 Ağustos 2019 11:44

Sayın Sinem Çalışkan,

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğumuz "Amerikan Hemşireler Birliği Sedasyon Değerlendirme Ölçeğini" yüksek lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dileriz.

EK IX. POWER ANALİZİ SONUÇLARI

Klasik Batı Müziği Türü

Bu araştırmanın gücü “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak, hesaplanmıştır. Analiz sonucunda $\alpha = 0.05$ düzeyinde, yapılan çalışma sonrasında etki büyüklüğü 0.767 olarak bulunmuş ve 24 kişiye uygulanan çalışma sonrasında yapılan post-hoc ile çalışmanın gücü 0.949 olduğu sonucuna varılmıştır. Post hoc analizi için minimum elde edilmesi gereken power değeri 0.67’dir. Bu durumda yapılan power kabul edilebilir düzeydedir.

OUTPUT

t tests – Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input: Tail(s) = Two
Effect size dz = **0.7673891**
 α err prob = 0.05
Total sample size = **24**

Output: Noncentrality parameter δ = 3.7594235
Critical t = 2.0686576
Df = 23
Power (1- β err prob) = **0.9493239**

Nihavent Makamında Klasik Türk Müziği Türü

Bu araştırmanın gücü “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak, hesaplanmıştır. Analiz sonucunda $\alpha = 0.05$ düzeyinde, yapılan çalışma sonrasında etki büyüklüğü 1.176 olarak bulunmuş ve 24 kişiye uygulanan çalışma sonrasında yapılan post-hoc ile çalışmanın gücü 0.999 olduğu sonucuna varılmıştır. Post hoc analizi için minimum elde edilmesi gereken power değeri 0.67’dir. Bu durumda yapılan power kabul edilebilir düzeydedir.

OUTPUT

t tests – Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input: Tail(s) = Two
Effect size dz = **1.1766660**

	α err prob	= 0.05
	Total sample size	= 24
Output:	Noncentrality parameter δ	= 5.7644626
	Critical t	= 2.0686576
	Df	= 23
	Power ($1-\beta$ err prob)	= 0.9998081

Ses İzolasyonu Uygulama Türü

Bu araştırmanın gücü “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak, hesaplanmıştır. Analiz sonucunda $\alpha = 0.05$ düzeyinde, yapılan çalışma sonrasında etki büyüklüğü 1.226 olarak bulunmuş ve 24 kişiye uygulanan çalışma sonrasında yapılan post-hoc ile çalışmanın gücü 0.999 olduğu sonucuna varılmıştır. Post hoc analizi için minimum elde edilmesi gereken power değeri 0.67’dir. Bu durumda yapılan power kabul edilebilir düzeydedir.

OUTPUT

t tests – Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size dz	= 1.2269380
	α err prob	= 0.05
	Total sample size	= 24
Output:	Noncentrality parameter δ	= 6.0107441
	Critical t	= 2.0686576
	Df	= 23
	Power ($1-\beta$ err prob)	= 0.9999233

ÖZGEÇMİŞ

1995 yılında İstanbul’da doğdu. İlk, orta, lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 2014 yılında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde lisans eğitimini başladı. 2018 yılı Haziran ayında lisans eğitimini tamamladı. 2018 Eylül ayında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programında eğitime başladı.

