

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde gastroenteroloji kliniklerine başvuran hastalara giderek artan sayıda tanısız ya da tedaviye yönelik endoskopik uygulamalar yapılmaktadır (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Özellikle son elli yılda fiberoptik ve görüntüleme tekniklerindeki ilerlemeler sonucunda içi boş organların ve vücut boşluklarının görüntülenmesini sağlayan çok gelişmiş endoskopik ekipmanlar kullanılmaya başlanmıştır. Bu yöntemlerin tanı ve tedavide sağladıkları avantajlar sayesinde klinik uygulamalarda köklü değişiklikler olmuştur (11, 12, 13, 14, 15).

Endoskopik muayene gastrointestinal sistem (GİS) hastalıklarının teşhis ve tedavisinde en önde gelen yöntemdir. Bazı durumlarda baryumlu grafiler, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme teknikleri ile endoskopiye birlikte kullanmak gerekebilir. Endoskopinin, mukozal lezyonların direkt görülmesi, patolojik lezyonlardan doku biyopsisi alınması gibi avantajları vardır. Son zamanlarda endoskopik tedavi yöntemleri de tıp alanına girmiştir. Darlıkların dilatasyonu, yabancı cisimlerin çıkarılması, kanayan vasküler lezyonlara müdahale, poliplerin eksizeyonu, sfinkterotomi, safra ve pankreas kanalından taş çıkarma, nazobilyer dren takma, bağırsağa, safra yoluna ve pankreas kanalına stent koyma gibi terapötik işlemler endoskopik olarak yapılmaktadır (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22).

Tanı ve tedavide önemi giderek artan endoskopi işleminde gelişen teknoloji ile birlikte komplikasyon görülme yüzdesi de azalmıştır. Bu nedenle de giderek kullanımı artmaktadır.

Endoskopi işleminin uygulanması hastaya yönelik girişimsel bir işlemdir. Bu işlem sırasında öğürme, bulantı hissi, karında şişkinlik ve ağrı şeklinde şikayetler olabilir. Yabancı bir cismin içine girmesi düşüncesi de hastaları tedirgin eden başka bir nedendir. İşleme bağlı oluşabilecek gerginlik, ağrı ve korkular uygun bir yaklaşım, yeterli bilgilendirme, uygun bir ortam ve işlem öncesi uygulanacak sakinleştirici ilaçlarla giderilebilir. Bütün bu nedenlerden dolayı endoskopi işlemi, hastaların zor kabul ettiği bir yöntemdir. Özellikle alt GİS endoskopisinde, bireyin utanç duygusu içinde olabileceği göz önünde bulundurulmalı, gizliliğine dikkat edilmeli, işlemin uygulanması kadar hastaya gösterilen yaklaşımın da çok önemli olduğu unutulmamalıdır (16, 23, 24). Endoskopik işlemler hakkında yeterli bilgi verilmemesi, anksiyete, korku, endişe gibi durumlar hastanın uyumunu

güçleştirmekte, toleransını azaltmaktadır. Bu durum hasta ile endoskopi ekibi arasındaki iletişimi zedelemekte, işlemin konforunu azaltmakta ve endoskopistin rahat çalışmasını engellemektedir.

Endoskopi hastalarındaki anksiyete nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada hastalarda anksiyeteye neden olan durumların; %24'ünün endoskopik işlem, %24'ünün daha önceki kötü deneyim, %22'sinin endoskopi hakkındaki söylentiler ve %16'sının hekim bulunan ortam olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmanın ikinci kısmında, hastalara anksiyetelerini ortadan kaldıracı çözümler sunulmuş, hastaların %63'ü bir enjeksiyon (sedatif), %21'i girişim hakkında aydınlatıcı tam bir bilgi, %19'u iyi bir çevre, %3'ü ise hiçbir şey yanıtını vermiştir (1).

Bütün bu bilgiler endoskopi işleminin hasta için zor, oldukça stresli, anksiyeteye neden olan, hoş olmayan, hatta işlemde vazgeçirebilen bir tanı ve tedavi yöntemi olduğuna ışık tutmaktadır. Son yıllarda endoskopi gibi invaziv işlemler sırasında, anksiyeteyi azaltmak, memnuniyeti arttırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek amacı ile hemşireler hastayı bütüncül bir anlayış içinde değerlendirmektedir. Bu amaçla yapılan çalışmalarda terapötik iletişim, düşünme yöntemleri, aromatik yöntemler, terapötik dokunma, müzik ve dikkati başka yöne çekme gibi parametreler üzerinde durulmaktadır (25, 26, 27, 28, 29, 30).

Müzik ile terapi ucuz, kolay uygulanabilen, noninvaziv, herhangi bir yan etkisi olmayan, kan basıncını, kalp hızını, oksijen tüketimini, anksiyeteyi, korkuyu, stresi, gastrointestinal sistem fonksiyonlarını azaltarak insanı psikolojik ve fizyolojik yönden etkileyen alternatif bir tedavi yöntemidir (31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40).

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, üst GİS endoskopisi uygulanan hastalara dinletilen müziğin hastanın nabzına, oksijen saturasyonuna, kan basıncına, memnuniyetine ve işlemin başarısına olan etkisini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Bu çalışma ile hedeflenen, endoskopi işleminde müziğin etkisini gösteren çalışmalara dikkati çekmek ve bu konuda gelecekte yapılacak olan uygulamalara rehberlik etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Endoskopinin Tanımı ve Tarihçesi

Endo; içeri, skopi; görüntüleme anlamındadır. Bu doğrultuda endoskopinin sözcük anlamı iç görüntülemedir. Özefagus, mide, duodenum veya tüm iç organların görüntülenmesini sağlayan bir işlemdir. Ayrıca kalın bağırsağın ve diğer alt GİS bölümlerinin de gözden geçirilmesine imkan verir (41, 42).

Endoskopi işlemi ilk kez Bozzini tarafından 1807'de mum ışığı ile aydınlatılmış laringoskoplara yapılmıştır. Daha sonra 1853'te Desormeux'un alkol ve terebentin karışımı ile aydınlatılan bir lamba kullanarak, üretra ve larinksini incelemesi ile sürmüştür ve endoskopi terimi ilk kez o dönemde kullanılmıştır (43, 44, 45, 46).

Yirminci yüzyılın başından beri endoskopik incelemeler yapılmakla birlikte, başlangıçta metal ve lastik boru şeklindeki endoskoplar kullanılmıştır. Bunlar rijid yapıda olup, üst GİS'in sadece 40 cm'sini, alt GİS'in ise 25 cm'sini göstermekteydi. 1930 ve 1940'lı yıllarda semifleksibl lensli gastroskoplara sadece birkaç kişi tarafından kullanılmıştır. Ayrıca rahatsız edici, inkomplet ve biyopsi almada yetersizlik söz konusu olmuştur. 1960'lı yıllardan sonra daha hızlı gelişmelerle tam fleksibl, görüş açısı oldukça geniş endoskoplar kullanım alanına girerek üst GİS endoskopisi rutin bir işlem haline dönüşmüştür. Bu yöntemlerle tüm GİS'in gözlenmesi, lezyonlardan biyopsi alınması ve fırça sitolojisi ile doku tanısının konulması mümkün hale gelmiştir (15, 18, 19, 22, 47). 1970'li yılların sonundan itibaren endoskopik tedavi yöntemleri de tıp alanına girmiştir (17, 18).

Modern anlamda endoskopi ise ışığın cam - fiber liflerle iletilmesi imkanlarının bulunması ile birlikte yaklaşık 40 yıl önce başlamıştır ve hala başarı ile uygulanmaktadır (19, 45, 48).

2.2. Endoskopun Tanımı, Yapısı ve Çeşitleri

Endoskop; mide, bağırsak veya vücudun herhangi bir bölümündeki boşluğu gözlemeye yarayan bir alettir (43). Vücudun iç yapısını ve dokularını inspeksiyonla direkt gözlemek için yerleştirilen, ışığın geçmesini sağlayan ve gözlem aygıtına görüntüyü geri gönderen kablodan oluşmaktadır (41).

Tam ve eksiksiz bir muayene için endoskoplarda hava / su, aspirasyon kanalı gibi bir çok kanal ve özellik bir araya getirilmiştir. Skopu oluşturan diğer parçalar arasında görüntü lifleri veya charge coupled device adı verilen görüntü entegresi, ışık iletici bölümler ve bükülebilir kısmın hareketini sağlayan mekanizma sayılabilir.

Endoskopun dış yüzeyine poliüretandan oluşan siyah renkli özel bir kaplama sarılmıştır.

Temel çalışma prensibi bakımından endoskopi sistemleri videoendoskopi ve fiber endoskopi olmak üzere iki gruba ayrılır. Videoendoskop, operasyon sırasında gözlenen bölgenin ekranda büyütülmüş görüntüsü ile rahat çalışma imkanı sağlar ve video sisteme bağlanan yardımcı elektronik cihazlar ile görüntü kaydı ve elektronik çoğaltımı da mümkündür. Ayrıca videoendoskopi sistemleri ekranda görünen her karenin fotoğraf ve doküman haline getirilmesinde, araştırma, dosyalama ve eğitim konularında üstün olanaklar sağlamaktadır (12, 42, 47, 48, 49).

Fiber endoskopi sistemleri ise daha basit sistemlerdir. Bu sistemler fiber endoskop ve soğuk ışık kaynağından oluşur. Görüntü fiber demetleri tarafından sağlanır. İçerden yansıyan ışık, görüntü fiber demetlerinin içinde kayıba uğramadan gözlem bölgesine iletilir. Burada görüntü mercekler aracılığı ile büyütülerek, göz ile görülebilir duruma getirilir. Fotoğraf makinesi, kamera ve yardımcı eğitim skoplarını gözlem bölgesine takarak görüntüyü çoğaltma imkanı da sağlanır (42, 48).

Temel olarak endoskopların kullanım sahaları şunlardır;

- Gastroskop,
- Kolonoskop,
- Duedonoskop,
- Bronkoskop,
- Kolonjioskop,
- Laparoskop,
- Nazo - laringoskop,
- Sisto - üreteroskop,
- İntübasyonkop,
- Ultrason gastroskop (41, 42).

Her iki sistemde de endoskopların içerisinde 2,8 - 4 mm çaplı bir kanal mevcuttur. Bu kanal yardımı ile biyopsi pensi veya kanül gibi yardımcı aletler organ içerisinde istenilen yere gönderilebilmekte, biyopsi alınabilmekte, aletin kumanda kısmındaki düğmelere basılarak organ içindeki sıvılar aspire edilebilmektedir. Ayrıca endoskopun içerisinde bulunan daha dar çaplı hava - su kanalı ile, kumanda kolundaki düğmelere basılarak organ içerisine hava ve su verilebilmekte, bu sayede verilen hava ile organların içerisi genişletilerek daha iyi görüntü almak ve

endoskopun ucundaki mercekleri yıkamak, mukozayı örten maddeleri ortadan kaldırmak mümkün olmaktadır (11, 19, 20, 22, 48, 49).

Endoskopların hasta içine gönderilen kısımlarının çapları, aletin kullanıldığı organa ve yere göre değişmekle birlikte 8,9 – 13 mm arasındadır. Endoskoplar içlerine hava ve su geçirmeyecek şekilde dizayn edilmiştir. Son yıllarda 5 - 6 mm çaplı endoskoplar da geliştirilmiştir. Üst GİS incelemesinde kullanılan endoskoplar 110 cm uzunluğundadır. Endoskoplarla birlikte tanı ve tedavi amacı ile kullanılan ve endoskopların kanalından geçebilen pek çok yardımcı alet mevcuttur. Bunlar; biyopsi pensleri, enjektörler, polipektomi kementleri, basketler, kanüller, sitoloji fırçaları, endoskopi makası, klavuz teller, dilatasyon balonları, yabancı cisim ekartörleri, sfinkterotomlar, stendler, laser ve heater – probe uçları gibi aletlerdir (48).

2.3. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi

GİS endoskopisi, gastrointestinal hastalığı olanların tanı ve tedavisinin bütün yönlerini değiştirmiştir (2, 17, 41). Özellikle sindirim sistemi hastalıklarında kullanılan endoskopik muayeneler günümüzde modern gastroenterolojinin en önemli işlevlerinden birini teşkil etmektedir (50). Bu doğrultuda GİS endoskopisi, gastrointestinal boşlukların optik bir sistem ile iç yüzeylerini izlemek, değerlendirmek, patolojik ve mikrobiyolojik araştırmalar için örnek almak, gerekirse tedavi edici girişimlerde bulunmak amacıyla üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisi olmak üzere iki şekilde yapılabilir (16, 19, 21, 48).

2.3.1. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi

Üst GİS endoskopisi, dünyada olduğu gibi Türkiye’de de gastrointestinal hastalıklarda yaygın olarak kullanılan (8, 15, 51, 52), oldukça etkili, ucuz ve güvenilir bir tanı yöntemidir (10, 14, 53, 54, 55). Her yıl genel popülasyonun %1’i endoskopi yaptırmaktadır (56, 57). Üst GİS endoskopisinde özofagus, mide ve duodenumu incelemek ve tedavi için gereken işlemleri yapmak mümkündür (3, 12). Bu nedenle üst GİS hastalıklarının tanı ve tedavisinde endoskopi altın bir teknik olarak değerlendirilmektedir (9, 48, 58, 59). Hasta açısından ise, strese, ağrı, anksiyete ve rahatsızlığa yol açan, hoş olmayan, oldukça kompleks, bazen hastayı işlemden vazgeçiren invaziv bir girişimdir (27, 28, 60, 61, 62, 63, 64, 65).

2.3.2. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Endikasyonları

- Disfaji, odinofaji,
- Özofagus kanseri ve özofajit,

- Gasroözofageal reflü hastalığı,
- Barret metaplazisi, akalazyza, mide polipleri, atrofik gastritin takibi,
- Dispepsi,
- Sebebi belli olmayan kusmalar,
- Duedonal ülser – mide ülseri,
- Üst gastrointestinal sistem kanaması,
- Koroziv madde yutulması,
- Yabancı cisim yutulması,
- Portal hipertansiyonda varis tetkiki,
- Mide filminde kitle görülmesi,
- Post gastrektomi sendromları,
- Malabsorbsiyon sendromları,
- İzah edilemeyen demir eksikliği anemisi,
- Koledok taşları,
- Perkütan endoskopik gastrostomi (3, 12, 16, 17, 48, 49).

2.3.3. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Kontrendikasyonları

- Miyokard infarktüsü,
- Kardiyo – pulmoner bozukluklar,
- Koma,
- Perforasyon riski,
- Aortik anevrizma,
- Ağır enflamatuvar bağırsak hastalığı (toksik megakolon),
- Hastanın uyumsuzluğu veya kabul etmemesi,
- Hemodinamik instabilite gibi durumlarda yapılmamalıdır (3, 12, 16, 17).

2.3.4. A. Tanı Amaçlı Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi

a) Hasta Hazırlığı

Gastrointestinal endoskopi prosedürü ekip çalışmasının çağdaş örneğinin sergilendiği bir ortamdır ve çok iyi bir hasta hazırlığı gerektirir. Tüm hazırlıklar pahalı, kompleks teknolojik ekipman kullanılarak gerçekleştirilen, deneyim, sabır ve dikkat isteyen, morbidite ve mortalitesi olan endoskopik girişimler içindir (24, 66). Burada önemli görev hemşireye düşmektedir. Hemşire; endoskopik incelemeye alınacak hastanın endoskopiye gerektiren yakınmalarını çok iyi sorgulamalı, işlemden önce hastaya endoskopinin riskleri ve yararları hakkında bilgi vermeli ve yazılı –

sözlü bilgilendirilmiş onay almalıdır (23, 48). Hastanın soruları yanıtlanarak endişe ve korkuları en aza indirilmeye çalışılmalıdır. Yatan hastalara servisten bir kişinin, dışardan gelenlere ise yakınlarının eşlik etmesi önerilir. Hastaya işlemin amacı, ağrılı olmadığı, ancak rahatsızlık verici olduğu ve kusmaya neden olabileceği mutlaka açıklanmalı, solunumu, kardiyak - iskemik yakınmaları, antikoagülan tedavi ve koagülopati durumu, sindirim sistemi ameliyatı, daha önce endoskopi yaptırma durumu mutlaka sorgulanmalıdır (48). Randevu saatinde hasta alınıp, yaşam bulguları kontrol edilerek izlem formuna kaydedilir. Protezi, üzerinde metal obje ve takıları varsa çıkarılır. Hastanın ağzına %2'lik lidokain spreyi ile lokal anestezi uygulanır. Endoskopi korumak ve dişleri stabilize etmek için dişlik takılarak, hastaya sol Sims ya da sol lateral pozisyonu verilir (67, 68, 69). Kalp kapakçıklarına ait hastalık tarif eden, konjenital kalp hastalığı ve endokardit geçirmiş olan, prostetik kalp kapakçığı veya sentetik vasküler greft takılmış olan hastalarda endoskopiye bağlı bakteriyemi riskini ortadan kaldırmak için işlem öncesi antibiyotik profilaksisi yapılmalıdır (48). Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Derneği Endoskopik prosedürlerden önce antibiyotik profilaksisinin kullanılması için klavuz kriterleri yayınlamıştır (Tablo I) (16).

Tablo I: Antibiyotik Profilaksisi İçin Öneriler

Risk grubu	Prosedür	Antibiyotik Profilaksisi
Endokardit için yüksek risk Protez kapak, geçirilmiş endokardit Sistemik pulmoner şant, Sentetik vasküler greft <1 yıldan eski.	Striktür dilatasyonu Skleroterapi, Özefagogastrodedonoskopi veya kolonoskopi	Önerilir Veri yetersiz (Endoskopistin sağduyusu)
Endokardit için orta derecede risk Romatizmal kapak hastalığı, Mitral kapak prolapsusu, Hipertrofik kardiyomyopati, Çoğu konjenital malformasyonlar	Striktür dilatasyonu Skleroterapi Özefagogastrodedonoskopi veya kolonoskopi	Veri yetersiz Endoskopistin sağduyusu Önerilmez
Endokardit için düşük risk Koroner by pass cerrahisi, Pacemakerler, İmplant defibrilatörler Protez eklemler Tıkanmış biliyer sistem veya pankreatik psödokist Siroz ve asit	Bütün endoskopik prosedürler Bütün endoskopik prosedürler Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi Strüktür dilatasyonu, Skleroterapi	Önerilmez Önerilmez Önerilir Veri yetersiz Endoskopistin sağduyusu
Bütün hastalar	Özofagastrodedonoskopi veya kolonoskopi Perkütan gastrotomi	Önerilmez Önerilir

Üst GİS endoskopisine alınacak hastaların işlemden 6 – 8 saat önce katı, 4 saat önce de sıvı besin almamaları gerekir (12, 16).

Mide motilitesi sorunu olan, disfaji ya da mide çıkış yolu obstrüksiyonu düşünülen hastalarda bu açlık süresinin 24 – 48 saate kadar uzatılması gerekebilir (48).

Gastrointestinal kanama için herhangi acil bir endoskopik prosedür gerekirse, aspirasyondan kaçınmak için önlemler alınmalıdır. Prosedürden önce orogastrik bir tüp ile midenin boşaltılması, prosedür sırasında oral aspirasyona dikkat edilmesi ve bilinci bulanık hastalarda proflaktik endotrakeal entübasyonla hava yolunun korunması sağlanabilir (16).

b) Prosedürün Uygulanması

Ağzında çıkarılabilen diş protezi olan hastaların işlemden önce protezlerini çıkarmaları gerekir. Endoskopik işleme başlamadan önce bulantıyı önlemek için, hastaya nefesi tutturularak %2'lik ksilokain spray ile faringeal anestezi yapılır. Astım bronşialesi olan hastalara bu anestezi yapılmamalıdır. Hastanın sol kolu belinin arkasında, sol yan tarafı altta olacak biçimde yatırılır. Ağzını açık tutmak amacı ile, içinden endoskopun geçirilebileceği sert bir plastik ağızlık hastanın ağzına yerleştirilir (12, 48). Endoskopun kumanda kolunu sol elinde tutan endoskopist, sağ eli ile endoskop ucunu direkt görüş altında hastanın dili üzerinden kaydırarak posterior farinksten geçirip, hastanın yutmasını ister (16). Bu hizada larinksin alt kısmında üst özofagus sfinkteri görülür, hasta yutkundurulurken endoskop direkt görüş altında hafifçe itilerek özofagusa girilir. Endoskop ile özofagusun üst, orta, alt bölümlerinde lümen ve mukozanın durumu incelenir. Kardiyadan geçerken bu bölgenin mukozası ve kardiyanın direnci kontrol edilir. Mideye girildiğinde endoskopta verilen hava ile mide lümeni genişletilerek, mukozanın daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesi sağlanır. Bazı durumlarda mide lümeninde bulunan görüşü engelleyecek asit, safra veya kan gibi sıvı maddeler endoskop ile aspire edilerek dışarı alınır. Midenin fundusu, korpusu ve antrumu dikkatlice incelenir. Bu incelemeler sırasında midedeki sekresyon miktarı, mukoza kıvrımlarının kalınlığı, hava vermekle bu kıvrımların düzleşmesi, mukozanın yüzeyi ve antrumdaki peristaltik hareketlerin durumu gözden geçirilir. Midenin bölümleri incelendikten sonra pilora yönelinir. Pilonun durumu incelendikten sonra, buradan aletle geçilerek duodenumun birinci kısmı olan bulbusa girilir. Bulbusun tamamı gözden geçirildikten sonra bulbus apeksinden duodenum ikinci kısmına ulaşılarak mukoza yapısı, mukozanın enine kıvrımları, lümeni ve hareketleri değerlendirilir. Bu kısımda

bulunan ampulla vateriyi görmek mümkündür. Çıkarken duodenum, mide ve özofagus tekrar gözden geçirilerek işleme son verilir (12, 48).

c) Endoskopik İşlemlerde Hastanın Sedasyonu

Endoskopi sırasındaki sedasyonun başlıca amacı, anksiyolizisin sağlanması, hasta ile iletişimin bozulmamasıdır (1, 70). Sedasyonun, gastrointestinal endoskopide hastanın anksiyete, ağrı ve memnuniyetsizliğini azaltması, kooperasyonunu sağlaması açısından önemli bir yeri vardır (14, 28, 71, 72). Ancak sedasyon uygulanmadan da bu işlem yapılabilir (5, 73, 74, 75, 76). Çoğu endoskopik prosedürde ise güvenli ve tam bir inceleme için bilinç açık sedasyon gerekir (16, 77). Bilinç açık sedasyon, kardiy - respiratuvar fonksiyonun ve hasta ile aktif iletişimin devam edebildiği, santral sinir sistemi depresyonu oluşturularak yapılır (1). Endoskopik işlemlerde kullanılan başlıca sedasyon türleri şöyledir;

- **Benzodiazepinler:** Sedatif, anterograd amnezi ve adele gevşetici etkileri nedeni ile GİS endoskopilerinde en sık kullanılan ilaçlardır. Günümüzde diazepam ve midazolam olarak iki preparat mevcuttur. Suda erimesi, enjeksiyonun ağrısız olması, kendisinin ve metabolitlerinin yarılanma ömrünün kısa olması midazolam lehine yorumlanmaktadır (1, 28, 70, 72, 75, 78, 79).

- **Benzodiazepin Antagonistleri:** Benzodiazepinlere ait istenmeyen etkiler ve doz fazlalığının olduğu durumlarda kullanılmaktadır (1, 73).

- **Meperidin ve Propofol:** Endoskopik işlemlerde analjezik etkisi daha belirgin olan opioid türevleri premedikasyonda kullanılabilir (1, 75, 80). Özellikle propofolün en önemli yan etkileri hipoksi, kardiy - pulmoner depresyondur. Bu açıdan çok dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır (81).

- **Lokal Anestezi:** Lokal farengeal anestezi üst GİS'in endoskopik işlemlerinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir.

Premedikasyon GİS endoskopisinde hasta ve endoskopistin konforunu sağlayan modern, güvenilir bir uygulamadır. Ancak sedasyonda kullanılan ilaçların yakından tanınıp, hastanın işlem öncesi, sırası ve sonrasında disiplinli bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. (1).

d) Endoskopik İşlemlerde Hastanın Monitorizasyonu

Gastrointestinal endoskopi, genellikle emniyetli bir işlemdir ancak düşük de olsa morbidite ve mortalite riski vardır.

Risk grupları arasında;

- Yaşlı hastalar,
- İskemik kalp hastalığı,
- Serebrovasküler hastalığı,
- Anemisi,
- Aktif gastrointestinal sistem kanaması,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı,
- Böbrek hastalığı,
- Morbid obezitesi olanlar sayılabilir.

Endoskopideki izlemi iki şekilde yapılabilir;

Klinik izlem

- Genel durum (aşırı terleme, cilt renginde solukluk, cilt ıslığı ve rengi),
- İşleme uyum ve tolerans,
- Bilinç durumu (sözel ve fizik uyaranlara cevap),
- Solunum sayısı, derinliği ve siyanoz,
- Nabız sayısı ve niteliği şeklindedir.

Teknik izlem

- Sürekli nabız, kardiyak ritim ve kan basıncının izlenmesi,
- Pulse oksimetri ile oksijen satürasyonunun izlenmesini içerir (82).

Verilen medikasyon veya uygulanan girişim ne olursa olsun hasta yakından izlenmeli, hipoksi ve solunum depresyonunun erken işaretleri takip edilmelidir. Özellikle sedatize hastada sözel komutlara cevabın kaybolması veya aşırı sedasyon durumunda gerekli girişimlerde bulunulmalı, hasta klinik olarak gözlenmelidir. Ayrıca monitorizasyon cihazları da kullanılabilir. En sık ve yaygın kullanılan pulse oksimetre cihazıdır. Bu cihaz bazı ülkelerde standart olarak kullanılmaktadır. Pulse oksimetre, hemoglobin oksijen satürasyonunu ölçer. Oksijen satürasyonu %80'in altına incek olursa hızla desatürasyon ortaya çıkar ve hastada kritik hipoksi oluşur (1, 83, 84). Oksijen satürasyonunda düşme, özellikle girişimler ve sedatif ilaç kullanımı esnasında ortaya çıkabilir (85).

Endoskopi esnasında kan basıncı, nabız ve kardiyak ritim değişiklikleri yakından takip edilmelidir. Her hasta için risk ayrı ayrı değerlendirilerek, kardiyak ve pulmoner izlemi mutlaka yapılmalıdır. Ayrıca sedasyon uygulanan tüm hastalara oksijen verilmelidir (1).

e) Endoskopi Sonrası Hastanın Takibi

İşlemden sonra oluşabilecek komplikasyonlar yönünden hastanın vital bulguları sedasyon ve lokal anestezinin etkisi geçinceye kadar takip edilmelidir. Hemşire ve doktor, perforasyon, kanama, pulmoner aspirasyon bulgu ve belirtilerini yakından takip etmelidir (17). Sedasyon uygulanmış ise hasta tamamen açılıncaya kadar klinik gözleme devam edilmelidir. Hatta pulse oksimetre imkanı varsa bu da kullanılmalıdır. Vital bulgular stabil ise, yardımsız yürüyebiliyorsa, oral sıvıları tolere edebiliyorsa ve idrarını yapabilecek durumda ise hastanın gitmesine izin verilebilir. Hastanede olan ve sedasyon uygulanmayan hastalara refakate gerek yoktur. İntravenöz sedasyon uygulananların 24 saat süresince araç kullanması yasaklanmalıdır (13, 82).

2.3.5. B. Tedavi Amaçlı Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi

Endoskopik tedavi yöntemleri çok çeşitli olup, üst GİS'in bazı hastalıklarında kullanılmaktadır. Bu hastalıklar;

- Disfaji,
- Mide ve duodenumdaki stenozların tedavisi,
- Yabancı cismin çıkarılması,
- Üst GİS, varis, ülser ve mukozal lezyon kanamalarının tedavisinde kullanılmaktadır (17, 48, 86).

2.3.6 Gastrointestinal Sistem Endoskopisi Komplikasyonları ve Alınması Gereken Önlemler

Tanı amaçlı üst GİS endoskopisinde, komplikasyon oranı oldukça düşüktür ve çoğunun gelişme nedeni aşırı sedasyona bağlıdır. Genel komplikasyon oranı %0,1, mortalite oranı ise %0,005'den azdır (4, 16, 52). Komplikasyonların bu kadar az olmasının en önemli nedeni intravenöz sedasyon oranındaki düşüklüktür (51). Komplikasyonlar arasında; perforasyon, kanama, aspirasyon, enfeksiyon, ağrı, oksijen desatürasyonu, restenoz – stenoz – obstrüksiyon, kardiyak aritmi, vasovagal reaksiyonlar, ilaç reaksiyonları, kan basıncı değişiklikleri ve işleme bağlı ölüm sayılabilir (3, 12, 17, 83, 87, 88, 89, 90).

2.3.6.1. Gastrointestinal Endoskopide Kullanılan İlaçlara Bağlı Komplikasyonlar

Tüm ilaçlara karşı alerjik reaksiyonlar gelişebilir.

A. Farenks Anestezisi: Solüsyon ve spreyci şekilde kullanılan bu ilaçların kötü tatları sorun oluşturmaktadır. Lokal anestezi, aspirasyon riskini arttırabilir bu konuda dikkatli olunmalıdır (3).

B. Sedasyon İçin Kullanılan İlaçlar: Uygulanması gereken doz, farmakolojik özellikler, kontrendikasyonlar, yan etkiler, yan etkilerin giderilebilmesi için antidot ve tedbirler çok iyi bilinmelidir.

2.3.6.2. Oksijen Desaturasyonu

İlaçlara bağılı solunum depresyonuna veya endoskopun, özellikle de özofagus stentinin neden olduğı mekanik baskıya sekonder olarak gelişebilir. Oksijen saturasyonundaki düşme şu sebeplerle artabilir;

- İntravenöz sedasyon
- Benzodiazepin – opiat kombinasyonu
- Geniş çaplı endoskop
- 6 aydan daha az deneyimli endoskopist (80, 87, 91, 92).

2.3.6.3. Kanama

Trombositopeni (<20000/ml), PTZ (15 saniye), spesifik pıhtılaşma faktörü eksikliği (hemofili), antikoagülasyon (heparin, fraxiparin, coumadin), endoskopi için göreceli iken biyopsi için kesin kontrendikasyondur (12, 70, 87, 88). Trombosit, taze donmuş plazma, faktör konsantreleri infüzyonu kanama parametrelerinde düzelmeye neden olacaktır. Coumadin alanlarda özellikle kanama riskinin fazla olduğı özel işlemlerden 4 – 6 saat önce kesilip, intravenöz heparine geçilmesi ve işlemde birkaç saat sonra tekrar başlanması önerilebilir. Aspirin ve nonsteroidal antienflamatuvar ilaç kullananların trombosit fonksiyonları bozuk olacağı için işlemde 1 hafta önce ilacın kesilmesi gerekir. Endoskopi esnasında kanama olursa enjeksiyon terapisi gibi endoskopik metodlarla kanama kontrolü sağlanabilir.

2.3.6.4. Ağrı

Endoskopik özofagus varis skleroterapisinde %40 civarında göğüs ağrısı olur. Endoskopik varis ligasyonu sonrasında yutkunurken, özofagus – kardiya malignensilerinin laser tedavisinde ise ısı nedeniyle ağrı olabilir.

2.3.6.5. Restenoz, Stenoz ve Obstrüksiyon

ERCP ve sfinkteretomide %2,9 oranında restenoz, özofagus varis skleroterapisinde ise %30 – 60 oranında stenoz gelişebilir. Ayrıca ERCP’de sindirim sistemine düşen safra taşı obstrüksiyona neden olabilir (87).

2.3.6.6. Perforasyon

Tanı amaçlı üst GİS endoskopisinde nadir görülen ama oldukça ciddi bir komplikasyondur. Görülme oranı %0,03 - %0,1, mortalite oranı ise %0,001 arasındadır. Predispozan faktörleri arasında zenker divertikülü, özofageal darlık, servikal osteofit ve malignensi yer alır (12, 70, 88). Üst GİS'in terapötik amaçlı endoskopik işlemlerinde perforasyon komplikasyonu daha sıktır. Özofagus darlıklarının, pilor stenozunun dilatasyonunda %0,5 oranında perforasyon görülebilir. Perforasyon riski özofagusta mideye göre daha fazladır. Bunun en önemli nedeni özellikle endoskop yutturulduktan sonra özofagustan körlemesine geçilmesidir (3, 48, 93). Bu nedenle tanısal endoskopide perforasyonun önlenmesinde en önemli kural endoskopun görerek ilerletilmesidir. Lümen görülmeden endoskop zorla ilerletilmeye çalışılmamalıdır. Endoskopi esnasında perforasyon şüphesi olunca işlem hemen sonlandırılarak, hastanın oral alımı kesilmeli, özofagus perforasyonu yoksa nazogastrik sonda aracılığı ile gastrik sıvılar sürekli aspire edilmelidir.

2.3.6.7. Fistülizasyon

Özofagus varis skleroterapisinden sonra gelişebilir (87).

2.3.6.8. İşleme Bağlı Ölüm

Tanısal endoskopi nedeni ile ölüm riski 1/10000 civarındadır. Endoskopiye bağlı ölümlerin başında kardiyopulmoner nedenler gelir (14, 70, 78, 94, 95, 96).

2.3.6.9. Endoskopik Girişimlerde Enfeksiyon

Endoskopi sırasında enfekte materyallerin hastalara ve endoskopi ekibine bulaşması konusunda, her geçen gün yeni bir vaka ortaya çıkmakta ve bu vaka raporları gün geçtikçe artmaktadır. Diğer yandan, patojen mikroorganizmaların çeşitliliği, her an yeni bir patojenin bulunma olasılığı, direnci artan organizmalar ve keşfedilen kaynaklar da bu konunun önemini arttırmaktadır (97, 98). Çeşitli bakteriler, mantarlar ve virüsler bu yolla bulaşabilmektedir. Ancak yapılan girişimlerin sayısı göz önüne alındığında, enfeksiyon bulaşının endoskopik işlemlerin çok sık görülmeyen bir komplikasyonu olduğu da söylenebilir. Nitekim 1966 – 1993 yıllarını kapsayan bir literatür taramasında Gİ endoskopi ile bulaşan enfeksiyon sayısı 281 olarak bulunmuş ve bu enfeksiyonların klinik spektrumu asemptomatik kolonizasyondan ölümle sonuçlanan enfeksiyona kadar değiştiği bilinmiştir (2, 6, 97).

Endoskopik girişim sonucu enfeksiyon bulaşma riski üç faktöre bağlıdır;

- Endoskopu kontamine eden mikroorganizmanın türü ve miktarı,

- Temizleme ve dezenfeksiyon işlemlerinin etkinliği,
- Endoskopun tasarımı.

A. Endoskopu Kontamine Eden Mikroorganizmanın Türü ve Miktarı

Endoskopun kontamine olduğu mikroorganizmanın türü ve miktarı, kontaminasyonun kalıcılığını belirlemektedir. Bazı mikroorganizmalar kimyasal ajanlara karşı diğerlerinden daha dirençlidir. Mikroorganizmalar kimyasal dezenfektanlara en dirençliden en duyarlıya göre; prionlar, bakteri sporları, mikobakteri türleri, parazit kistleri, zarfsız virüsler, parazit trofozitleri, vejetatif gram negatif bakteriler (psödomonas, salmonella türleri vs.) mantarlar, vejetatif gram pozitif bakteriler ve zarflı virüsler (hepatit B virüsü, herpes simpleks, insan immün yetmezlik virüsü) şeklinde sıralanırlar. Bu mikroorganizmalardan özellikle salmonella türleri, mikobakteriler, psödomonas, hepatit B virüsü, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ve helicobacter pylori yarattığı sorunlar nedeni ile önem taşımaktadır (2, 43, 90, 97, 99, 100).

- **Salmonella Enfeksiyonları:** Hem aktif enfeksiyonu olan hem de asemptomatik taşıyıcılar endoskopun kontamine olmasına neden olabilmektedir. Bugüne kadar bu yolla 80'in üzerinde salmonella enfeksiyonu geliştiği bildirilmiştir.
- **Psödomonas Enfeksiyonları:** Sağlıklı erişkinlerde orofarenks ve sindirim sisteminde kolonize olabilmekte, özellikle hastanede yatan hastalarda kolonize olma oranı daha da artmaktadır. Çeşitli ekzotoksinler ve endotoksini sayesinde psödomonas türleri hayatı tehdit eden enfeksiyonlara neden olabilmektedir. 1993 yılına kadar geçen sürede endoskopik girişim sonucunda gelişen psödomonas enfeksiyonları 43 hastada bakteriyemi ile seyretmiş ve bu hastaların 4'ü kaybedilmiştir. Endoskopun psödomonas ile kontaminasyonu için potansiyel kaynaklar, temizleme solüsyonları, enfekte ve kolonize hastalardır. Yetersiz dezenfeksiyon, endoskop kanallarından birinin kontaminasyonu ve bu kanalların kurutulmadan saklanması psödomonas bulaşını arttırmaktadır.
- **Helicobacter Pylori Enfeksiyonu:** İnsanlar arasında en yaygın görülen kronik bakteriyel enfeksiyondur. Dünya nüfusunun %60'ının bu bakteri ile kolonize olduğu tahmin edilmektedir. Bu sıklıktan dolayı endoskop aracılığı ile hastadan hastaya bulaşma riski söz konusudur.
- **Mikobakteri Enfeksiyonları:** Bugüne kadar bu mikroorganizmanın gastrointestinal endoskopik girişimlerle bulaştığı gösterilmemiştir Ancak Gİ endoskopi için

kullanılan tepsilerin aynı zamanda bronşial endoskopi için de kullanıldığı merkezlerde bulaşmanın söz konusu olabileceği bildirilmiştir.

- **Hepatit B Virüs Enfeksiyonu:** Bu virüsün endoskopik girişimle bulaşıp bulaşmadığı tartışmalı bir konudur. Yapılan çalışmalar henüz bu duruma netlik getirmemiştir.
- **İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV):** Rutinde kullanılan dezenfektanlar HIV üzerinde düşük konsantrasyonlarda ve kısa sürede son derece etkilidirler. Yüksek titrede HIV ile kontamine edilen endoskopları %2 gluteraldehit ile 2 dakikada dezenfekte etmenin HIV'i tamamen temizlemek için yeterli olduğu gösterilmiştir. Bu özelliğinden dolayı bugüne kadar endoskopi ile bulaşan HIV vakası bildirilmemiştir.
- **Prion Enfeksiyonları:** Prionların neden olduğu hastalıklara genel olarak bulaşıcı nörodejeneratif hastalıklar da denmektedir. Gİ endoskopi, prion hastalıklarının bulaşmasında önemli bir risk faktörüdür. Bu hastalara endoskopik girişim yapıldıktan sonra endoskop yakılarak yok edilmelidir.
- **Diğer Mikroorganizmalar:** Endoskopik girişim yoluyla nadiren bulaştığı gösterilen diğer mikroorganizmalar, staphylococcus epidermidis, enterobacter aerogenes, trichosporon beigelli, strongyloides stercoralis'tir (2, 90, 97, 99).

B. Temizleme ve Dezenfeksiyon İşlemlerinin Etkinliği

Diagnostik veya terapötik endoskopik girişimlerde temel kural, endoskopi doğru bir şekilde hazırlayarak, hastayı bir takım risklere maruz bırakmadan inceleme ve tedavi etmektir. Bu nedenle temizleme ve dezenfeksiyon işlemleri eksiksiz olmalıdır. Bu işlemler sırasında yapılan başlıca hatalar, kanalların fırçalanmaması, bütün kanalların yıkanmaması, temizleme veya dezenfeksiyon maddelerinin yanlış kullanımı, yıkama şişesinin kontaminasyonu ve çıkarılabilir parçaların yeterince steril edilmemesidir (2).

Temizlik

- Endoskop hastadan çıkarılınca hava / su kanalı içindeki kan veya mukusun atılabilmesi için, 10 – 15 saniye süre ile su fişkırtma işlemi uygulanmalıdır. Aspirasyon kanalından deterjan solüsyonu çekilerek debris ve sekresyonlar uzaklaştırılmalıdır.
- Endoskop deterjanlı su içine yatırılarak, dış yüzeyi temizlenmelidir. Bu temizlik tek kullanımlık bez veya süngerlerle yapılmalıdır. Distal kesim yumuşak bir fırçayla özellikle hava / su çıkış subopu ve kaldıraç bölümlerine dikkat edilerek fırçalanmalı ve tüm valvler çıkarılarak temizlenmelidir.

- Aspirasyon / enstrüman kanalının fırçalanması için mutlaka bu alet için tasarlanmış olan fırça ile yapılmalıdır. Fırça temiz çıkana kadar kanaldan birkaç kez geçirilmeli, her çıkışta fırçanın kendisi de yumuşak bir fırça ve deterjanla temizlenmelidir. Enstrüman kanalı en az üç kez fırçalanmalı ve her defasında fırça temizlenmelidir. Daha sonra aspirasyon portundan fırça ilerletilerek, endoskopun içindeki kanal boyunca, distal uçtan çıkıncaya kadar en az üç kez ve her defasında fırçayı da temizleyerek işleme devam edilmelidir. Bu aşamadan sonra aspirasyon portundan ilerletilen fırça ile, umbilikal kord bölümünde de üç kez fırçalama yapılmalıdır (2, 43, 90, 100).

Sterilizasyon

Endoskopi sırasında kullanılan aksesuarların önemli bir kısmı yalnızca bir kez kullanıma uygun olduğu için sterilizasyon işlemine gerek yoktur. Sterilizasyon işleminin gerekli olduğu durumlarda ise, ısı ile sterilizasyon yöntemi tercih edilir. Etilen oksit sterilizasyonu zaman alan ve hemen yapılamayan bir işlem olduğundan pratik açıdan uygun değildir.

Dezenfeksiyon

- Bütün endoskopik girişimler, temiz dezenfekte edilmiş bir endoskoplula yapılmalıdır.
- Dezenfeksiyon işleminde en önemli aşama endoskopun mekanik temizliğidir. Bu yolla dezenfektanın penetre olmasını engelleyen, dezenfeksiyon süresinin uzamasına neden olan kan, sekresyonlar ve diğer tüm organik materyallerin uzaklaştırılması gerekir.
- Endoskop kanalları kullanılmadığı süre içerisinde bakteri üremesini engellemek için %70 alkol ile yıkanmalı, basınçlı hava ile kurulanmalı ve endoskop asılı durumda bekletilmelidir. Çünkü %70 alkol ile yıkama, alkolün buharlaşma etkisi nedeni ile kurumayı kolaylaştırmakta ve böylece bakteri üremesi için çok uygun olan nemli ortamın oluşması önlenmektedir.
- Otomatik yıkama aletleri dezenfeksiyon için kullanılabilir ancak bu aletler ilk mekanik temizlikte kullanılamazlar.
- Biyopsi forsepsi gibi mukozayı penetre eden aletler her kullanımdan sonra mekanik olarak temizlenip ardından otoklavda steril edilmelidir (2, 90, 100)
- Uygun dezenfeksiyon sıvısı kullanılmalı, konsantrasyonu ve zamanı mutlaka doğru uygulanmalıdır.

- Endoskopun dışını zımparalayacak hiçbir temizleme işlemi uygulanmamalıdır.
- Endoskop kesici, delici, bükücü ve ezici her türlü ortamdan uzak tutulmalıdır (42).

C. Endoskopun Tasarımı

Karmaşık tasarımları, çeşitli kanal ve kapak sistemlerinin yerleşimi nedeni ile endoskoplar dikkatli yapılan temizlik ve dezenfeksiyon işleminden sonra bile kontamine kalabilmektedir. Pek çok endoskopta hava, su ve biyopsi – aspirasyon olmak üzere üç ana kanal vardır. Hava ve su kanalları 1 – 1.2 mm kalınlıkta olduklarından fiziksel olarak temizlenmeleri zordur. Endoskopta zamanla, bakterilerin yerleşmesi için uygun ortamlar olan lümen, çatlak, boşluk gibi hasta materyalinin birikebildiği yerler oluşmaktadır. Endoskopun tasarımı dezenfeksiyon işleminin sağlıklı yapılmasına izin vermeli, özellikle valfler ve endoskopik kanallar mekanik temizlik için uygun tasarımda olmalıdır (2).

2.4. Endoskopi Personelinin Karşılaştığı Riskler

Enfeksiyon riski nedeni ile endoskop ve aksesuarlar ile çalışılırken endoskopi personeli tarafından mutlaka koruyucu önlemler alınmalıdır. Eldiven giyilmeli, sıçrayabilecek kan ve sekresyonlardan korunmak için gerektiğinde maske, gözlük ve önlük kullanılmalıdır. Ayrıca temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinde kullanılan kimyasal maddelerin oluşturabileceği toksik – alerjik reaksiyonların önlenmesi büyük önem taşır. Bu nedenle ünite uygun şekilde hazırlanmalı, kimyasal buharların uzaklaştırılmasını sağlayacak biçimde havalandırılmalı, mümkün olan bölmelere kapak ve özel gaz tutucu filtreler takılmalıdır (43, 90, 99).

2.5. Endoskopi Ünitesi Dizaynı

Hastanın perspektifinden endoskopi; hasta kabul, hazırlama, uygulama, iyileşme ve taburcu olmayı içerir. Bunların sağlanması için, ekipmanların programlanması, temizlenmesi, hazırlanması, sonuçların yönetici personel tarafından değerlendirilerek rapor haline getirilmesi ve bu raporların arşivlenmesi gerekir.

Endoskopi birimi, yatan - ayaktan gelen hastaların kolaylıkla yararlanabileceği bir hastane birimidir. Bu nedenle ayaktan gelen hastalar için, geniş ve uygulama kolaylığı bulunan bir oda, serviste - yoğun bakımda yatan hastalar için de daha küçük hacimli iki odadan oluşturulmalıdır. Yani büyük operasyonların yapıldığı ameliyathane ve daha basit girişimlerin yapıldığı birimlerle, GI endoskopi birimi benzerlik göstermelidir. Eğer endoskopi ünitesi ayaktan tedavi olan hastalara göre lokalize edilirse, hasta kabul ve taburcu işlemlerinin yapıldığı alanlarda oldukça büyük bir yer ayrılmalıdır.

2.5.1. Uygulama Odaları

Endoskopi odalarının sayısı bir çok faktöre bağlı olarak oluşturulur. Bunlar; hasta sayısının yoğunluğuna, uygulanacak prosedürün değişkenliğine, anestezi uygulanma durumuna, kullanılan teknik ve ekipmanlara, programların etkinliğine göre organize edilir. Prosedürün değişkenliği ve kapasitesinde, zaman, ekipman ve kalifiye personelin bulunması en önemli etkenlerdir. Verimliliği arttırmak için basit bir skala kullanılmaktadır (Tablo 2). Puanlama normal çalışma saatleri içerisinde, ayaktan tedavi alan hastalara uygulanan prosedür göz önüne alınarak yapılmaktadır. Toplam puan işleyiş hakkında iyi bir değerlendirme yapılmasını sağlar. Ayrıca bu işlem personel ve işleyişin düzenli olarak yürütmesi için de son derece önemlidir.

Tablo 2: Verimlilik Skalası

Uygulama	Puanlama
• Diagnostik üst endoskopi	1
• Terapotik üst, diagnostik kolon	2
• Terapotik kolon, diagnostik endoskopik	3
• Retrograde Cholangiopancreatograph (ERCP),	6
• Terapotik ERCP	
• Fleksibl sigmoidoskopi	0,5

Gerekli olan uygulama odalarının toplam sayısı, iş yükünün yani standart prosedürün hacmine göre saptanmalıdır. Tek bir odanın maksimum kapasitesi yılda standart prosedür için 1600 kişi, eğer üst ve alt endoskopiye harcanan süre aynı ve bu işlemlerden biri terapotik olursa o zaman sayı 3200 kişi olacaktır. Bu varsayımlar, yılda 250 iş günü ve günde 8 saatlik çalışma saatine göre yapılmıştır. En iyi olasılıkla amaç odaların %75 kapasite ile faaliyet göstermesi, kaçınılmaz dalgalanmalarda ve iş yükünde, gerektiğinde esnekliğe izin verilmesidir.

Endoskopi kendi içinde son derece karışık bir işlemdir. Daha fazla personel ve ekipman odaların daha geniş olmasını gerektirir. Bununla beraber odaların hepsi ayrı ayrı özellikte olmalıdır. Dikdörtgen şekilli odalarda, kare odalara göre çalışmak daha kolaydır. Odaların genişliği, tekerlekli hasta arabalarının rahatça dönebilmesine olanak sağlayacak yeterlilikte olmalıdır. Büyüklüğü ise, tüm faktörler göz önüne alınarak hesaplanmalıdır. Ekipmanların yerleşimi çalışanların hareketini kolaylaştıracak şekilde yapılmalıdır.

Odalar, kontamine olmuş endoskopi aletlerinin temizlenmesine olanak sağlayacak lavabo ve dolapları içermelidir. Zemin yıkanabilir, düz, kaymayacak nitelikte, anesteziye karşı dayanıklı maddeden yapılmış, pencereler jaluzi ve karartma perdelerine sahip olmalıdır. Işıklar, spot lamba şeklinde yukarıdan aydınlatmalıdır. Ayrıca kolaylıkla ulaşılabilecek bir yerde, telefon ve alarm sistemi bulunmalıdır. Kapıların genişliği hasta yatakları ve büyük ekipmanların hareketine olanak sağlayacak şekilde olmalıdır.

Uygulama odalarında mutlaka havalandırma sistemi bulunmalıdır. Yeniden yaşama döndürme ekipmanları (defibrilatör) her an kullanıma hazır bir şekilde olmalı, işlem sırasında ve hasta dinlenirken kullanılacak olan sedyeler ergonomik, yüksekliği ayarlanabilir olmalıdır.

Hastanın, işlemin yapılacağı odaya girer girmez korkmasını önlemek için ekipmanlar kamufle edilmeli, gerekirse rahatlamalarını sağlamak için müzik yayını yapılmalıdır. Oda sıcaklığının normal olması için klima, kliniğin kendine özgü kokusunu gidermek için de uygun spreylere kullanılmalıdır (7, 90).

Endoskopi biriminin kurulması ve çalışması, konuya ilgi duyan yönetici ve hemşirelerin geniş bir literatür taramasıyla yapabileceği karmaşık bir işlemdir (90). Bu doğrultuda endoskopi odası dizayn edilirken, ilk olarak yapılması gereken iş bilgi ve katkı sağlayacak bir ekip oluşturmaktır. Günümüzde böyle bir uygulamanın doğru ve yaygın bir şekilde yapıldığı söylenemez. Özellikle gastroenteroloji uygulamalarının yaygınlaşması ve hastanelere sağladığı getirisinin somut hale gelmesinden sonra bir planlama yapılmasının zorunluluğu kendiliğinden ortaya çıkmıştır. Çünkü önceden detaylarına kadar düşünülmüş bir endoskopi bölümü hem daha hızlı hem de daha verimli hizmet sunmakta ve diğer bölümlerle daha kolay bağlantı sağlanmaktadır (7, 101). Ayrıca endoskopi biriminde, bütün yöntem ve sonuçlardan sorumlu bir yönetici ve bir endoskopi hemşiresi bulunmalıdır. Endoskopi hemşiresinin bilgi ve donanımının bu takımdaki önemi büyüktür. Burada amaç hastanın mevcut sağlık durumunu koruyarak, işlemin başarı ile tamamlanmasını sağlamaktır (90).

Endoskopi ünitesinin planı oluşturulurken bilgisine ve desteğine başvurulması gereken kişiler;

- Endoskopi hemşiresi,
- Endoskopist / medikal danışman,
- Projeler müdürü,

- İdari müdür,
- Dış işlerden sorumlu danışman,
- Müteahhit,
- Mimar şeklindedir (101).

Bu kişiler içinde özellikle endoskopi hemşiresine büyük görevler düşmektedir.

2.6. Endoskopi Hemşiresi

Endoskopi operasyonlarına hem direkt olarak katılan, hem de başlangıç ve bitiminde işlemin aksamaması için tüm gereksinimleri hazır bulundurması gereken, dezenfeksiyonu sağlayan kişidir. Bu nedenle endoskopi odasının etkinliğinden birinci derecede sorumludur ve bölümün dizaynı sırasında mutlaka desteği alınmalıdır (3, 101).

Gastrointestinal sisteme ilişkin hastalıklarda tanı yöntemleri, sorunun ne olduğunu ve nerede yer aldığını saptamaya yöneliktir. Tanı yöntemlerinin uygun bir şekilde gerçekleştirilmesinde hemşirenin rolü çok önemlidir. Çünkü tanı yöntemlerine yönelik hazırlık tam olarak yapılmazsa, işlemin tekrarına, hastanın daha fazla rahatsız olmasına, daha uzun süre hastanede kalmasına ve daha fazla harcama yapılmasına neden olur. Bu tür aksaklıkları en aza indirmede hemşirenin başlıca sorumlulukları arasında;

- İşlemi hastaya açıklamak,
- Gereken konularda hastaya eğitim vermek,
- İşlem öncesi gereken ilaçları uygulamak,
- Hastaya pozisyon vermek,
- İşlem süresince hastayı desteklemek,
- İşlem sonrası komplikasyonları gözlemek yer alır.

Bunların yerinde ve doğru bir şekilde yapılması hem hastanın memnuniyetini hem de işlemin başarısını olumlu yönde etkileyecektir (3, 41, 102).

2.7. MÜZİK

Müzik, insan yaşamının her döneminde var olan bir kavramdır ve insan üzerindeki etkisinin çok yönlü olması, tedavide de kullanılmasına neden olmuştur. Aslında müziğin kendisi tedavi edici değildir. Ancak acı çeken, ağrı - stresi olan, yardım isteyen ve müzik aracılığı ile kendini ifade yolu bulan hasta için kullanıldığında tedavi edici özellik gösterir (25, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109).

Müzik insana özgü ve insanın doğasında bulunan bir davranış biçimidir. Her tür müziğin insan davranışlarında değişiklik yaratması, emosyonel durumu etkilemesi, ağrıyı ve anksiyeteyi azaltması, iletişimi kolaylaştırması bir terapi faktörü olduğunu ortaya koymuştur (40, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120,121, 122).

2.7.1. Müziğin Tanımı ve Tarihçesi

Aslı Yunanca olan müzik kelimesi, dünyanın her yerinde aynı anlamı taşımaktadır. Müzik, “musica” sözcüğünden gelmiştir. Musica da Eski Yunanca’da “mousike” veya “mousa”dan alınmıştır. Bir çok araştırmacı bu kelimenin etimolojisinin “muse – melek” anlamına geldiğini savunmaktadır. Mitolojiye göre Yunanlıların en büyük tanrısı Zeus’un kızları sayılan dokuz peri kızına “mousa” (müz) adı verilirdi. Eski Yunanlılar bu peri kızlarının tüm dünyanın güzelliklerini ve ahengini düzenlemekle görevli olduklarına inanırlardı. Bugün hemen hemen tüm dillerde var olan müzik sözcüğünün “müz” kökünden türemiş olduğu kabul edilmektedir (110). Müziğin, insanlık tarihi boyunca çeşitli kültürlerde insan duygularını etkilemek, kendini ifade etmek ve hastalıkları tedavi etmek amacı ile kullanıldığı bilinmektedir (26, 103).

İlkel insanlar, hastalıkların kötü ruh veya cin adı verilen varlıklar tarafından meydana getirildiğine inanırlardı. Bu kötü varlıklar; sihirbaz, hekim veya şaman tarafından kontrol altına alınır, bu tedavi törenlerinde müzik, dans, ritim ve şarkılar başlıca rolü oynardı. Hastanın kötü varlık ve ruhlardan kurtarılması tedavinin temelini teşkil ediyordu. Ses ve müzik de bu gizli varlıklarla haberleşmek için kullanılan bir araçtı (25).

Eski Yunanlılar müziği her türlü erdemin kökeni sayarlardı. M.Ö 585 – 500 yılları arasında yaşayan büyük Yunan filozofu ve matematikçisi Pythagoras, umutsuzluğa düşen bireyleri veya çabuk öfkelenen hastaları belirli melodilerle tedavi edebilme olanağını araştırmıştır (110).

Müzikle tedavinin tarihi tıp kadar eskiye dayanmaktadır. Çünkü insanlar tedavi araçlarını çoğu kez bir arada kullanmışlardır. Homera, ameliyatlarda müziği kullanmış ve etkili olduğunu göstermiştir. Aesculape ise, sağırlığı tedavi etmek için trampet kullanmıştır. Sokratesin öğrencisi Platon (Eflatun) da M.Ö 400 yıllarında müziğin ahenk ve ritimle, ruhun derinliklerine etki ederek bireye hoşgörü ve rahatlık verdiğini belirtmiştir (25). Eski Roma’da ise Celcus ve Areteus, müziğin ruhu yatıştırdığı, ruh hastalıklarına iyi geldiğini ifade etmiştir. Mısırlılar da doğum

sırasında müziği kullanmışlardır. Büyük Çin filozofu Konfiçyus “müzik yapıldığı zaman kişilerarası ilişkiler düzelir, gözler parlar, kulaklar keskin olur. Kanın hareketi ve dolanımı şakinleşir” ifadesi ile müziğin insanlar üzerindeki etkilerine dikkati çekmiştir (110).

İngiltere’de insanlığa hizmet cemiyeti (La Gilda De Saint Cecile) bir çok hasta üzerinde müziğin beden ve ruha sakinlik veren etkisini incelemiştir. Ayrıca bu cemiyet Londra’nın merkezi bir yerinde “müzik yardımı” postası oluşturup, her büyük hastanenin belirli bölümlerine müziğin telefon yoluyla ulaştırılmasını tasarlamıştır. Müziğin etkisi altında bu hastaların ateşlerinin düştüğü ve ağrılarının belirgin olarak azaldığı gözlemlenmiştir (25).

İslam medeniyeti tarihinde özellikle tasavvuf ekolü mensubları müzikle uğraşmış, faydasına inanmış, kullanmış ve savunmuşlardır. Büyük İslam bilgini ve filozoflarından İbn-i Sina (980-1037) musikinin tıpta oynadığı rolü şöyle anlatmaktadır; “tedavinin en iyi yollarından, en etkililerinden biri hastanın akli ve ruhi güçlerini arttırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele etmek için cesaret vermek, çevresini sevimli ve hoş a gider hale getirmek, en iyi musikiyi dinletmek ve sevdiği insanlarla bir araya getirmektir” (110).

Türklerde ilk ciddi müzik tedavisi Osmanlı Devleti zamanında görülmekle beraber, Orta Asya’da Anadolu öncesi zamanda “Baskı” adı verilen Şaman müzisyenler tarafından, çeşitli hastalıklar için tedavi çalışmaları yapılmıştır. Türkler daha Selçuklular döneminde, akıl hastalıklarının tedavisi için bugün daha çok ileri düzeyde sayılabilecek şifahaneler kurmuşlardır. Buralarda dönemin çok ileri tedavi metodları kullanılmıştır (25).

Müzik 20. yüzyılın ilk yarısında hastane ortamında kullanılmaya başlanmıştır. Thomas Edison’un 1877’de fonografi buluşu ve 1886’da disk kayıt cihazını geliştirmesi ile hastalar üzerinde müziğin etkisi incelenmeye başlanmıştır. Hastanelerdeki ilk müzik terapi uygulamaları çoğunlukla anestezi ve analjezi ile birlikte olmuştur. 20. yüzyılın ortalarında, araştırmacılar müziğin etkilerinin nörolojik temelleri hakkında teoriler geliştirmeye başlamışlar ve müziğin fizyolojik parametreler üzerine etkilerini deneysel olarak araştırmışlardır (123, 124, 125).

Müziğin sadece hastalarda terapi aracı olarak kullanılmakla kalmayıp, koruyucu olarak da insanlara büyük faydalar sağlayabileceği, özellikle kent yaşamındaki stresli insan tipi için seçilecek uygun müzik türlerinin muhtemel psikiyatrik bazı rahatsızların doğmasını engelleyebileceği düşünülmektedir.

Müziğin tedavi amacının dışında fabrikalarda iş kazalarının azaltılması gibi değişik sosyo – ekonomik alanlarda da önemli fonksiyonları olduğu günümüzde yapılan uygulamalarla ortaya konmuştur (25, 39).

2.7.2. Müziğin İnsan Yaşamı Üzerine Etkileri

Müzik günlük yaşamımızın bir parçasıdır. Hem beyinsel hem de fiziksel olarak bizi etkiler. Beyin dalgaları müzik ile hızlandırılıp, yavaşlatılabilir. Kas gerilimi ve hareketlerini koordine etmeye yardımcı olarak, anksiyolitik etki yapar (31, 35, 126, 127, 128). Yıllardan beri bilinmektedir ki, gündelik yaşamımız esnasında beyinde 14 – 20 frekans arasında titreşimli beta dalgaları üretilir. Çevremizi bilinçli olarak algıladığımızda ve huzur içinde olduğumuzda 8 – 13 frekans arasında titreşimli alpha dalgaları üretilir. Yoğun yaratıcılık, meditasyon ve uykuda 4 – 7 frekans arasında titreşimli theta dalgaları üretilir. Beyin dalgaları yavaşladıkça huzur duygusu artar. Tıpkı beyin gibi insanın kalp atışları da ses ve müziğe son derece duyarlıdır. Müzik veya ses frekansının temposu ve volümü, kalp atışlarının değişmesine neden olur. Müziğin temposu arttıkça, kalp atışları da hızlanır, yavaşladıkça nefes alışları gibi kalp atışları da yavaşlamaktadır (31, 129, 130).

2.7.3. Müzikle Tedavi

Modern tıbbın gelişmesi ile relaksasyon, yol gösterici tasvirler, dokunma, yoga, huzur ve destek merkezli çalışmalar, aktif dinlenme ve aromaterapi gibi müzikle tedavi de alternatif tıp içerisinde yer almaktadır. Son yıllarda özellikle de gelişmiş ülkelerde alternatif tıbbın tekrar güncelleştiği görülmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletlerin’de bilinçli halkın alternatif tıba daha çok güvendiği, bunun için yılda 13 milyar harcandığı belirtilmiştir. Bu miktar devletin tıp için ödediği paraya eşittir. Sağlıkçıların bazıları kabul etmese de insanların bunu istediği ve devletin de çalışmaları desteklediği bilinmektedir. Tüm bunlar alternatif tıbbın gözardı edilemeyeceğini ve modern tıpla iç içe uygulanabileceğini göstermektedir.

Yeni ilaçlar, aşılarda, yapay uzuvlar için harcanmakta olan astronomik paraların yanında, alternatif tedavi için ayrılan miktarın çok az olmakla beraber gelecek için ümit verici olduğu görülmektedir.

Günümüzde alternatif tıp çalışmalarının hemşirelik uygulamalarına yansıdığı görülmektedir. Yanıklı, polimiyelitli hastalarda, konuşma bozukluğu, kardiyak sorunu olanlarda, yaşlı bakımında ve tanı işlemlerinde nonfarmakolojik bir yöntem olarak kullanılarak hemşirelik girişim ve yaklaşımlarının zenginleşmesine

neden olmuştur. Ayrıca hemşirenin hastası ile sözel ya da müziksel iletişim kurabileceği belirtilmiştir (31, 103, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137). Ayrıca müzik; onkoloji, yoğun bakım, kardiyoloji ünitelerinde, cerrahi işlemlerde de alternatif tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (138, 139, 140, 141, 142, 143).

2.7.4. Müziğin Sağlığa Etkisi

Son yıllarda araştırmacılar, müzik ile sağlık prosedürleri arasında yakın bir ilişki olduğunu, sağlığın her alanında kullanılabilecek, noninvaziv, güvenli, ucuz, herhangi yan etkisi olmayan bir tedavi yöntemi olduğunu belirtmişlerdir (144, 145).

Araştırmacılar müziğin etkilerini iki açıdan ele almışlardır. İlk olarak müziğin dinleyicinin uyanıklılığını en üst seviyede tuttuğunu, daha sonra ise akıl, vücut ve ruh arasında bir denge oluşturduğunu ifade etmişlerdir (146). Yapılan pek çok çalışma, müziğin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir. Müzik kalp hızını, kan basıncını, vücut ısısını ve solunum hızını düşüren, gevşemeyi sağlayan, hastanın ağrı algısını değiştiren, dikkatini başka yöne çeken, kemoterapiye bağlı bulantıyı azaltan, özellikle terminal dönemdeki hastaların yaşam kalitesini yükselten önemli bir araçtır (26, 32, 38, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156). Ayrıca müzik, sosyalizasyonu arttıran, psikotik semptomları azaltan, egoyu kuvvetlendiren, bilinç uyanıklılığını arttıran ve aktiviteyi ilerleten bir tedavi modeli olarak da kullanılmıştır (26, 131,132, 157, 158, 159, 160).

2.7.5. Müzik İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Perioperatif dönemde müziğin etkisini inceleyen literatürlerin değerlendirildiği bir çalışmada (Cunningham 1997), artroskopi hastalarında solunum seslerinin anlamlı derecede azaldığı, plastik cerrahi operasyonu geçirecek hastalarda sistolik, diastolik ve kalp hızı ölçümlerinde anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir. İntraoperatif dönemde yapılan bir çalışmada ise genel anestezi altında yapılan artroskopi işleminde, lokal ve rejional anestezi altındaki el – bilek cerrahi işlemi ve bronkoskopi işlemi sırasında dinletilen müziğin, hastaların anksiyete seviyelerini, sistolik ve diastolik kan basıncını anlamlı derecede azalttığı bildirilmiştir (123).

Gastrointestinal endoskopi yapılan hastalarda yapılan bir çalışmada (Binek and et al) müziğin hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağladığı ve gelecekteki muayenelerde de dinletilmesini istedikleri belirlenmiştir (161).

Kolonoskopide yapılan bir çalışmada (Smolen and et al) hastalara kendi seçtikleri müziğin anksiyete, kan basıncı ve nabız üzerine olan etkileri incelenmiş,

sonuçta müzik dinletilen grubun kan basıncı, nabızı ve anksiyetesi kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (33).

Gevşetici müziğin gastrointestinal endoskopi işlemlerindeki hastanın toleransına olan etkisini inceleyen bir çalışmada (Bampton, Draper 1997) müzik grubundaki hastalarda memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu, sonraki işlemlerde tekrar müzik dinlemek istedikleri saptanmıştır (162).

Müziğin fleksibl sigmoidoskopi uygulanan hastaların anksiyetesine olan etkisini inceleyen Palakanis ve arkadaşları (1994) deney grubundaki hastaların kan basıncı, nabız ve anksiyete düzeylerini kontrol grubuna göre daha düşük bulmuştur (163).

Müziğin kolonoskopi uygulanan hastalardaki etkisini inceleyen bir çalışmada (Schiemann and et al 2002), müziğin analjezi etkisi yaptığı, işlemin daha kısa sürede tamamlandığı ve hastaların kendilerini daha iyi hissettiği sonucuna varılmıştır (164).

Lee ve arkadaşları (2002) rahatlatıcı müziğin kolonoskopi hastalarına uygulanan sedasyona etkisini incelemiş ve müziğin sedasyon dozunu azalttığını saptamıştır (165). Chlan ve arkadaşları (2000) tarafından müzik terapisinin fleksibl sigmoidoskopi yapılan hastalardaki anksiyete, rahatsızlık ve memnuniyete olan etkisi incelenmiş, sonuçta müzik grubundaki hastaların daha az anksiyete ve rahatsızlık duydukları belirlenmiştir (29).

Salmore ve Nelson (2000) ayaktan gastrointestinal endoskopi için gelen hastalarda işlem öncesinde uygulanan gevşeme teknikleri ve müziğin anksiyete ve kan basıncına etkisini incelemiş ve deney grubundakilerin kan basıncının daha düşük olduğu bildirilmiştir (30).

Uedo ve arkadaşları (2003) kolonoskopi hastalarına dinletilen müziğin kortizol seviyesine olan etkisini incelemiş ve müziğin korku, stres ve kortizol salınımındaki değişiklikleri azalttığını bildirmişlerdir (34).

Chan ve arkadaşlarının (2003) müziğin kolposkopi yapılan hastaların ağrı ve anksiyete düzeyine olan etkisini incelediği çalışmada, müzik dinletilen grubunun ağrı ve anksiyete düzeyi, müzik dinletilmeyen gruba göre düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ifade edilmiştir (166).

Fiberoptik bronkoskopi işleminde müziğin etkisini inceleyen Colt (1999) çalışmasında, müziğin anksiyete üzerindeki etkisini gösteren deney grubu ile kontrol

grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını, ancak hastaların müzik dinlemekten memnun oldukları sonucuna varmıştır (167).

Yanık yaralanmaları sonrası debridman işlemi süresince müziğin etkisini inceleyen Fratianne (2000), müziğin anksiyeteyi azaltmakta etkili olduğunu ve yanık tedavisinde non – invaziv bir yöntem olan müzikle terapinin uygulanabileceğini ifade etmiştir (168).

Winter ve arkadaşları (1994) cerrahi hastalarında müziğin stres ve anksiyeteye olan etkisini değerlendirmişler ve müzik dinletilen grupta stres, anksiyete düzeyini daha düşük bulmuşlardır (37).

Müzik ve gevşeme tekniklerinin koroner yoğun bakım ünitesindeki hastaların anksiyetesine etkisini araştıran bir çalışmada (Elliott 1994), müzik grubunun anksiyete düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (169).

Burns'un (2001) kanser hastaları ile yaptığı bir çalışmada, müzik dinleme sürecinde hastalarda iyilik hali ve gevşemenin arttığı, gerilimin azaldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada kortizol salınımının azaldığı, immünglobülin A salınımının da arttığı saptanmıştır (170).

Miluk-Kolasa (1994)'nın müzik tedavisinin cerrahi işlem öncesi kortizol salınımına etkisini incelediği çalışmasında, müzik grubunun kortizol düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (171).

Radyoterapi alan hastalara dinletilen müziğin anksiyete üzerine etkisini inceleyen Smith (2001) ise müziğin radyoterapi öncesinden başlayarak işlem sırasında da bir hemşirelik girişimi olarak kullanılabilceğini göstermiştir (172).

Augustin ve Hain'in (1996) müziğin cerrahi hastalarının preoperatif anksiyetelerine olan etkisini incelediği çalışmada, deney grubundakilerin kalp hızı ve anksiyete düzeyleri daha düşük saptanmıştır (36).

Postoperatif uyanma periyodunun ilk saatlerinde hastalara müzik dinleterek, ağrı ve aksiyetelerindeki değişimi inceleyen (Heiser 1997) bir çalışmada, müziğin hastaların gevşeme ve rahatlamalarına yardım ettiği belirlenmiştir (173).

Hamel'in (2001) kardiyak kateterizasyon için bekleyen hastalarda müziğin etkisini ölçen çalışmasında müzik grubunun anksiyetesinin daha az bulunduğu ifade edilmiştir (174).

Müzik dinlemenin beyindeki alpha dalgalarını uyardığını belirten bir çalışmada (Henry 1995) alfa dalgalarının, endorfin salınımını uyardığı ve bir relaksasyon durumu yarattığı, böylece de sadece ağrının azaltılmasında değil aynı

zamanda kan basıncı, kalp hızı ve diğer fizyolojik cevapların azaltılmasında rol oynadığı saptanmıştır (175).

Kardiyak cerrahi sonrası rahatlatıcı müziğin, hastaların ağrı ve anksiyetesine etkisinin incelendiği bir çalışmada ise (Voss and et al 2004), müzik grubunun, ağrı ve anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunduğu bildirilmiştir (176).

Müziğin mekanik ventilasyondaki hastaların anksiyete düzeyine etkisini inceleyen Roteta, deney grubunun anksiyetesinin kontrol grubuna göre daha az olduğunu saptamıştır (177).

Müziğin kronik osteoartriti olan yaşlı hastalarda ağrıya etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada (McCaffery, Freeman 2003), müzik grubunun ağrısının kontrol grubuna göre daha az olduğu saptanmıştır (178).

2.8. HASTA MEMNUNİYETİ

Memnuniyet; yaşam tarzını, geçmiş deneyimleri, gelecekte beklenenleri, bireysel ve toplumsal değerleri içeren, bir çok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır (179). Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet ise ilk kez 1975 yılında “ideal hemşirelik bakımı ile hastanın gerçekte almış olduğu hemşirelik bakımının birbiri ile uyumu” şeklinde tanımlanmıştır. Hastaların kişilerarası ilişkiler, birey olarak kabul görme ve karar vermeye katılma gibi içsel gereksinimleri karşılandığında memnuniyetlerinin arttığı, çevresel faktörler ya da rahatlıkları dikkate alınmadığında memnuniyetsizlik oluştuğu ileri sürülmüştür (180). Bazı çalışmalarda ise hasta memnuniyeti, bireyin aldığı bakımla ilgili pozitif bir tutum içinde olması şeklinde tanımlanmıştır (181, 182, 183).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler; hastalara, hizmet verenlere ve kuruma yönelik faktörler olmak üzere üç şekilde gruplandırılabilir.

1. Hastaya İlişkin Faktörler: Geçmiş deneyimleri, arkadaşları ve yazılı – sözlü basın aracılığı ile edindiği bilgiler, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı ve kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (184, 185, 186).

2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler: Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta – hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en

önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir (186, 187, 188, 189).

3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler: Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, temizlik, beslenme hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir (187). Hasta memnuniyetinin hastanenin başarısının anahtarı olduğu, işittikleri, gördükleri ve hissettiklerinden memnun olan hastaların daha fazlası için geri gelecekleri unutulmamalıdır (190).

Bilim ve teknolojiadaki ilerlemeler nedeniyle hızlı bir değişim süreci yaşanmaktadır. Bu süreç bireyin kendisini fark etmesine neden olarak her alanda daha kaliteli bakım istemesiyle sonuçlanmaktadır. Sağlık kuruluşları da bu alanlardan biridir. Sundukları hizmette bireyleri ne kadar memnun ettikleri, hizmeti sunan sağlık personelinden ne kadar memnun kaldıkları ve bu memnuniyetin bireyin iyilik durumuna nasıl yansıdığı sağlık alanının yeni ilgilendiği konulardır. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli indikatörlerden biridir. Bu indikatör, sağlık hizmetlerinin temel çıktılarındandır ve hizmet sürecinin yapısı hasta memnuniyeti indikatörü ile gözden geçirilmektedir. Hasta memnuniyeti araştırmalarının sonuçları, sağlık kurumunun sürekli iyileştirme sürecine temel teşkil edecek verilerden biridir (191, 192, 193, 194). Çünkü hizmeti alan kişi olarak hastanın, kurumdan ve verilen hizmetten memnun olması kurum ve çalışanlar açısından oldukça önemlidir (195). Özellikle yapılacak uygulamalarla ilgili hastalara bilgi verilmesinin, memnuniyeti arttırdığı gösterilmiştir (196).

Birey yaşamsal özellikleri ve yaşam tarzı doğrultusunda bazı beklentilere sahiptir ve bu beklentilere göre yaşamını şekillendirir, gereksinimlerini belirler. Bireyin sağlığının korunması, sürdürülmesi, hastalık durumunda tedavisini karşılayan sağlık kuruluşundan ve bu kuruluşta görev alan sağlık ekibinden memnuniyeti de bu beklentiler doğrultusunda olmaktadır (190).

İnsanlar tüm hizmet alanlarından en iyi şekilde yararlanma hakkına sahiptir. Bu haklardan en önemlisi de sağlıklı yaşam hakkıdır (197, 198). Sağlığı risk altında bulunan birey; bireysel özellikleri, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi etkenlerinin ortasındaki doğrudan olumsuz yönde etkilenmektedir. Sağlık alanının amacı bu üç alanın etkileşimini iyi yönde arttırmak ve bireyin yaşam kalitesini yükseltmektir (199, 200).

Sağlık bakımının değerlendirilmesinde son on yıldır yer alan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların doğru kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır (181). Hasta memnuniyeti, bakımın istenilen sonuçlarından biri olup, hastaların sosyo-demografik özellikleri ve tıbbi bakım ile memnuniyet arasındaki ilişki sıklıkla gözden geçirilmiştir. Hasta beklenti ve gereksinimlerinin hekim, hemşire ve hastane yönetimi tarafından karşılanması, hasta memnuniyeti düzeylerinin temel göstergelerindedir (199, 200). Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti hemşirelik alanında ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde değerlendirilmiştir (180). Son yıllarda ise, özellikle Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir sonuç ölçütü olarak önemli bir yere sahiptir (181, 187). Hasta memnuniyeti, hemşirelik hizmetlerinin kalitesi hakkında fikir veren önemli bir göstergedir. Hastanın hastanede kaldığı süre içinde en sık birlikte olduğu sağlık personeli hemşiredir. Hastaların hemşirelik hizmetlerini algılama düzeyleri geniş ölçüde sosyal durumuna, yaşına, eğitim düzeyine, kültürel geçmişine ve etnik yapısına bağlı olsa da, hemşirelerden aldıkları destek, hemşirelerin onlara gösterdiği saygı, sorularına açık ve net yanıt vermeleri, hastaların her zaman hemşireye ulaşabilmesi memnuniyet için önemli göstergelerdir (201).

Günümüzde teknolojik gelişmelere paralel olarak, tıbbi tanı, tedavi ve korunma yöntemlerindeki ilerlemeler, sağlık bakım gereksinimlerindeki değişiklikler, kronik hastalıkların ve hastane bakımı gerektiren bireylerin sayısındaki artış, artan sağlık harcamalarının ekonomiye getirdiği zorluklar, sağlık bakımının bireylerin memnuniyetini artırma amaç ve bakış açısı ile sunulmasını zorunlu kılmıştır. Bu doğrultuda memnuniyet verici bir yaşam için, bireylerin sağlık bilincinin güçlendirilmesi, sağlık bakım yeteneklerinin artırılması, öngörülen tedavi programına uyumun sağlanması, sağlık konusundaki yeteneklerin sonuna kadar kullanılabilmesine olanak verecek davranış ve becerilerin geliştirilmesi gerekmektedir.

İnsanların sağlığında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan duydukları memnuniyet bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı, bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak, en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde memnuniyeti maksimum düzeye çıkarmaktır (202, 203).

Sonuç olarak hasta memnuniyeti; hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmekte olup, ölçülmesi yararlı ve gereklidir (181, 182, 183, 184, 185, 188).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Endoskopi ünitesine üst GİS endoskopisi yaptırmak üzere başvuran hastalara dinletilen müziğin hastanın nabzına, kan basıncına, oksijen saturasyonuna, işlemin başarısına ve memnuniyetine olan etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü ve deney olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Endoskopi Ünitesinde yapılmıştır. Endoskopi ünitesi gastroenteroloji klinik ve polikliniğinden ayrı bir alanda bulunmaktadır. Ünite; 2 üst endoskopi, 1 alt endoskopi, 1 ERCP, 1 hasta hazırlık, 1 ultrason, 1 hasta muayene, 1 hekim soyunma, 1 hemşire soyunma, 1 hasta bekleme, 1 sekreter odası bulunmaktadır.

Gastroenteroloji Polikliniğine GİS şikayetleri ile başvuran ve endoskopi yapılmasına karar verilen hastalar, endoskopi ünitesine yönlendirilmekte ve hemşire tarafından randevu tarihleri belirlenmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini 21 Şubat – 22 Nisan 2005 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Endoskopi Ünitesine üst GİS endoskopisi yaptırmak üzere başvuran hastalar oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem grubunu 21 Şubat – 22 Nisan 2005 tarihleri arasında endoskopi ünitesine başvuran ve aşağıdaki kriterleri taşıyan hastalar oluşturmuştur.

- Araştırmaya katılmaya istekli olan,
- İletişim kurulabilen, işitme – konuşma problemi olmayan,
- İşlem sırasında veya işlemden önce herhangi bir analjezik ve anestetik ilaç almayan,
- Kronik hastalığı olmayan,
- 18 – 75 yaş grubunda olan
- Daha önce endoskopi işlemi yaptırmayan.

Veri toplama aşamasında 37 hasta kriterlere uymadığı için çalışma dışı bırakılmıştır.

Örneklem seçimi; işlemin kısa sürmesi, müziğin merkezi sistemle dinletilmesi, işlemin uygulanacağı hastaların hepsinin aynı yerde beklemesi nedeniyle hasta sayısı üzerinden yapılamamıştır. Bu nedenle rastgele sayılar tablosu kullanılarak, günler randomize edilmiştir.

3.3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın verileri 21 Şubat – 22 Nisan 2005 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı Endoskopi ünitesine üst GİS endoskopisi yaptırmak üzere başvuran hastalardan toplanmıştır.

- Sözü edilen tarihlerde, üniteye başvuran hastalardan elde edilen verilere dayanan bulgular bu zaman dilimi ile sınırlıdır.
- Örneklem uyan ve yukardaki kriterleri taşıyan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo – demografik değişkenler ve işlemle ilgili soruları içeren anket formu, işlem öncesi ve sonrasında kullanılmak üzere oluşturulan kan basıncı, nabız, oksijen saturasyonu ve işlem süresinin kaydedildiği form, gerekli literatürler taranarak oluşturulan memnuniyet formu ve işlemin başarısını ölçmek için kullanılan görsel eşdeğerlik skalası ile toplanmıştır (94, 139, 191, 195, 204). Memnuniyet düzeyi hem araştırmacı tarafından hazırlanan memnuniyet formu hem de görsel eşdeğerlik skalası ile ölçülmüştür. Bu skalanın memnuniyet düzeyini ölçmek için kullanılmasındaki amaç, uygulanan memnuniyet formunda elde edilen cevapları skala ile karşılaştırıp, hasta tarafından kullanılan ifadelerin rakamlarla ölçülmesini sağlamaktır. Böylece elde edilen veriler kıyaslanarak, memnuniyet puanı belirlenmiştir.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Anket Formu: Endoskopi uygulanan hastalarla ilgili benzer çalışmalar incelenerek oluşturulan anket formu, birey ve işlemle ilgili tanımlayıcı bilgileri içermektedir.

Bireye ilişkin sosyo – demografik değişkenler, yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, öğrenim durumu, mesleği, medeni durumu ve aylık gelirini içermektedir.

İşleme ilişkin değişkenler ise, endoskopi işlemi hakkında bilgisinin olup olmadığıdır.

Memnuniyet Formları: Bu formlardan birinde hastaların işlemle ilgili memnuniyetini belirleyen 10 soru, diğerinde ise genel memnuniyeti sorgulayan bir soru yer almaktadır. Yanıtlar 5'li likert ölçek tipindedir ve mükemmelden çok kötüye doğru sıralanmıştır.

Visual Analog Scales – VAS (Görsel Eşdeğerlik Skalası): VAS her kültürde en az 50 yanıtlayıcı üzerinde uygulanan, iki ucunda birinci ve beşinci yanıt seçeneğini temsil eden sözcüğün bulunduğu, 100 cm'lik bir çizgi üzerinde diğer üç yanıt seçeneğine denk gelen noktanın bireyler tarafından işaretlenip uzaklığın ölçüldüğü bir skaladır.

Ünitede hasta sirkülasyonunun yoğun olması ve işlemin kısa sürmesi nedeniyle müzik tercihi sunulamamış, işlem sırasında hastalara verilen pozisyon nedeniyle de kulaklık kullanılamamış ve merkezi sistemle müzik dinletilmiştir. Müzik türünün seçimine, Türk Musikisi Devlet Konservatuvarı öğretim görevlilerinin ve bu konuda çalışmaları bulunan Marmara Üniversitesi öğretim üyesinin görüşleri doğrultusunda karar verilmiştir. Çalışma sırasında nefesli bir müzik aleti olan neyin kullanıldığı Klasik Türk Müziği deney grubuna, işlem öncesi ve sırasında dinletilmiştir. Bu müziğin sakinleştirici özelliğinin yanı sıra, kasları stimüle edici etkisi olduğu da varsayılmaktadır (103).

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma için müzik dinleyen ve dinlemeyen grup olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Rasgele sayılar tablosuna göre müzik dinletilerek günler belirlenmiştir. Uygulamaya başlamadan önce Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Endoskopi Ünitesi ve üniteye endoskopi yaptırmak üzere başvuran hastalardan gerekli izin alınmıştır. Müzik dinletilen ve dinletilmeyen grup ile görüşmenin yapılacağı tarih ve günler belirlenmiştir.

Çalışma kapsamına alınan bütün hastalara; işlem öncesinde sosyo - demografik özellikleri içeren soruların bulunduğu anket formu (Ek 1) uygulanmıştır. İşlem öncesi, sırası ve sonrasında ölçülen değerlerin kaydedildiği vital bulgu formu (Ek 2), işlem sonrasında hastaların memnuniyet durumunun kendi ifadelerine göre değerlendirildiği form (Ek 3), hastaların genel memnuniyet durumunun kendi ifadelerine ve VAS'a göre ölçüldüğü form (Ek 4), memnuniyet durumunun VAS'a

göre değerlendirildiği form (Ek 5) uygulanmıştır. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi uygulanan hastaların işlem başarısının değerlendirildiği form (Ek 6), işlem sonrasında uygulamayı yapan gastroenteroloji uzmanı tarafından doldurulmuştur.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Nabız, kan basıncı, oksijen saturasyonu, memnuniyet durumu, işlem başarısı.

Bağımsız Değişkenler: Müzik, yaş, eğitim durumu, gelir durumu.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Ki – Kare, Evren Ortalaması Önemlilik Testi (One – Sample T Test), İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (Student testi ve Independent Samples T test), İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (Paired Sample T Test) ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One – Way Anova), ileri analizlerde ise Tukey HSD kullanılmıştır.

3.7. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2004 – 2005 yılı içinde planlanmış, Aralık ayında araştırma önerisi hazırlanarak, çalışmanın yapılacağı kuruma sunulmuş ve gerekli izin alınmıştır. Şubat – Nisan tarihleri arasında toplanan veriler, araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubuna ilişkin sosyo - demografik özellikler, endoskopi işlemi hakkında bilgilerinin olup olmadığı, müziğin işlem öncesi, sırası ve sonrası nabız, işlem öncesi ve sonrası kan basıncı, işlem öncesi ve sırası oksijen saturasyonuna etkisi, müzik dinletilen ve dinletilmeyen hastaların işlemden memnun olma durumuna ilişkin verilerinin VAS ve hasta ifadelerine göre dağılımı ve işlemin başarısına yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1. Araştırma Örneğine Alınan, Müzik Dinletilen ve Dinletilmeyen Gruplara İlişkin Sosyo - demografik Özellikler

Araştırma kapsamına alınan müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruptaki hastaların sosyo - demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Müzik grubundaki hastaların yaş ortalaması $49,36 \pm 1,43$ olup %15'i 18-33, %31'i 34-49, %40'ı 50-65, %14'ü de 66 ve yukarı yaş grubunda, %51'i kadın, %49'u erkektir. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise yaş ortalaması $49,80 \pm 1,61$ olup %19'u 18-33, %35'i 34-49, %23'ü 50-65, %23'ü de 66 ve yukarı yaş grubunda, %56'sı kadın, %44'ü erkektir. Araştırmaya katılan hastalardan müzik grubundakilerin %44'ü okur - yazar değil, %21'i okur yazar - ilkökul, %27'si ortaöğrenim ve %8'i yüksekökul mezunudur. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise %54'ü okur - yazar değil, %14'ü okur yazar - ilkökul, %19'u ortaöğrenim, %13'ü yüksekökul mezunudur. Müzik grubundaki hastaların %86'sı evli, %14'ü bekar, diğer gruptakilerin ise %90'ı evli, %10'u bekadır. Araştırma kapsamına alınan hastalardan müzik grubundakilerin %25'i memur, %2'si işçi, %12'si serbest, %41'i ev hanımı, %7'si işsiz ve %13'ü de diğer meslek grubunda yer almaktadır. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise %23'ü memur, %6'sı işçi, %17'si serbest, %34'ü ev hanımı, %14'ü işsiz ve %6'sı ise diğer meslek gruplarında çalışmaktadır. Müzik grubundaki hastaların %51'i asgari ücretin altında, %32'si asgari ücret ve 2 katı, %12'si asgari ücretin 2-3 katı, %3'ü 3-4 katı, %2'si ise asgari ücretin 4-5 katı arasında gelir düzeyine sahiptir. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise %47'si asgari ücretin altı, %42'si asgari ücret ve iki katı arası, %9'u 2-3 katı arası, %2'si de asgari ücretin 3-4 katı arası ücret almaktadır. Müzik grubundaki hastaların %13'ü endoskopi konusunda bilgi sahibi iken, %87'sinin ise bu konuda bilgisi bulunmamaktadır. Müzik dinletilmeyen hastaların %7'si bilgi sahibi iken %93'ünün bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Her iki grup da tüm bu parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Sosyo - demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney		Kontrol		Toplam		Önemlilik testi
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
18 – 33	15	15,0	19	19,0	34	34,0	$\chi^2=7,490$ P=0,058
34 – 49	31	31,0	35	35,0	66	66,0	
50 – 65	40	40,0	23	23,0	63	63,0	
66 ve yukarı	14	14,0	23	23,0	37	37,0	
Cinsiyet							
Kadın	51	51,0	56	56,0	107	53,5	$\chi^2=0,502$ P=0,285
Erkek	49	49,0	44	44,0	93	46,5	
Eğitim Durumu							
Okur – yazar değil	44	44,0	54	54,0	98	49,0	$\chi^2=5,002$ P=0,172
Okur yazar – ilköğretim	21	21,0	14	14,0	35	17,5	
Ortaöğretim	27	27,0	19	19,0	46	23,0	
Yüksek Okul	8	8,0	13	13,0	21	10,5	
Medeni Durum							
Evlü	86	86,0	90	90,0	176	88,0	$\chi^2=0,818$ P=0,664
Bekar	14	14,0	10	10,0	24	12,0	
Meslek							
Memur	25	25,0	23	23,0	48	24,0	$\chi^2=8,511$ p=0,130
İşçi	2	2,0	6	6,0	8	4,0	
Serbest	12	12,0	17	17,0	29	14,5	
Ev Hanımı	41	41,0	34	34,0	75	37,5	
İşsiz	7	7,0	14	14,0	21	10,5	
Diğer	13	13,0	6	6,0	19	9,5	
Aylık Gelir							
Asgari ücretin altı	51	51,0	47	47,0	98	49,0	$\chi^2=4,143$ P=0,387
Asgari ücret ve 2 katı	32	32,0	42	42,0	74	37,0	
2 – 3 katı arası	12	12,0	9	9,0	21	10,5	
3 – 4 katı arası	3	3,0	2	2,0	5	2,5	
4 – 5 katı arası	2	2,0	-	-	2	1,0	
Endoskopi Konusunda Bilgi Durumu							
Var	13	13,0	7	7,0	20	10,0	$\chi^2=2,000$ P=0,119
Yok	87	87,0	93	93,0	180	90,0	
Toplam	100	100	100	100	200	100	

4.2. Çalışma Kapsamına Alınan Hastaların İşlem Öncesi, Sırası ve Sonrası Nabız Değerlerinin Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan müzik dinletilen ve müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların işlem öncesi, sırası ve sonrası nabız değerlerinin ortalamalarına ilişkin veriler bulunmaktadır.

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruptaki hastaların işlem öncesi, sırası ve sonrasındaki nabız değerlerinin ortalamaları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin İşlem Öncesi, Sırası ve Sonrası Nabız Değerlerinin Ortalamaları

Özellikler	Grup	n	$\bar{X} \pm SE$	SD	t	P
İşlem öncesi nabız	Müzik (+)	100	94,86 \pm 1,61	16,16	0,658	0,512
	Müzik (-)	100	96,32 \pm 1,52	15,22		
İşlem sırası nabız	Müzik (+)	100	110,19 \pm 2,03	20,38	0,383	0,702
	Müzik (-)	100	111,29 \pm 2,02	20,21		
İşlem sonrası nabız	Müzik (+)	100	88,96 \pm 1,14	11,44	-0,012	0,990
	Müzik (-)	100	88,96 \pm 1,15	11,54		

Çalışma kapsamına alınan hastalardan müzik dinletilen gruptakilerin işlem öncesi nabız ortalaması 94,86 \pm 1,61, müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların ise işlem öncesi nabız ortalaması 96,32 \pm 1,52 olup, istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Müzik grubunun işlem sırası nabız ortalaması 110,19 \pm 2,03, müzik dinlemeyen gruptakilerin ise 111,29 \pm 2,02 olduğu saptanmış ve anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Yine müzik grubunun işlem sonrası nabız ortalaması 88,96 \pm 1,14, müzik dinletilmeyen grubun işlem sonrası nabız ortalaması da 88,96 \pm 1,15 bulunmuş olup, her iki grup istatistiksel olarak kıyaslandığında aralarında bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

4.3. Çalışma Kapsamına Alınan Hastaların İşlem Öncesi, Sırası ve Sonrasındaki Nabız Değerlerinin Fark Ortalamaları ve Farklarının Önem Kontrolü

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan müzik dinletilen ve müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların işlem öncesi, sırası ve sonrası nabız değerlerinin fark ortalamaları ve farklarının önem kontrolüne ilişkin veriler bulunmaktadır.

Araştırmaya alınan hastaların işlem öncesi - sırası nabız değerlerinin fark ortalamaları ve her iki grubun nabız farklarının önem kontrolü Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin İşlem Öncesi ve Sırası Nabız Değerlerinin Fark Ortalamaları ve Önem Kontrolü

Grup	Nabız	n	$\bar{D} \pm SE$	SD	df	t	p
Müzik (+)	İşlem öncesi – işlem sırası	100	-15,33 ± 1,62	16,21	99	-8,721	0,000
Müzik (-)	İşlem öncesi – işlem sırası	100	-14,97 ± 1,71	17,16	99	-9,453	0,000
Müzik dinletilen ve müzik dinletilmeyen hastaların işlem öncesi – sırası fark ortalamaları arasındaki fark analizi					198	0,152	0,879

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların işlem öncesi ve işlem sonrası nabız farklarının ortalamaları -15,33 ± 1,62, müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise nabız farklarının ortalamaları -14,97 ± 1,71 olarak bulunmuş olup, her iki grupta da işlem öncesi ve sırasında nabız değerleri istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artmıştır (p<0,05). Müzik dinletilen ve dinletilmeyen hasta grubunda tespit edilen nabız değerlerindeki artış ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark yoktur (p>0,05). İşlem öncesi ve sırasında dinletilen müziğin bu artışta bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya alınan hastaların işlem sonrası - sonrası nabız farklarının ortalamaları ve önem kontrolü Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin İşlem Sırası ve Sonrası Nabız Farklarının Ortalamaları ve Önem Kontrolü

Grup	Nabız	n	$\bar{D} \pm SE$	SD	df	t	p
Müzik (+)	İşlem sırası – işlem sonrası	100	21,21 \pm 1,90	19,09	99	11,108	0,000
Müzik (-)	İşlem sırası - işlem sonrası	100	22,33 \pm 2,08	20,88	99	10,693	0,000
Müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruptaki hastaların işlem sırası – sonrası fark ortalamaları arasındaki fark analizi					198	0,396	0,693

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların işlem sırası ve işlem sonrası nabız farklarının ortalamaları 21,21 \pm 1,90, müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise 22,33 \pm 2,08 olarak bulunmuş olup, her iki grupta da nabız değerleri istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmıştır ($p < 0,05$). Müzik grubundakiler ile müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların işlem sırası ve sonrasındaki nabız değerleri açısından fark ortalamaları arasında fark yoktur ($p > 0,05$). İşlem sırasında dinletilen müziğin, işlem sonrasındaki nabız ortalamalarındaki azalmaya etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Müzik grubu ve müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların işlem öncesi ve sonrası nabız farklarının ortalamaları ve nabız farklarının önem kontrolü Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin İşlem Öncesi ve Sonrası Nabız Farklarının Ortalamaları ve Önem Kontrolü

Grup	Nabız	n	$\bar{D} \pm SE$	SD	df	t	p
Müzik (+)	İşlem öncesi – işlem sonrası	100	$5,88 \pm 1,53$	15,31	99	3,839	0,000
Müzik (-)	İşlem öncesi- işlem sonrası	100	$7,36 \pm 1,60$	16,01	99	4,597	0,000
Müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruptaki hastaların işlem öncesi – sonrası fark ortalamaları arasındaki fark analizi					198	0,668	0,505

Müzik grubundaki hastaların işlem öncesi ve sonrası nabız farklarının ortalamaları $5,88 \pm 1,53$, müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların ortalamaları ise $7,36 \pm 1,60$ olup, her iki grupta işlem sonrası nabız ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşmüştür ($p < 0,05$). Hem müzik grubunda hem de müziksiz grupta işlem öncesi ve sonrası nabız değerlerinin farklarının ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). İşlem öncesinde dinletilen müziğin nabız ortalamalarındaki düşüşe etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

4.4. Müzik Dinletilen ve Dinletilmeyen Gruptaki Hastaların İşlem Öncesi ve Sonrası Sistolik – Diastolik Kan Basıncı Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı

Tablo 8: Çalışma Kapsamına Alınan Hastaların İşlem Öncesi ve Sonrası Sistolik – Diastolik Kan Basıncı Ortalamaları

Özellikler	Grup	n	$\bar{X} \pm SE$	SD	t	p
İşlem öncesi sistolik kan basıncı	Müzik(+)	100	121,80 ± 0,84	8,45	-1,611	0,109
	Müzik(-)	100	119,90 ± 0,82	8,22		
İşlem öncesi diastolik kan basıncı	Müzik(+)	100	78,70 ± 0,50	5,05	0,000	1,000
	Müzik(-)	100	78,70 ± 0,46	4,63		
İşlem sonrası sistolik kan basıncı	Müzik(+)	100	116,70 ± 0,92	9,21	0,633	0,528
	Müzik(-)	100	117,60 ± 1,08	10,83		
İşlem sonrası diastolik kan basıncı	Müzik(+)	100	75,20 ± 0,71	7,17	0,000	1,000
	Müzik(-)	100	75,20 ± 0,70	7,03		

Çalışma grubuna alınan hastalardan müzik dinletilen gruptaki hastaların işlem öncesi sistolik ve diastolik kan basıncı ortalamaları sırası ile $121,80 \pm 0,84$ ve $78,70 \pm 0,50$, müzik dinletilmeyen hastaların ise $119,90 \pm 0,82$ ve $78,70 \pm 0,46$ olarak belirlenmiş, istatistiksel olarak da anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Yine müzik dinletilen gruptakilerin işlem sonrası sistolik – diastolik kan basıncı ortalamaları $116,70 \pm 0,92$ ve $75,20 \pm 0,71$ olarak bulunmuş, müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise $117,60 \pm 1,08$ ve $75,20 \pm 0,70$ şeklinde olduğu belirlenmiş, istatistiksel olarak kıyaslandığında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.5. Çalışma Kapsamına Alınan Hastaların İşlem Öncesi ve Sonrasındaki Sistolik ve Diastolik Kan Basıncı Farklarının Ortalamaları ve Farklarının Önem Kontrolü

Tablo 9: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin İşlem Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Farklarının Ortalamaları ve Önem Kontrolü

Grup	Sistolik kan basıncı	n	$\bar{D} \pm SE$	SD	df	t	p
Müzik (+)	İşlem öncesi – İşlem sonrası	100	5,10 ± 0,61	6,11	99	8,343	0,000
Müzik (-)	İşlem öncesi – İşlem sonrası	100	2,30 ± 0,89	8,97	99	2,563	0,012
Müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruptakilerin işlem öncesi – sonrası fark ortalamaları arasındaki fark analizi					198	-2,579	0,061

Tablo 9’da görüldüğü gibi müzik grubundaki hastaların işlem öncesi – işlem sonrası sistolik kan basıncı farklarının ortalamaları $5,10 \pm 0,61$, müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise $2,30 \pm 0,89$ olarak bulunmuştur. Her iki grupta da işlem öncesi ve sonrasındaki ortalamaların istatistiksel açıdan 0,05 önemlilik düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Her iki grubun işlem öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Bu veriler endoskopi işlemi sonrası hem müzik, hem de müzik dinletilmeyen gruptakilerin kan basıncının düştüğünü, fakat bu duruma müziğin etkisinin olmadığını göstermektedir.

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen grubun işlem öncesi – işlem sonrası diastolik kan basıncı farklarının ortalamaları ve diastolik kan basıncı farklarının önem kontrolü Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin İşlem Öncesi - Sonrası Diastolik Kan Basıncı Farklarının Ortalamaları ve Önem Kontrolü

Grup	Diastolik kan basıncı	n	$\bar{D} \pm SE$	SD	df	t	p
Müzik (+)	İşlem öncesi - İşlem sonrası	100	3,50 ± 0,47	4,79	99	7,301	0,000
Müzik (-)	İşlem öncesi - İşlem sonrası	100	3,50 ± 0,64	6,41	99	5,455	0,000
Müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruptakilerin işlem öncesi – sonrası fark ortalamaları arasındaki fark analizi					198	0,000	1,000

Müzik grubunun işlem öncesi ve sonrası diastolik kan basıncı farklarının ortalaması $3,50 \pm 0,47$, müzik dinletilmeyen grubun ise $3,50 \pm 0,64$ olarak bulunmuş olup, işlem öncesi ve sonrası fark ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Her iki hasta grubunda da istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bir düşüş olduğu, yine bu düşüşte müziğin etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

4.6. Çalışma Kapsamına Alınan Müzik Dinletilen ve Dinletilmeyen Gruptaki Hastaların İşlem Öncesi ve Sırası Oksijen Saturasyon Değerlerinin Ortalamasına İlişkin Verilerin Dağılımı

Tablo 11: Çalışma kapsamına Alınan Hastaların İşlem Öncesi ve Sırası Oksijen Saturasyon Değerlerinin Ortalaması

Özellikler	Grup	n	$\bar{X} \pm SE$	SD	t	p
İşlem öncesi satürasyon	Müzik (+)	100	96,45 ± 0,23	2,33	-1,763	0,079
	Müzik (-)	100	95,82 ± 0,27	2,70		
İşlem sonrası satürasyon	Müzik (+)	100	96,77 ± 0,29	2,94	-0,512	0,609
	Müzik (-)	100	96,56 ± 0,28	2,85		

Tablo 11’de görüldüğü gibi müzik dinletilen gruptaki hastaların işlem öncesi saturasyon değerlerinin ortalaması $96,45 \pm 0,23$, işlem sırasındaki ortalamaları ise $96,77 \pm 0,29$ olarak belirlenmiş, müzik dinletilmeyen gruptakilerin işlem öncesi saturasyon değerlerinin ortalaması $95,82 \pm 0,27$, işlem sırasının da $96,56 \pm 0,28$ olduğu saptanmış ve her iki grupta istatistiksel olarak kıyaslandığında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

4.7. Çalışma Kapsamına Alınan Hastaların İşlem Öncesi ve Sırasındaki Oksijen Saturasyon Farklarının Ortalamalarının Dağılımı

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen grubun işlem öncesi – işlem sırası oksijen saturasyon farklarının ortalamalarının Dağılımı Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin İşlem Öncesi ve Sırasındaki Oksijen Saturasyon Farklarının Ortalamaları

Grup	Saturasyon	n	$\bar{D} \pm SE$	SD	df	t	p
Müzik (+)	İşlem öncesi - İşlem sırası	100	$-0,32 \pm 0,21$	2,18	99	-1,466	0,146
Müzik (-)	İşlem öncesi - İşlem sırası	100	$-0,74 \pm 0,24$	2,46	99	-3,008	0,000

Çalışma kapsamına alınan bireylerden müzik grubunun işlem öncesi – sırası saturasyon farklarının ortalaması $-0,32 \pm ,21$, müzik dinletilmeyen grubun ise $-0,74 \pm 0,24$ olduğu belirlenmiştir. Bu veriler her iki grupta da işlem sırasında saturasyon düzeyinin düştüğünü göstermekte olup, müzik grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmazken ($p>0,05$) müzik dinletilmeyen grupta oldukça anlamlı bir düşüş elde edildiğini göstermektedir ($p<0,05$).

4.8. Çalışma Kapsamına Alınan Müzik Dinletilen ve Dinletilmeyen Grubun Memnuniyet Durumuna İlişkin Verilerin Dağılımı

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan hastaların işleme ilişkin memnuniyet düzeyleri, hem hasta ifadelerini içeren memnuniyet formu, hem de VAS ile ölçülmüştür. Müzik dinletilen ve dinletilmeyen grubun memnuniyet durumuna ilişkin hasta ifadelerine ait verilerin dağılımı Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Kendi İfadelerine Göre Memnuniyet Durumu

Özellikler	Deney		Kontrol		Toplam		Önemlilik testi
	n	%	n	%	n	%	
İşlem sırasındaki duygular	24	24,0	-	-	24	12,0	x ² =94,777 P=0,000
Mükemmel	50	50,0	9	9,0	59	29,5	
İyi*	18	18,0	34	34,0	52	26,0	
Orta	3	3,0	32	32,0	35	17,5	
Kötü	5	5,0	25	25,0	30	15,0	
Çok kötü							
İşlem sırasındaki ağrı							x ² =67,065 P=0,000
Hayır*	56	56,0	6	6,0	62	31,0	
Biraz	32	32,0	45	45,0	77	38,5	
Orta	7	7,0	30	30,0	37	18,5	
Fazla	5	5,0	11	11,0	16	8,0	
Çok fazla	-	-	8	8,0	8	4,0	
İşlem sırasındaki endişe							x ² =123,91 P=0,000
Hayır*	61	61,0	2	2,0	63	31,5	
Biraz	32	32,0	16	16,0	48	24,0	
Orta	3	3,0	26	26,0	29	14,5	
Fazla	3	3,0	40	40,0	43	21,5	
Çok fazla	1	1,0	16	16,0	17	8,5	
İşlem sırasındaki güven							x ² =108,25 P=0,000
Evet*	81	81,0	9	9,0	90	45,0	
Biraz	15	15,0	48	48,0	63	31,5	
Orta	-	-	19	19,0	19	9,5	
Az	3	3,0	20	20,0	23	11,5	
Hayır	1	1,0	4	4,0	5	2,5	
İşlemin zorluğu							x ² =109,160 P=0,000
Hayır*	57	57,0	4	4,0	61	61,0	
Biraz	27	27,0	7	7,0	34	34,0	
Orta	6	6,0	29	29,0	35	35,0	
Fazla	8	8,0	38	38,0	46	46,0	
Çok fazla	2	2,0	22	22,0	24	24,0	

*Farkın kaynaklandığı grup

Tablo 13’de görüldüğü gibi müzik grubundaki hastaların %24’ü işlem sırasındaki duygularının mükemmel, %50’si iyi, %18’i orta, %3’ü kötü, %5’i ise çok kötü olduğunu ifade etmiştir. Müzik dinletilmeyen grupdakilerin ise hiç biri mükemmel ifadesini kullanmamış, %9’u iyi, %34’ü orta, %32’si kötü, %25’i ise çok kötü yanıtını vermiştir. Bu ifadeler açısından her iki grup kıyaslandığında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Ayrıntılı ki – kare analizinde bu farkın müzik grubundaki hastaların %50’sinin işlem sırasındaki duyguları için “iyi” ifadesini kullanmasından kaynaklandığı saptanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların %56’sı işlem sırasında ağrı duymadığını, %32’si biraz, %7’si orta düzeyde, %5’i ise fazla ağrı hissettiğini belirtmiştir. Ayrıca hastaların hiçbiri çok fazla düzeyde ağrı hissetmediğini ifade etmiştir. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise %6’sı ağrı hissetmediğini, %45’i biraz, %30’u orta düzeyde, %11’i fazla, %8’i ise çok fazla düzeyde ağrı hissettiğini belirtmiştir. Ağrı şiddeti açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın deney grubundaki hastaların %56’sının ağrı hissetmemesinden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Müzik grubundaki hastaların %61’i işlem sırasında endişe duymadığını, %32’si biraz, %3’ü orta düzeyde, %3’ü fazla, %1’i ise çok fazla düzeyde endişe duyduğunu belirtmiştir. Müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların %2’si işlem sırasında endişe duymadığını, %16’sı biraz, %26’sı orta, %40’ı fazla ve %16’sı da çok fazla endişe duyduğunu ifade etmiştir. Endişe açısından her iki grup arasında istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0,05$), bu farkın müzik grubundaki hastaların %61’inin işlem sırasında endişe duymamalarından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların %81’inin işlem sırasında kendini güvende hissettiği, %15’inin biraz, %3’ünün az, %1’inin ise hiç güvende hissetmediği saptanmıştır. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin %9’unun işlem sırasında kendini güvende hissettiği, %48’inin biraz, %19’unun orta, %20’sinin az, %4’ünün ise hiç güvende hissetmediği belirlenmiştir. Her iki grup arasında işlem sırasında kendini güvende hissetme durumu açısından oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Bu farkın müzik grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun (%81) işlem sırasında kendini güvende hissetmesinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Müzik grubundaki hastaların %57'si işlemin zor olmadığını, %27'si biraz, %6'sı orta, %8'i fazla, %2'si ise çok fazla zor olduğunu ifade etmiştir. Müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların %4'ü işlemin zor olduğunu, %7'si biraz, %29'u orta, %38'i fazla, %22'si ise çok fazla zor olduğunu belirtmiştir. Her iki grup arasında işlemin zorluğu açısından oldukça anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın müzik grubundaki hastaların %57'sinin işlemin zor olmadığını ifade etmesinden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 13'ün Devamı:

Özellikler	Deney		Kontrol		Toplam		Önemlilik testi
	n	%	n	%	n	%	
İşlem sırasında zarar görme							
Hayır	90	90,0	71	71,0	161	161,0	x ² =16,970 P=0,000
Biraz	9	9,0	13	13,0	22	22,0	
Orta*	-	-	13	13,0	13	13,0	
Fazla	1	1,0	3	3,0	4	4,0	
Çok fazla	-	-	-	-	-	-	
İşlemi tekrar yaptırma							
Evet*	75	75,0	11	11,0	86	43,0	x ² =89,219 P=0,000
Mutlaka gerekli ise	22	22,0	54	54,0	76	38,0	
Muhtemelen yaptırmam	-	-	17	17,0	17	8,5	
Hayır	3	3,0	14	14,0	17	8,5	
Asla	-	-	4	4,0	4	2,0	
İşlem sırasındaki korku							
Hayır*	65	65,0	4	4,0	69	34,5	x ² =114,614 P=0,000
Biraz	26	26,0	15	15,0	41	20,5	
Orta	6	6,0	50	50,0	56	28,0	
Fazla	2	2,0	25	25,0	27	13,5	
Çok fazla	1	1,0	6	6,0	7	3,5	
İşlemin beklenene göre süresi							
Çok kısa*	55	55,0	2	2,0	57	28,5	x ² =122,717 P=0,000
Kısa	33	33,0	9	9,0	42	21,0	
Orta	11	11,0	63	63,0	74	37,0	
Uzun	1	1,0	21	21,0	22	11,0	
Çok uzun	-	-	5	5,0	5	2,5	
İşlemi değerlendirme durumu							
Çok kolay*	45	45,0	-	-	45	22,5	x ² =116,645 P=0,000
Kolay	29	29,0	2	2,0	31	15,5	
Orta zorlukta	20	20,0	42	42,0	62	31,0	
Zor	3	3,0	28	28,0	31	15,5	
Çok zor	3	3,0	28	28,0	31	15,5	
İşlemden memnuniyet							
Çok*	79	79,0	3	3,0	82	41,0	x ² =163,822 P=0,000
Biraz	18	18,0	4	4,0	22	11,0	
Orta	2	2,0	49	49,0	51	25,5	
Az	1	1,0	24	24,0	25	12,5	
Hiç	-	-	20	20,0	20	10,0	
Toplam	100	100	100	100	200	100	

*Farkın kaynaklandığı grup

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların %90'ını işlem sırasında zarar görmediğini, %9'u biraz, %1'i çok fazla zarar gördüğünü ifade etmiştir. Ayrıca müzik grubundakilerin hiç biri orta ve çok fazla şiddette zarar görmediğini belirtmiştir. Müzik dinletilmeyen hastaların ise %71'i zarar görmediğini, %13'ü biraz, %13'ü orta, %3'ü fazla zarar gördüğünü ifade etmiştir. Bu iki grup arasında işlem sırasında zarar görme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0,05$), bu durum müzik grubundaki hastaların hiç birinin “orta” yanıtını vermemesinden kaynaklanmaktadır.

Müzik grubundaki hastaların %75'i endoskopi işlemini gerekirse tekrar, %22'si mutlaka gerekli ise yaptırabileceğini, %3'ü yaptırmayacağını belirtmiştir. Hastaların hiçbiri “muhtemelen, asla yaptırmam” ifadesini kullanmamıştır. Müzik dinletilmeyen grubun %11'i tekrar, %54'ü mutlaka gerekli ise yaptıracağını belirtmiştir. Hastaların %17'si “muhtemelen yaptırmam”, %14'ü “yaptırmam”, %4'ü ise “asla yaptırmam” ifadesini kullanmıştır. Her iki grubunun işlemi tekrar yaptırma durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0,05$), yapılan ileri ki – kare analizinde farkın müzik grubundakilerin çoğunun (%75) işlemi tekrar yaptırabileceğinden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların %65'i işlem sırasında korkmadığını, %26'sı biraz, %6'sı orta düzeyde, %2'si fazla, %1'i de çok fazla korktuğunu ifade etmiştir. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise sadece %4'ü korkmadığını, %15'i biraz, %50'si orta düzeyde, %25'i fazla, %6'sı da çok fazla korktuğunu belirtmiştir. Her iki grubun işlem sırasındaki korkma durumları kıyaslandığında anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farkın müzik grubundaki hastaların %65'inin işlem sırasında korkmadığını ifade etmesinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Müzik grubundaki hastaların %55'i işlemin çok kısa, %33'ü kısa, %11'i orta düzeyde, %1'i uzun, hiç biride çok uzun sürdüğünü belirtmemiştir. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise %2'si çok kısa, %9'u kısa, %63'ü orta, %21'i uzun, %5'i de çok uzun sürdüğünü ifade etmiştir. Müzik dinletilen ve dinletilmeyen grup, işlemin beklenene göre süresi açısından kıyaslandığında istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu durumun müzik grubundaki hastaların %55'inin “işlem çok kısa sürdü” ifadesinden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların %45'i işlemin çok kolay, %29'u kolay, %20'si orta zorlukta, %3'ü zor, %3'ü de çok zor olduğunu belirtmiştir. Müzik dinletilmeyen gruptaki hastalardan hiç biri işlemi çok kolay şeklinde değerlendirmemiş olup, %2'si kolay, %42'si orta zorlukta, %28'i zor, %28'i de çok zor olduğunu ifade etmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak kıyaslandığında oldukça anlamlı bir farkın olduğu, bu durumun da müzik grubundaki hastaların çoğunun (%45) işlemi “çok kolay” olarak değerlendirmesinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Müzik grubundaki hastaların %79'u işlemden çok, %18'i biraz, %2'si orta, %1'i az memnun olduklarını belirtmiştir. Ayrıca hastaların hiç biri “hiç memnun kalmadım” yanıtını vermemiştir. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise sadece %3'ü çok, %4'ü biraz, %49'u orta düzeyde, %24'ü az, %20'si de hiç memnun olmadığını ifade etmiştir. Her iki grup istatistiksel açıdan kıyaslandığında oldukça anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde, bu farkın müzik grubundakilerin büyük çoğunluğunun (%79) işlemden çok memnun olmasından ileri geldiği saptanmıştır.

İşlem öncesi ve sırasında müzik grubunda dinletilen müziğin diğer gruba göre; hissedilen duygulara olumlu etki gösterdiği, hastaların ağrıyı hiç algılamadığı veya daha düşük oranda algıladığı, işlem sırasında daha az endişe duyulduğu, hastaların kendini daha güvende hissettiği, işlem sırasındaki zorluğun daha az yaşandığı, hastaların büyük bir kısmının zarar görmediğini düşündüğü, büyük bir oranda işlemi gerekirse tekrar yaptırmak istedikleri, işlem sırasında daha az korku deneyimledikleri, işlemin beklenenden daha kısa sürdüğü, işlemi kolay olarak değerlendirdikleri ve çoğunun işlemden memnun kalmalarını sağladığı saptanmıştır.

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruptaki hastaların VAS'a göre memnuniyet puan ortalamalarının dağılımı Tablo 14'de verilmiştir.

Tablo 14: Müzik Dinletilen ve Dinletilmeyen Hastaların VAS'a Göre Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Grup	n	VAS		t	P
			$\bar{X} \pm SE$	SD		
İşlem sırasındaki duygular	Müzik(+)	100	76,64 ± 1,44	14,44	-17,345	0,000
	Müzik(-)	100	34,54 ± 1,95	19,50		
İşlem sırasındaki ağrı	Müzik(+)	100	82,47 ± 1,38	13,89	-11,365	0,000
	Müzik(-)	100	54,52 ± 2,02	20,29		
İşlem sırasındaki endişe	Müzik(+)	100	84,26 ± 1,16	11,61	-19,727	0,000
	Müzik(-)	100	38,87 ± 1,98	19,86		
İşlem sırasındaki güven	Müzik(+)	100	88,72 ± 1,20	12,00	-13,795	0,000
	Müzik(-)	100	55,33 ± 2,10	21,02		
İşlemin zorluğu	Müzik(+)	100	81,49 ± 1,64	16,44	-17,648	0,017
	Müzik(-)	100	35,65 ± 2,01	20,10		
İşlemden zarar görme	Müzik(+)	100	89,18 ± 0,97	9,79	-5,814	0,000
	Müzik(-)		77,68 ± 1,71	17,18		
İşlemi tekrar yaptırma	Müzik(+)	100	88,03 ± 1,02	10,25	-11,885	0,000
	Müzik(-)	100	58,27 ± 2,28	22,84		
İşlem sırasında korkma	Müzik(+)	100	83,67 ± 1,43	14,33	-16,583	0,000
	Müzik(-)	100	45,85 ± 1,77	17,74		
İşlemin beklenene göre süresi	Müzik(+)	100	82,33 ± 1,22	12,20	-19,656	0,000
	Müzik(-)	100	44,40 ± 1,49	14,94		
İşlemin değerlendirilmesi	Müzik(+)	100	77,03 ± 1,72	17,23	-16,342	0,000
	Müzik(-)	100	34,92 ± 1,91	19,15		
İşlemden memnuniyet	Müzik(+)	100	88,15 ± 1,07	10,72	-22,916	0,000
	Müzik(-)	100	36,87 ± 1,96	19,64		
Genel memnuniyet	Müzik(+)	100	82,78 ± 1,13	11,35	-19,929	0,009
	Müzik(-)	100	47,54 ± 1,35	13,55		

Tablo 14’de görüldüğü gibi müzik grubundaki hastaların işlem sırasındaki duygu puan ortalamaları $76,64 \pm 1,44$ iken, müzik dinletilmeyen grubun puan ortalaması $34,54 \pm 1,95$ olarak bulunmuştur. Her iki grup ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$), müziğin hastalar üzerinde olumlu bir etki gösterdiği saptanmıştır.

Müzik grubunun işlem sırasında hissettiği ağrı puan ortalamasının $82,47 \pm 1,38$, müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise $54,52 \pm 2,02$ olduğu belirlenmiştir. Müzik grubu ile müzik dinletilmeyen grup arasında ağrı puan ortalamaları açısından oldukça anlamlı bir fark saptanmış olup ($p < 0,05$), müziğin ağrıyı daha az algılamada yardımcı olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundakilerin endişe puan ortalamaları $84,26 \pm 1,16$, müzik dinletilmeyen grubun endişe puan ortalaması $38,87 \pm 1,98$ olarak bulunmuştur. Endişe puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). İşlem öncesi ve sırasında dinletilen müziğin hastaların daha az endişe yaşamalarını sağladığı belirlenmiştir.

Müzik grubundaki hastaların güven puan ortalamaları $88,72 \pm 1,20$, müzik dinletilmeyen grubun puan ortalamasının $55,33 \pm 2,10$ olduğu, her iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Müziğin hastaların kendini güvende hissetmesine etkili olduğu tespit edilmiştir.

Müzik grubundaki hastaların işlem zorluğu puan ortalamaları $81,49 \pm 1,64$, diğer gruptakilerin ortalamasının $35,65 \pm 2,01$ olduğu belirlenmiştir. Her iki grubun da işlem zorluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu veriler, müzik grubundaki hastaların işlemi daha kolay algılamasına yardımcı olduğunu göstermektedir.

Müzik grubundaki hastaların işlemden zarar görme düşüncesinin puan ortalaması $89,18 \pm 0,97$, müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise $77,68 \pm 1,71$ olduğu belirlenmiştir. Her iki grubun puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Müzik grubundakilere dinletilen müziğin, işlemden zarar görme endişesini azalttığı saptanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların işlemi tekrar yaptırma puan ortalamaları $88,03 \pm 1,02$ iken müzik dinletilmeyen gruptakilerin puan ortalamaları $58,27 \pm 2,28$ olarak bulunmuştur. Her iki grubun ortalamaları arasındaki

farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Dinletilen müziğin hastaların işlemi tekrar yaptırmasına olumlu etkisinin olduğu görülmektedir.

Müzik grubundaki hastaların işlem sırasında korku puan ortalamaları $83,67 \pm 1,43$, diğer gruptakilerin de $45,85 \pm 1,77$ olduğu saptanmıştır. Her iki grubun korku puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş olup ($p<0,05$), müzik hastaların işlemden korkma durumlarını olumlu yönde etkilemiştir.

Müzik grubunun işlem için beklenen süre ortalaması $82,33 \pm 1,22$, müzik dinletilmeyen grubun ise $44,40 \pm 1,49$ olduğu belirlenmiştir. Müzik dinletilen ve dinletilmeyen grubun işlem için beklenen süre puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Müzik grubundaki hastalara dinletilen müzik, hastaların işlemi daha kısa sürede tamamlandığını düşünmesine yardımcı olmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların işlemi değerlendirme puan ortalamaları $77,03 \pm 1,72$ iken diğer gruptakilerin puan ortalamaları $34,92 \pm 1,91$ 'dir. İki grubun ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Müzik işlemin daha kolay olarak değerlendirilmesini etkilemiştir.

Müzik grubunun işlemden memnuniyet puan ortalaması $88,15 \pm 1,07$, genel memnuniyet puan ortalaması ise $82,78 \pm 1,13$, müzik dinletilmeyen grubun işlemden memnuniyet puan ortalaması $36,87 \pm 1,96$, genel memnuniyet puan ortalaması ise $47,54 \pm 1,35$ olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında memnuniyet puan ortalamaları ve genel memnuniyet puan ortalamaları açısından oldukça anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İşlem öncesi ve sırasında dinletilen müzik hastaların memnuniyet düzeyini arttırmaktadır.

4.9. Çalışma Kapsamına Alınan Müzik Dinletilen ve Dinletilmeyen Gruba Uygulanan Endoskopi İşlem Başarısının Dağılımı

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruptaki bireylere uygulanan endoskopi işlem başarısının hekim değerlendirmesine göre dağılımı Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15: Çalışma Kapsamına Alınan Müzik Dinletilen ve Dinletilmeyen Grupdaki Hastalara Uygulanan Endoskopi İşlem Başarısının Hekim Değerlendirmesine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney		Kontrol		Toplam		Önemlilik testi
	n	%	n	%	n	%	
İşlem başarısı							
Çok iyi	31	31,0	22	22,0	53	26,5	x ² =10,254 P=0,036
İyi	58	58,0	53	53,0	111	55,5	
Orta	10	10,0	15	15,0	25	12,5	
Kötü	1	1,0	7	7,0	8	4,0	
Çok kötü	-	-	3	3,0	3	1,5	
Toplam	100	100	100	100	100	100	

Tabloda görüldüğü gibi müzik grubundaki hastaların işlem başarısı işlemi uygulayan hekim tarafından %31 “çok iyi”, %58 “iyi”, %10 “orta”, %1 “kötü” olarak değerlendirilmiş olup, işlem başarısı “çok kötü” olan hasta bulunmamaktadır. Müzik dinletilmeyen grubun ise %22’sinin çok iyi, %53’ünün iyi, %15’inin orta, %7’sinin kötü ve %3’ünün de çok kötü olduğu saptanmıştır. Her iki grubun işlem başarısı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Bu durumda işlem öncesi ve sırasında dinletilen müziğin işlem başarısını arttırdığı söylenebilir.

Tablo 16: Çalışma Kapsamına Alınan Müzik Dinletilen ve Dinletilmeyen Hastaların VAS’a Göre İşlem Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Grup	n	$\bar{X} \pm SE$	SD	t	p
İşlem başarısı	Müzik (+)	100	78,82 ± 1,24	12,48	-2,067	0,002
	Müzik (-)	100	74,15 ± 1,88	18,82		

Müzik grubunun işlem başarı puan ortalaması 78,82 ± 1,24, müzik dinletilmeyen grubun ise 74,15 ± 1,88 olduğu tespit edilmiştir. İki grubun işlem başarı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Müziğin işlem başarısına hem hekim değerlendirmesinde, hem de VAS’a göre olumlu etki ettiği belirlenmiştir.

4.10. Çalışma Kapsamına Alınan Hastalardan Müzik Dinletilen ve Dinletilmeyen Gruba Uygulanan Endoskopi İşlem Süresi Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruba uygulanan endoskopi işlem süresi ortalamalarına ilişkin verilerin dağılımı Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17: Müzik dinletilen ve Dinletilmeyen Gruba Uygulanan Endoskopi İşlem Süresinin Ortalamalarına İlişkin Verilerin Dağılımı

İşlem süresi	n	$\bar{X} \pm SE$	SD	t	p
Müzik (+)	100	199,47 \pm 18,81	188,10	7,688	0,006
Müzik (-)	100	189,85 \pm 12,66	126,66		

Müzik grubundaki hastaların endoskopi işlem süresi ortalaması 199,47 \pm 18,81, diğer grupdakilerin ise 189,85 \pm 12,66 olduğu saptanmıştır. İki grup arasında işlem süresi ortalamaları açısından anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca müzik grubundaki hastaların %24’ünden, müzik dinletilmeyen hastaların ise %14’ünden işlem sırasında biyopsi alınmıştır.

4.11. Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Yaş Gruplarının Genel Memnuniyet Puan Ortalamalarına Göre Durumu

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen grubunun yaş gruplarının genel memnuniyet puan ortalamalarına göre durumu Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Yaş Gruplarının Genel Memnuniyet Puan Ortalamalarına Göre Durumu

Grup	Yaş	n	$\bar{X} \pm SE$	SD	F	p
Müzik (+)	18-33	15	72,37 ± 4,52	17,54	8,223	0,000
	34-49	31	81,14 ± 1,83	10,21		
	50-65	40	87,45 ± 1,14	7,24		
	66 ve yukarı	14	84,23 ± 1,92	7,19		
Müzik (-)	18-33	19	50,28 ± 3,00	13,11	1,120	0,345
	34-49	35	44,46 ± 2,49	14,73		
	50-65	23	47,46 ± 2,33	11,18		
	66 ve yukarı	23	50,01 ± 2,93	14,06		

Tablo 18’de görüldüğü gibi, müzik grubundaki hastaların yaş grupları ile genel memnuniyet puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir ilişki saptanırken ($p < 0,05$), diğer gruptaki hastaların yaş grupları ile genel memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Yapılan Tukey analizinde deney grubundaki bu farkın, 50-65 ve 18-33 yaş grubundaki bireylerin yaş ortalamasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

4.12. Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Eğitim Durumlarının Genel Memnuniyet Puan Ortalamalarına Göre Durumu

Çalışma kapsamına alınan bireylerin eğitim durumlarının genel memnuniyet puan ortalamalarına göre durumu Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Eğitim Durumlarının Genel Memnuniyet Puan Ortalamalarına Göre Durumu

Grup	Eğitim Durumu	n	$\bar{X} \pm SE$	SD	F	p
Müzik (+)	Okur – yazar değil	44	85,34±1,15	7,68	3,519	0,018
	Okur yazar – ilkököl	21	85,47±1,69	7,74		
	Ortaöğrenim	27	78,15±2,76	14,34		
	Yüksekököl	8	77,23±6,56	18,56		
Müzik (-)	Okur – yazar değil	54	48,21±1,65	12,17	1,202	0,313
	Okur yazar – ilkököl	14	44,37±3,99	14,95		
	Ortaöğrenim	19	51,02±3,72	16,22		
	Yüksekököl	13	43,04±3,61	13,02		

Müzik grubundaki hastaların eğitim durumları ile genel memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir ($p<0,05$). Müzik dinletilmeyen grupta bu fark anlamlı değildir ($p>0,05$). Müzik grubundaki bu farkın okur – yazar olmayanlarla, ortaöğrenim düzeyinde olan bireylerden kaynaklandığı belirlenmiştir.

4.13. Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Aylık Gelir Durumlarının Genel Memnuniyet Puan Ortalamalarına Göre Durumu

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen grubun aylık gelir durumlarının genel memnuniyet puan ortalamalarına göre durumu Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Gelir Durumlarının Genel Memnuniyet Puan Ortalamalarına Göre Durumu

Grup	Gelir durumu	n	$\bar{X} \pm SE$	SD	F	p
Müzik (+)	Asgari ücretin altı	51	84,91 ± 1,08	7,76	3,642	0,008
	Asgari ücret ve 2 katı	32	81,20 ± 2,46	13,93		
	Asgari ücretin 2-3 katı	12	81,75 ± 1,85	6,42		
	Asgari ücretin 3-4 katı	3	62,33 ± 6,21	28,08		
	Asgari ücretin 4-5katı	2	90,50 ± 1,70	2,40		
Müzik (-)	Asgari ücretin altı	47	40,16 ± 1,85	12,68	1,147	0,334
	Asgari ücret ve 2 katı	42	47,11 ± 2,27	14,71		
	Asgari ücretin 2-3 katı	9	44,15 ± 3,72	11,18		
	Asgari ücretin 3-4 katı	2	33,50 ± 11,80	16,68		
	Asgari ücretin 4-5katı	-	-	-		

Müzik grubunun gelir durumu ile genel memnuniyet puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Müzik dinletilmeyen grupta bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Müzik grubundaki fark, aylık gelir düzeyi asgari ücretin 3-4 katı olanlarla diğer gruplar arasındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

5. TARTIŞMA

5.1. SOSYO - DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada üst GİS endoskopi işlemi yaptırmak için endoskopi ünitesine başvuran hastalarda müziğin nabız, kan basıncı, oksijen saturasyonu gibi vital bulgulara, hasta memnuniyetine ve işlem başarısına olan etkisi karşılaştırılmıştır.

Müzik grubundaki hastaların yaş ortalaması $49,36 \pm 1,43$ olup, %40'ı 50-65 yaş grubunda, %51'i kadın, %56'sı erkektir. Müzik dinletilmeyen grupdakilerin ise yaş ortalaması $49,80 \pm 1,61$ olup, %35'i 34-49 yaş grubunda, %56'sı kadın, %44'ü erkektir. Araştırmaya katılan müzik grubundaki hastaların %44'ü okur – yazar değil ve %8'i yüksek okul mezunudur. Müzik dinletilmeyen grupdakilerin ise %54'ü okur – yazar değil, %13'ü yüksek okul mezunudur. Müzik grubundaki hastaların %86'sı, müzik dinletilmeyen grupdakilerin ise %90'ı evlidir.

Araştırma kapsamına alınan hastalardan müzik grubundakilerin %41'i ev hanımı, %2'si işçi meslek grubunda yer almaktadır. Diğer grupdakilerin ise %34'ü ev hanımı, %6'sı işçi ve diğer meslek gruplarında çalışmaktadır. Müzik grubundaki hastaların %51'i asgari ücretin altında, %2'si ise asgari ücretin 4-5 katı arasında gelir düzeyine sahipken, müzik dinletilmeyen grupta yer alanların %47'si asgari ücretin altı, %2'si de asgari ücretin 3-4 katı arası ücret almaktadır. Yine müzik grubundakilerin %13'ü endoskopi konusunda bilgi sahibi iken, müzik dinletilmeyen gruptakilerin %7'si bilgi sahibidir.

Çalışmamızda yer alan hastalar sosyo – demografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında müzik dinletilen ve dinletilmeyen grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Wang ve arkadaşlarının (2002) müzik ve ameliyat öncesi anksiyete ile ilgili yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada müzik ve diğer gruplar arasında sosyo - demografik açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (205). Binek ve arkadaşlarının (2003) müzikli ve müziksiz GİS muayenesi ile ilgili yaptığı çalışmada da kontrol ve deney grupları arasında sosyo – demografik özellikler açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (161). Koch ve arkadaşlarının (1998), Andrada ve arkadaşlarının (2004) müziğin etkisini incelediği farklı çalışmalarda deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo – demografik özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (206, 207). Bizim çalışmamız bu araştırmalarla paralellik göstermektedir. Ancak Ferguson ve Voll'un (2004) yanık ağrısı ve anksiyetenin rehabilitasyonunda müziğin etkisini

değerlendirdikleri bir çalışmada deney ve kontrol grupları arasında cinsiyet, etnik grup ve etiyojji açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (208).

5.2. HASTALARIN İŞLEM ÖNCESİ, SIRASI VE SONRASINDAKİ NABIZ DEĞERLERİNİN ORTALAMALARI VE FARKLARININ İNCELENMESİ

Çalışma kapsamına alınan müzik dinletilen ve dinletilmeyen diğer gruptaki hastaların işlem öncesi, sırası ve sonrası nabız değerlerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). İşlem öncesi - işlem sırası nabız değerlerinin fark ortalaması ile müzik dinletilmeyen grubun nabız değerlerinin fark ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Her iki grubun nabız değerlerinin fark ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Hem müzik hem de diğer grupta işlem sırasında nabız artışının olması, işlem öncesi ve sırasında dinletilen müziğin hastaların nabzını etkilemediğini göstermektedir.

Müzik grubundaki hastaların işlem sırası ve işlem sonrası nabız farklarının ortalamaları ile müzik dinletilmeyen grubun nabız değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı görülmektedir ($p<0,05$). Her iki grupta ise işlem sırası ve sonrasında nabız değerleri açısından fark ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0,05$). İşlem sırasında dinletilen müziğin nabız ortalamalarındaki artışta etkisinin olmadığı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların işlem öncesi ve sonrası nabız farklarının ortalamaları ile müziksiz grubun işlem sonrası nabız ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşmüştür ($p<0,05$). Hem müzik hem de müzik dinletilmeyen grubun işlem öncesi ve sonrası nabız değerlerinin farklarının ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Her iki grupta işlem sonrası nabız düzeylerinin düşmesi, işlem öncesinde ve sırasında dinletilen müziğin nabız değerlerini etkilemediğini gösterebilir.

Ferguson ve Voll'un (2004) yaptığı çalışmada müziğin nabız değerlerini etkilemediği belirlenmiş olup (208), bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Brigitte ve arkadaşlarının (2004), genel anestezi altında yapılan cerrahi girişimde, müziğin nörohormonal strese etkisini inceledikleri çalışmada nabız değerlerini etkilemediği belirlenmiştir (209).

Evans'ın yaptığı çalışmada da (2002) benzer şekilde müziğin hastaların nabız düzeylerini etkilemediği saptanmıştır (40).

Taylor – Piliae ve Chair'in (2002) kardiyak kateterizasyon sırasında dinletilen müziğin etkisinin ölçüldüğü çalışmada da müziğin hastaların nabız hızını etkilemediği tespit edilmiştir (210).

Hurd ve arkadaşlarının (2004) müziğin özofagogastrodedonoskopi yapılan hastaların anksiyete, ağrı, kan basıncı ve nabız değerlerine olan etkisini incelediği çalışmada nabız düzeyinin etkilenmediği belirlenmiştir (60).

Hayes ve arkadaşları (2003) müziğin gastrointestinal sistem prosedürlerinde anksiyete düzeyine olan etkisini inceledikleri çalışmada, deney grubuna dinletilen müziğin hastaların nabızlarında herhangi bir değişiklik yapmadığını saptamışlardır (211).

Lepage ve arkadaşlarının (2001) spinal anestezi sırasında dinletilen müziğin sedatif dozuna etkisini inceledikleri çalışmada, deney ve kontrol grupları arasında nabız değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir (118). Bu çalışmaların tümü, bizim elde ettiğimiz sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Ancak yapılan bazı çalışmalarda, müziğin deney grubundaki hastalarda nabız hızını anlamlı bir şekilde düşürdüğü belirlenmiştir. Esther ve Kwai-Yiu'nun (1996) müziğin hastaların anksiyete düzeyine olan etkisini inceledikleri çalışmada, işlem öncesi deney grubundaki hastaların nabız değerlerinin kontrol grubundakilerden fazla olmasına rağmen, işlem sonrası deney grubundaki hastaların nabızlarının kontrol grubundaki hastaların nabızlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir (212).

Lai'nin (2004) yaşlılarda müziğin etkisini incelediği çalışmasında, müziğin nabız hızını azalttığı saptanmıştır (213).

Salmore ve arkadaşlarının (2000) gastrointestinal endoskopi laboratuvarına ayaktan gelip giden hastalarla yaptığı çalışmada deney grubunun nabız hızının kontrol grubundakilerden daha düşük olduğu belirlenmiştir (30).

Palakanis ve arkadaşlarının (1994) fleksibl sigmoidoskopi yapılan hastalarda müziğin etkisini araştırdıkları çalışmada deney grubunun nabız değeri kontrol grubundaki hastaların nabız değerinden daha düşük bulunmuştur (163).

Chlan'ın (1998) müziğin mekanik ventilasyondaki hastalara olan etkisini incelediği çalışmasında, yine deney grubunun nabız hızı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (214).

Smolen ve arkadaşlarının (2002) kolonoskopi yapılan hastalara dinletilen müziğin anksiyete, kalp hızı ve kan basıncına olan etkisini inceledikleri çalışmada müzik dinleyen grubun nabız değerinin dinlemeyen grubun nabız değerinden daha düşük olduğu saptanmıştır (33).

White'ın (1992) miyokard infarktüsü geçiren hastalara dinletilen müziğin anksiyeteye olan etkisini incelediği çalışmasında deney grubunun nabız hızının kontrol grubundaki hastaların nabız hızından daha düşük olduğu tespit edilmiştir (215). Bu çalışmaların tümü, bizim çalışmamızla paralellik göstermemektedir

5.3. HASTALARIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASINDAKİ SİSTOLİK VE DİASTOLİK KAN BASINCI ORTALAMALARI VE FARKLARININ İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan müzik ve diğer gruptaki hastaların işlem öncesi ve işlem sonrası sistolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak her iki grup, işlem öncesi ve işlem sonrası sistolik kan basıncı fark ortalamaları açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu durum endoskopi işlemi sonrası müzikli ve müziksiz grubun kan basıncının düştüğünü, fakat bu düşüşe müziğin etkisinin olmadığını göstermektedir. Her iki grubun işlem öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı ortalamaları arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Müzik grubu ile diğer grubun işlem öncesi ve sonrası diastolik kan basıncı ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), diastolik kan basıncı farklarının ortalamalarında istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Her iki gruptaki hastaların diastolik kan basıncının azalmasında müziğin etkisinin olmadığı belirlenmiştir. İşlem öncesi ve sonrası fark ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Wong ve arkadaşlarının (2001) müziğin ventilatördeki hastaların anksiyete düzeyine olan etkisini inceledikleri çalışmada hastalara dinletilen müziğin kan basıncını etkilemediği belirlenmiştir (216).

Ferguson ve Voll'un (2004) yanıklı hastalarda yaptığı çalışmada deney ve kontrol grubundaki hastaların sistolik ve diastolik kan basıncında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (208).

Wang ve arkadaşlarının (2005) müziğin preoperatif anksiyete düzeyine olan etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, müzik dinleyen grup ile müzik dinletilmeyen grubun sistolik ve diastolik kan basınçları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ifade edilmiştir (205).

Lepage ve arkadaşlarının (2001) spinal anestezide müziğin sedatif dozuna etkisinin incelendiği çalışmada, müzik dinleyen grup ile dinlemeyen grubun sistolik ve diastolik kan basınçlarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (150)

Hurd ve arkadaşlarının (2004) özefagogastroduodenoskopi yapılan hastalarda müziğin ağrı, anksiyete, kan basıncı ve kalp hızına etkisini inceledikleri çalışmada, müziğin kan basıncını etkilemediği belirlenmiştir (60).

Hayes ve arkadaşlarının (2003) gastrointestinal prosedürlerde müziğin anksiyeteye etkisini inceledikleri çalışmada, müziğin kan basıncına etkisinin olmadığı belirlenmiştir (211).

Brigitte ve arkadaşlarının (2004) genel anestezi altında yapılan cerrahi girişimde, müziğin nörohormonal strese etkisini inceledikleri çalışmada, müziğin kan basıncı düzeyine herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (209). Bu çalışmaların tümü, bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Ancak yapılan bazı çalışmalarda, müziğin deney grubundaki hastalarda kan basıncını anlamlı bir şekilde düşürdüğü belirlenmiştir. Vollert ve arkadaşlarının (2003) koroner kalp hastalarında müziğin anksiyete, stres ve beta-endorfin konsantrasyonuna etkisini inceledikleri çalışmada, müziğin hastaların sistolik kan basıncı düzeyini azalttığı saptanmıştır (217).

Palakanis ve arkadaşlarının (1994) fleksibl sigmoidoskopi yapılan hastalarla yaptığı çalışmada, müzik dinleyen hastaların kan basıncının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (163).

Esther ve Kwai-Yiu'nun (1996) müziğin hastaların anksiyete düzeyine olan etkisini inceledikleri çalışmada, müzik dinleyen gruptaki hastaların sistolik ve

diastolik kan basıncı değerlerinin kontrol grubundaki hastaların kan basıncı değerlerine göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (212).

Salmore ve arkadaşlarının (2000) gastrointestinal endoskopi laboratuvarına ayaktan gelip giden hastalarla yaptığı çalışmada, deney grubundaki hastaların kan basıncının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (30).

Lee ve arkadaşlarının (2004) cerrahi girişim öncesi müziğin anksiyete üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında, deney grubundaki hastaların kan basıncının kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (218).

Yung ve arkadaşlarının (2002) transüretral rezeksiyon yapılan hastalara dinletilen müziğin preoperatif anksiyete düzeyine olan etkisini incelediği çalışmada müziğin kan basıncını düşürdüğü tespit edilmiştir (219).

Smollen ve arkadaşlarının (2002) kolonoskopi yapılan hastalara dinletilen müziğin anksiyete, kalp hızı ve kan basıncına olan etkisini inceledikleri çalışmada, müzik dinleyen hastaların sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinin müzik dinlemeyen gruba göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (33).

5.4. HASTALARIN İŞLEM ÖNCESİ VE SIRASINDAKİ SATURASYON ORTALAMALARI VE SATURASYON FARKLARININ İNCELENMESİ

Çalışma kapsamına alınan müzik dinletilen ve dinletilmeyen grup işlem öncesi – sırası satürasyon değerlerinin ortalaması açısından kıyaslandığında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ancak müzik dinletilen ve dinletilmeyen grubun satürasyon farklarının ortalaması kıyaslandığında, her iki grubunda işlem sırasında satürasyon düzeyinin düştüğü, müzik grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmazken ($p>0,05$), müzik dinletilmeyen grupta oldukça anlamlı bir sonucun elde edildiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu veriler doğrultusunda işlem öncesi ve sırasında dinletilen müziğin, müzik grubundaki hastaların satürasyon düzeyini etkilemediği söylenebilir.

Tonnesen ve arkadaşlarının (1999) endoskopi yaptıran hastalarla yaptığı çalışmada endoskopi işleminde satürasyon düzeyinin etkilenmediği saptanmıştır (61). Bizim çalışmamızdan elde edilen verilerde bu çalışmayla paralellik göstermektedir.

Ancak yapılan birçok çalışmada müziğin saturasyon düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Nilson ve arkadaşlarının (2003) cerrahi hastalarında yaptıkları çalışmada, müzik dinletilen hastaların saturasyon değerinin kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (220).

Salmore ve arkadaşlarının (2000) endoskopi hastalarında yaptığı çalışmada, deney grubundaki hastaların saturasyon değerleri kontrol grubundaki hastaların saturasyon değerlerinden daha düşük bulunmuştur (30).

Lee ve arkadaşlarının (2004) cerrahi girişim yaptıracak olan hastalarla yaptığı çalışmada, hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların saturasyon düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (218). Bu sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermemektedir.

5.5. MÜZİK DİNLETİLEN VE DİNLETİLMEYEN GRUBUN MEMNUNİYET DURUMUNA İLİŞKİN VERİLERİN İNCELENMESİ

Müzik grubundaki hastaların %50'si işlem sırasındaki duygularının "iyi", %3'ü "kötü" olduğunu ifade etmiş ve işlem sırasındaki duygularının VAS'tan aldığı puan ortalamasının bu ifadelerle uyumlu olduğu görülmüştür. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise %9'u "iyi", %25'i ise "çok kötü" yanıtını vermiş, VAS duygu puan ortalamasının da bu durumu desteklediği belirlenmiştir. Bu ifadeler açısından her iki grup kıyaslandığında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hem müzik hem de müziksiz grubun hasta ifadeleri ve VAS'tan alınan puan ortalamaları, işlem öncesi ve sırasında dinletilen müziğin hastaların duyguları üzerine olumlu etki ettiğini göstermektedir.

Esther ve Kwai – Yui'nin müziğin anksiyete düzeyine etkisini inceledikleri çalışmada müzik dinletilen grup duygularını %35' "mükemmel", %50 "çok iyi", %10 "iyi", %5 "kötü" olarak ifade etmiştir. Hiçbir hasta müziğin rahatlamaına yardım etmediğini ifade etmemiştir (212).

Araştırmacılar müziği, insan deneyimlerinin ortaya koyduğu bir araç olarak tanımlamışlardır. Ayrıca müzik dinletilmesinin, daha önceki pozitif veya negatif deneyimleri ve bu deneyime eşlik eden duyguları tekrar hafızaya getirebileceğini belirtmişlerdir (221).

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların %56'sı işlem sırasında ağrı duymadığını, %5'i ise fazla ağrı hissettiğini belirtmiş olup, VAS puan

ortalamaları ile uyumludur. Ayrıca hastaların hiçbiri çok fazla düzeyde ağrı hissetmediğini ifade etmiştir. Müzik dinletilmeyenlerin ise %45'i biraz ağrı hissettiğini, %6'sı da ağrı hissetmediğini belirtmiştir. Hastaların VAS puan ortalamalarının bu durumla uyumlu olduğu bulunmuştur. Ağrı şiddeti açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Müzik grubundaki hastalara işlem öncesi ve sırasında dinletilen müziğin, hastaların daha az ağrı deneyimlediklerini göstermektedir.

Bal'ın (2002) şok dalgaları ile taş kırma işleminde ağrı ve anksiyete düzeyi üzerine müziğin etkisini incelediği çalışmasında, deney grubundaki hastaların ağrı düzeyinin kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu belirlenmiş (110) olup, çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Müzik grubundaki hastaların %61'i işlem sırasında endişe duymadığını, %1'i ise çok fazla düzeyde endişe duyduğunu belirtmiştir. Müzik dinletilmeyen grubun %2'si işlem sırasında endişe duymadığını, %40'ı fazla endişe duyduğunu ifade etmiştir. Her iki grubun VAS puan ortalamalarının da uyumlu olduğu belirlenmiştir. Endişe açısından her iki grup arasında istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Müziğin hastaların daha az endişe yaşamalarına yardım ettiği saptanmıştır.

Maack ve Nolan (1999) 17 müzik terapistinin yaptığı çalışmaları incelemiş ve araştırmaya katılan kişilerin %50'sinden fazlasının, müzik sayesinde kendilerini yeniden keşfettiklerini, ruhsal yönden rahatlama sağladıklarını saptamıştır (122).

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların %81'inin işlem sırasında kendini güvende hissettiği, %1'inin ise hiç güvende hissetmediği saptanmıştır. Müziksiz grubunun %9'unun işlem sırasında kendini güvende hissettiği, %48'inin ise biraz güvende hissettiği belirlenmiştir. Hem müzik hem de müzik dinletilmeyen grubun VAS'tan aldıkları puan ortalamalarının bu ifadeleri desteklediği belirlenmiştir. Her iki grupta da işlem sırasında kendini güvende hissetme durumu açısından oldukça anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0,05$). Müziğin hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağladığı söylenebilir.

Yapılan literatür taramasında, müziğin insanların baş etme yeteneğini arttırdığı, bireysel kontrol ve güven duygusunu yükselttiği, rahatsız bir ortamda alışkanlıklarını sürdürerek rahatlamasını ve çevresinde bulunan stresörlerden uzaklaşmasını sağladığı görülmüştür (145).

Müzik grubundaki hastaların %57'si işlemin zor olmadığını, %2'si ise çok fazla zor olduğunu ifade etmiş, müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların %4'ü işlemin zor olduğunu, %38'i de fazla zor olduğunu belirtmiştir. Her iki grup arasında işlemin zorluğu açısından oldukça anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca VAS puan ortalamalarının da bu sonuçlarla uyumlu olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda müzik grubuna dinletilen müziğin hastaların işlemi daha kolay olarak algılamasını sağladığı belirtilebilir. Yapılan literatür taramasında bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların %90'ını işlem sırasında zarar görmediğini, %1'i çok fazla zarar gördüğünü ifade etmiştir. Ayrıca müzik grubundakilerin hiç biri orta ve çok fazla şiddette zarar görmediğini belirtmiştir. Müzik grubundaki hastaların VAS ortalamalarının bu ifader ile uyumlu olduğu görülmektedir. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise %71'i zarar görmediğini, %3'ü fazla zarar gördüğünü ifade etmiştir. Ayrıca VAS puan ortalamaları da bu ifadeler ile benzerlik göstermektedir. Bu iki grup arasında işlem sırasında zarar görme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan literatür taramasında benzer parametreyi içeren çalışmaya rastlanmamıştır.

Müzik grubundaki hastaların %75'i endoskopi işlemini tekrar, %3'ü de yaptırmayacağını belirtmiştir. Hastaların hiçbiri "muhtemelen, asla yaptırmam" ifadesini kullanmamıştır. Müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların %54'ü mutlaka gerekli ise yaptıracığını, %4'ü ise asla yaptırmayacağını belirtmiştir. Her iki grubun VAS puan ortalamasının bu ifadeleri desteklediği saptanmıştır. Müzik dinletilen ve dinletilmeyen grubunun işlemi tekrar yaptırma durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Müzik grubuna dinletilen müziğin endoskopi işleminin tekrarı söz konusu olduğunda hastaların daha rahat işlemi yaptırabileceklerine yardımcı olduğu söylenebilir. Bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların %65'i işlem sırasında korkmadığını, %1'i de çok fazla korktuğunu ifade etmiş müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise sadece %4'ü korkmadığını, %50'si orta düzeyde korktuğunu belirtmiştir. Hem müzik hem de müziksiz grubun VAS'tan aldıkları puan ortalaması bu sonuçlarla uyumludur. Her iki grubun işlem sırasındaki korkma durumları kıyaslandığında anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müziğin hastaların işlemde daha az korkmalarını sağladığı söylenebilir.

Literatürde gastrointestinal sistem muayenelerinin hastaların korktuğu, strese neden olan tanı yöntemleri arasında yer aldığı belirtilmektedir (30, 211). Bu olumsuzlukları azaltmada hastalara dinletilen müziğin korku ve anksiyeteyi azaltması hedeflenmektedir. Bizim çalışmamızda da müziğin hedeflenen bu amaca hizmet ettiği görülmektedir.

Müzik grubundaki hastaların %55'i işlemin çok kısa, %1'i uzun, hiç biride çok uzun sürdüğünü belirtmemiştir. Müzik dinletilmeyen grubun ise %2'si çok kısa, %63'ü orta düzeyde sürdüğünü ifade etmiştir. Hem müzik hem de müzik dinletilmeyen grubun VAS puan ortalamasının bu ifadelere uygun olduğu bulunmuştur. Her iki grup, işlemin beklenene göre süresi açısından kıyaslandığında istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dinletilen müziğin hastaların işlemi daha kısa sürede tamamlandığını hissetmelerine yardımcı olduğu görülmektedir. Literatürde benzer parametrenin çalışıldığı bir araştırmaya rastlanılmamıştır.

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların %45'i işlemin çok kolay, %3'ü zor, %3'ü de çok zor olduğunu belirtmiş, müzik dinletilmeyen gruptaki hastalardan hiç biri işlemi çok kolay şeklinde değerlendirmemiş olup, %2'si kolay, %42'si orta zorlukta olduğunu ifade etmiştir. Her iki grubunun VAS puan ortalamasının bu sonuçlarla uyumlu olduğu saptanmıştır. Bu veriler istatistiksel olarak kıyaslandığında oldukça anlamlı bir farkın olduğu ($p<0,05$), bu durumun da müzik grubundaki hastaların çoğunun (%45) işlemi "çok kolay" olarak değerlendirmesinden kaynaklandığı saptanmıştır. Bu verilere dayanarak müziğin hastaların işlemi daha kolay algılamalarını sağladığı söylenebilir.

Müzik grubundaki hastaların %79'u işlemde çok, %1'i az memnun olduklarını belirtmiştir. Ayrıca hastaların hiç biri "hiç memnun kalmadım" yanıtını vermemiştir. Yine müzik grubundaki hastaların VAS'tan aldıkları memnuniyet ve genel memnuniyet puan ortalamalarının bu ifadeleri desteklediği saptanmıştır.

Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise sadece %3'ü çok, %49'u orta düzeyde memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durum VAS puan ortalamaları ile uyumludur. Her iki grup istatistiksel açıdan kıyaslandığında oldukça anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0,05$). Bu veriler doğrultusunda müzik grubundaki hastalara işlem öncesi ve sırasında dinletilen müziğin hastaların memnuniyet durumlarını oldukça anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir.

Heitz ve arkadaşları (1992) müziğin anestezi sonrası hasta memnuniyeti üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada, deney grubunun memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (222).

Thorgaard ve arkadaşlarının (2004) kardiyak kateter uygulanan hastalarla yaptıkları çalışmada, müzik dinleyen grubun dinlemeyen gruba göre memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (223).

Tanebe (2001), acil serviste kas – iskelet travmalı hastalarla yaptığı çalışmada, müziğin hastaların memnuniyetlerini arttırdığını bildirmiştir (224). Bu çalışmalar bizim elde ettiğimiz sonuçlarla paralellik göstermektedir.

5.6. MÜZİK DİNLETİLEN VE DİNLETİLMEYEN GRUPTAKİ HASTALARA UYGULANAN ENDOSKOPI İŞLEM BAŞARISININ İNCELENMESİ

Müzik grubundaki hastaların işlem başarısı işlemi uygulayan hekim tarafından %58 “iyi”, %1 “kötü” olarak değerlendirilmiş olup, işlem başarısı “çok kötü” olan hasta bulunmamaktadır. Bu hastaların VAS'a göre işlem başarı puan ortalamaları da bu durumla uyumludur. Müzik dinletilmeyen grubun ise %53'ünün iyi, %3'ünün de çok kötü olduğu saptanmış olup, VAS'tan aldıkları işlem başarı puan ortalaması ile uyumludur. Her iki grubun işlem başarısı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İşlem öncesi ve sırasında dinletilen müziğin işlem başarısını olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Çalışmamızla uyumlu literatür bilgisine rastlanmamıştır.

5.7. ÇALIŞMA KAPSAMINA ALINAN MÜZİK DİNLETİLEN VE DİNLETİLMİYEN HASTALARA UYGULANAN ENDOSKOPİ İŞLEM SÜRESİNE İLİŞKİN VERİLERİN İNCELENMESİ

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların %24'ünden, müzik dinletilmeyen hastaların ise %14'ünden biyopsi alındığı tespit edilmiştir. Müzik grubundaki hastaların endoskopi işlem süresi ortalamasının, müzik dinletilmeyen gruptakilerin ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta da işlem süresi ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0,05$).

Müzik grubunun işlem süresinin müziksiz gruba göre daha uzun olmasına rağmen, müzik grubunda hasta memnuniyetinin tüm parametreler açısından müzik dinletilmeyen gruba göre yüksek olması, müziğin endoskopi işlemindeki olumlu etkisini göstermektedir.

5.8. ÇALIŞMA KAPSAMINA ALINAN BİREYLERİN YAŞ GRUPLARININ GENEL MEMNUNİYET PUAN ORTALAMALARINA GÖRE İNCELENMESİ

Müzik grubundaki hastaların yaş grupları ile genel memnuniyet puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir ilişki saptanmış ($p<0,05$), müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların yaş grupları ile genel memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Carr - Hill'in (1992), Jakobsson ve arkadaşlarının ayrı ayrı yaptıkları çalışmalarda yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun oldukları saptanmış (179, 225) olup, bu sonuçlar çalışmamızla uyum göstermektedir.

Ancak Hart ve arkadaşları (1996) yaptıkları çalışmada, yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulamamıştır (226).

5.9. ÇALIŞMA KAPSAMINA ALINAN BİREYLERİN EĞİTİM DURUMLARININ GENEL MEMNUNİYET PUAN ORTALAMALARINA GÖRE İNCELENMESİ

Müzik grubundaki hastaların eğitim durumları ile genel memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir ($p<0,05$). Müzik dinletilmeyen grupta bu fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

Literatürde memnuniyet ve eğitim düzeyi konusunda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Charr - Hill (1992) eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha yüksek standart beklediklerinden, daha az memnun olabileceklerini belirtmektedir (179).

5.10. ÇALIŞMA KAPSAMINA ALINAN BİREYLERİN AYLIK GELİR DURUMLARININ GENEL MEMNUNİYET PUAN ORTALAMALARINA GÖRE İNCELENMESİ

Müzik grubunun gelir durumu ile genel memnuniyet puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Müzik dinletilmeyen grupta ise bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Yapılan literatür taramasında benzer çalışmaya rastlanmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğine üst endoskopi işlemi yaptırmak üzere başvuran hastalara dinletilen müziğin, hastaların nabzına, kan basıncına, oksijen saturasyonuna, işlem başarısına ve memnuniyet düzeyine olan etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü olarak planlanan bu araştırmada, elde edilen bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların yaş ortalaması $49,36 \pm 1,43$ olup, %15'i 18-33, %31'i 34-49, %40'ı 50-65 ve %14'ü de 66 ve yukarı yaş grubundadır, %51'i kadın, %56'sı erkektir. Müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise yaş ortalaması $49,80 \pm 1,61$ olup, %19'u 18-33, %35'i 34-49, %23'ü 50-65 ve %23'ü de 66ve yukarı yaş grubundadır, hastaların %56'sı kadın, %44'ü erkektir. Araştırmaya katılan hastalardan müzik dinletilen grupta yer alanların %44'ü okur – yazar değil, %21'i okur yazar – ilkökul, %27'si ortaöğrenim ve %8'i yüksek okul mezunudur. Diğer gruptakilerin ise %54'ü okur – yazar değil, %14'ü okur yazar – ilkökul, %19'u ortaöğrenim, %13'ü yüksek okul mezunudur. Müzik grubundaki hastaların %86'sı evli, %14'ü bekar, müzik dinletilmeyen gruptakilerin ise %90'ı evli, %10'u bekarıdır.

Müzik grubundakilerin %25'i memur, %2'si işçi, %12'si serbest, %41'i ev hanımı, %7'si işsiz ve %13'ü de diğer meslek grubunda yer almaktadır. Diğer gruptakilerin ise %23'ü memur, %6'sı işçi, %17'si serbest, %34'ü ev hanımı, %14'ü işsiz ve %6'sı ise diğer meslek gruplarında çalışmaktadır. Müzik dinletilen hastaların %51'i asgari ücretin altında, %32'si asgari ücret ve 2 katı, %12'si asgari ücretin 2-3 katı, %3'ü 3-4 katı, %2'si ise asgari ücretin 4-5 katı arasında gelir düzeyine sahiptir. Diğer grupta bulunanların ise %47'si asgari ücretin altı, %42'si asgari ücret ve iki katı arası, %9'u 2-3 katı arası, %2'si de asgari ücretin 3-4 katı arası ücret almaktadır.

Müzik grubundaki hastaların %13'ü endoskopi konusunda bilgi sahibi iken, %87'sinin ise bu konuda bilgisi bulunmamaktadır. Müzik dinletilmeyen grubun %7'si bilgi sahibi iken %93'ü bilgi sahibi değildir.

Her iki gruptaki hastaların işlem öncesi, sırası ve sonrası nabız değerlerinin ortalamaları anlamlı değilken ($p>0,05$), fark ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan müzik grubu ve diğer gruptaki hastaların işlem sırası ve işlem sonrası nabız farklarının ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede artmıştır ($p<0,05$). İki grupta da, işlem sırası ve sonrasında nabız değerleri açısından fark ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0,05$).

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen hastaların işlem öncesi ve sonrası nabız farklarının ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşmüştür ($p<0,05$). Her iki grubun da işlem öncesi ve sonrası nabız değerlerinin farklarının ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hem müzik grubu hem de diğer gruptaki hastaların işlem öncesi ve sonrası sistolik – diastolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0,05$). Ancak işlem öncesi – işlem sonrası sistolik kan basıncı farklarının ortalamaları istatistiksel açıdan 0,05 önemlilik düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Her iki grubun işlem öncesi ve işlem sonrası sistolik kan basıncı değerlerinin fark ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen grubun işlem öncesi ve sonrası diastolik kan basıncı farklarının ortalamasında istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bir düşüş olduğu, yine bu düşüşte müziğin etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p<0,05$). İşlem öncesi ve sonrası fark ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan bireylerin işlem öncesi ve sırası satürasyon değerlerinin ortalamaları kıyaslandığında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). İşlem öncesi – sırası satürasyon farklarının ortalaması ise her iki grupta da işlem sırasında satürasyon düzeyinin düştüğünü göstermekte olup, müzik grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmazken ($p>0,05$) müzik dinletilmeyen grupta oldukça anlamlı bir sonucun elde edildiğini göstermektedir ($p<0,05$).

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruptaki hastaların memnuniyet durumlarına ait sonuçlar değerlendirildiğinde; işlem sırasında hissedilen duygulara açısından her iki gruptaki hastalar arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir farkın olduğu ($p<0,05$) ve müzik grubundaki hastaların VAS puan ortalamalarının müzik dinletilmeyen gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastalardan müzik grubundakilerin işlem sırasında hissettikleri ağrı düzeyinin diğer gruptakilere göre daha düşük olduğu ($p<0,05$), müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların VAS'tan alınan ağrı puan ortalamasının da yine müzik grubundaki hastaların puan ortalamasından oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Her iki grupta yer alan hastalar, işlem sırasında yaşanan endişe bakımından kıyaslandığında, müzik grubundakilerin diğer gruptakilere göre daha düşük düzeyde endişe yaşadıkları bu durumda istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müzik grubundakilerin VAS endişe puan ortalamaları da bu sonuçla paralelik göstermektedir ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastalar işlem sırasındaki güven durumu açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ($p<0,05$) ve müzik grubundaki hastaların kendini daha güvende hissettiği, ayrıca VAS güven puanı ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Müzik dinletilen ve dinletilmeyen grup işlemin zorluğu açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ($p<0,05$), müzik grubundaki hastaların işlemi daha rahat tolere ettiği ve yine VAS puan ortalamalarının da bu sonucu desteklediği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Müzik grubundaki hastaların daha düşük oranda işlemde zarar gördüğünü düşündüğü ($p<0,05$), aynı gruptaki hastaların VAS'tan aldıkları puan ortalamalarının bu sonuçla uyumlu olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan müzik grubundaki hastaların büyük bir kısmı gerekirse işlemi tekrar yaptırabileceğini, ancak diğer gruptaki hastaların çoğunluğu “mutlaka gerekli ise” işlemi yaptırabileceklerini belirtmiş olup, istatistiksel olarak da oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Her iki grubun VAS puan ortalamaları değerlendirildiğinde, müzik grubunun puan ortalamasının oldukça yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Hastalar işlem sırasında yaşanan korku durumu açısından kıyaslandığında, gruplar arasında oldukça anlamlı bir ilişkinin olduğu ($p<0,05$) ve bu sonucun VAS’tan alınan puan ortalaması ile uyum gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Her iki grup işlemin beklenen süresi açısından değerlendirildiğinde, müzik grubundaki hastaların işlemin daha kısa sürede bittiğini algıladığı ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hastaların VAS puan ortalamalarının da bu verileri desteklediği görülmüştür ($p<0,05$).

Her iki gruptaki hastalar işlemi değerlendirme durumu açısından kıyaslandığında, müzik grubundaki hastaların büyük bir kısmının işlemi çok kolay olarak algıladığı, müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların büyük bir kısmı ise işlemi “orta zorlukta, zor veya çok zor” olarak algıladıkları ve bu farkın oldukça anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Müzik grubunun VAS’tan aldıkları puan ortalamalarının bu sonucu desteklediği saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastalardan müzik grubundakilerin işlemde daha yüksek oranda memnun oldukları ($p<0,05$) ve bu sonucun VAS’tan aldıkları puan ortalamaları ile paralellik gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Yine müzik grubunun genel memnuniyet açısından diğer gruba oranla VAS’tan daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir ($p<0,05$). Her iki gruptaki hastaların yaş grupları ile genel memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yine müzik grubunda oldukça anlamlı bir farkın olduğu ($p<0,05$) ve farkın 50-65 yaş grubundan kaynaklandığı, müzik dinletilmeyen gruptakiler ile yaş grupları arasında memnuniyet puan ortalamaları açısından bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Aynı şekilde eğitim durumu ile genel memnuniyet puan ortalamaları açısından müzik grubunda anlamlı bir farkın olduğu ($p<0,05$), müziksiz grupta ise bu farkın saptanmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Hem müzik dinletilen hem de müzik dinletilmeyen gruptaki hastaların gelir durumları ile genel memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yine müzik grubundaki hastalarda anlamlı bir farkın olduğu

($p<0,05$), bu farkın müzik dinletilmeyen hastalarda bulunmadığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan müzikli ve müziksiz grupta yer alan hastaların işlem başarısının, hem hasta ifadelerine göre hem de VAS'a göre müzik grubundaki hastalarda daha yüksek olduğu ($p<0,05$) ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Müziğin olumlu etkisi işlem süresi üzerinde de görülmüştür. Çünkü müzik grubundaki hastaların işlem süresinin daha uzun olmasına rağmen, memnuniyet parametreleri açısından istatistiksel olarak müzik dinletilmeyen gruba göre daha anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu öneriler getirilebilir;

- Endoskopi ünitelerinde hasta memnuniyetini ve işlem başarısını arttırmak,
- Hastanın işlemi daha kolay tolere etmesini sağlamak,
- Ağrı, endişe ve korkularını azaltmak,
- Güven duygusunu arttırmak,
- İşlemin tekrar uygulanması gerektiğinde hastanın işleme daha kolay karar vermesine yardımcı olmak amacı ile müziğin dinletilmesi,
- Müzik gibi non – farmakolojik yöntemlerin, farmakolojik yöntemlerle beraber kullanılması,
- Bu konuda daha geniş popülasyonları kapsayan değişik müzik türleri ile ilgili araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. TEZEL, A.: Endoskopik İşlemlerde Bilinçli Sedasyon (premedikasyon). Telatar HM(Eds)., Gastroenteroloji, Türk Gastroenteroloji Vakfı Yayın Organı, Ankara, 1997, 148-151.
2. AZAP, A., SÖZEN, TH.: Endoskopik Girişimler ve İnfeksiyon. Gastroenteroloji, Özden, A., Şahin, B., Yılmaz, U., Soykan, İ(Eds)., Fersa Matbaacılık Ltd.Şti, Ankara, 1.Baskı, 2002, 869-873.
3. SILVA, J.: Upper Gastrointestinal Endoscopy: Gastroscopy, Nursing Standard, 12(45):49-56, 1998.
4. TEZEL, A., ŞAHİN, T., KOŞAR, Y., OĞUZ, D.: Endoskopik İşlemlere Bağlı Özofagus Perforasyonları (Üç olgu nedeni ile). The Turkish Journal of Gastroenterology, 8(1):112-116, 1997.
5. TEZEL, A., YILMAZ, U., BOYACIOĞLU, S., ŞAŞMAZ, N., ÇERNİOĞLU, M.: Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisinde Sedasyon. Gastroenteroloji, 5(4):693-697, 1994
6. PUTERBAUGH, M., BARDE, C., VAN ENK.: Endoscopy Water Source: Tap or Sterile Water. Gastroenterology Nursing, 20(6):203-206, 1997.
7. TYTGAT, GNJ.: The Endoscopy Unit. In: Gastroenterological Endoscopy, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 91-94.
8. RABENECK, L., WRISTERS, K., SOUCHEK, J., AMBRIZ, E.: Impack of upper endoscopy on satisfaction in patients with previously uninvestigated dyspepsia. Gastrointestinal Endoscopy, 57(3):295-299, 2003.
9. JALOCHA, L., WOJTUN, S., GIL, J.:Comlications of Endoscopic Procedures. Pol Merkuriusz Lek, 17(1):87-9, 2004.
10. EISSEN, GM., BARON, TH., DOMINITZ, JA., FAIGEL, DO., GOLDSTEIN, JL., JOHANSON, JF.:Guideline on the management of anticoagulation and antiplatelet therapy for endoscopic procedures. Gastrointestinal Endoscopy, 55(7):775-779, 2002.
11. İLİÇİN, G., ÜNAL, S., BİBEROĞLU, K., AKALIN, S., SÜLEYMANLAR, G.: Temel İç Hastalıkları. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi, İtler T (Eds)., Güneş Kitabevi, Ankara, cilt 1, 1996, 931-934.
12. ESCOURROU, J., SALCEDO, J., BUSCAIL, L.: Upper Gastrointestinal Endoscopy. Gastroenterological Endoscopy, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 113-122.
13. ÇAVUŞOĞLU, H.: Cecil Essantials of Medicine. (5th edition), Gastrointestinal Sistem, Nobel Tıp Kitabevleri, 321-323, 2002.
14. AL-KARAWI, M A., SANAI, FM., AL-MADANI, A., KFOURY, H.: Comparison of Peroral Versus Ultrathin Transnasal Endoscopy in the Diagnosis of Upper Gastrointestinal Pathology. Annals of Saudi Medicine , 20(3-4):328-330, 2000.
15. SMITH, P.: Traditons, Trends, Tomorrow. Gastroenterology Nursing, 25(3): 81-82, 2002.
16. YAMADA, T.: Endoscopy. Handbook of Gastroenterology. USA, Lippincott Williams &Wilkins, 2002, 667-680.
17. KAPICIOĞLU, S.: Gastrointestinal Endoskopi. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, Şahinoğlu, AH(Eds)., Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara, 1.Baskı, 1992, 148-156.

18. DEMİRCİ, F., OKAN, V., ARAZ, M., ÖZÇIRPICI, K., KEPEKÇİ, Y.: Üst Gastrointestinal Endoskopide Deneyimlerimizin Sonuçları ve Yorumu. *Anadolu Tıp Dergisi*, 2:92-97, 1999.
19. COTTON, PB., MAULDIN, P.: Research, Outcomes and Justification in Endoscopy. *Gastroenterological Endoscopy*, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 46-51.
20. SWAIN, CP.: New Technology for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy. In: *Gastroenterological Endoscopy*, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 62.
21. MCGRATH, KM.: Endoscopic Ultrasonography. *Gastroenterological Endoscopy*, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 682.
22. RÖSCH, W.: Tissue Sampling Techniques. *Gastroenterological Endoscopy*, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 179.
23. CLASSEN, M.: Informed Consent for Gastroenterological Endoscopy. In: *Gastroenterological Endoscopy*, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 72-79.
24. ABUKSIS, G., MOR, M., SEGAL, N., SHEMESH, I., MORAD, I., PLAUT, S., WEISS, E., SULKES, J., FRASER, G., NIV., Y.: A Patient Education Program is Cost – Effective for Preventing Failure of Endoscopic Procedures in a Gastroenterology Department. *Am J Gastroenterol*, 97(1):216, 2002.
25. AK, AŞ.: Avrupa ve Türk İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi, Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları, Öz Eğitim Basım – Yayım Dağıtım Ltd.Şti, Konya, 1997.
26. COVINGTON, H.: Therapeutic Music for Patients with Psychiatric Disorders. *Holistic Nursing Practice*, 15(2): 59-69, 2001.
27. JONES, MP., EBERT, CC., SLOAN, T., SANIER, J., BANSAL, A., HOWDEN, CW., VANAGUNAS, AD.: Patient Anxiety and Elective Gastrointestinal Endoscopy. *J Clin Gastroenterol*, 38(1):35-40, 2004.
28. UYGUR-BAYRAMIÇLI, O., DABAK, R., KUZUCUOĞLU, T., KAVAKLI, B.: Sedation with Intranasal Midazolam in Adults Undergoing Upper Gastrointestinal Endoscopy. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 35(2):133-137, 2002.
29. CHLAN, L., EVANS, D., GREENLEAF, M., WALKER, J.: Effects of a Single Music Therapy Intervention on Anxiety, Discomfort, Satisfaction, and Compliance With Screening Guidelines in Outpatients Undergoing Flexible Sigmoidoscopy. *Gastroenterol Nurs*, 23(4): 148-56, 2000.
30. SALMORE, RG., NELSON, JP.: The Effect of Preprocedure Teaching, Relaxation Instruction and Music on Anxiety as Measured by Blood Pressures in an Outpatient Gastrointestinal Endoscopy Laboratory. *Gastroenterol Nurs*, 23(3): 102-10, 2000.
31. TAMER, T.: Müziğin İnsan Yaşamı Üzerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Sanat Eseri Çalışma Raporu, Ankara, 2000.
32. MCCAFFERY, RG.: The Lived Experience of Listening to Music While Recovering From Surgery. *Journal of Holistic Nursing*, 18(4): 378-390, 2000.
33. SMOLEN, D., TOPP, R., SINGER, N.: The Effect of Self – Selected Music During Colonoscopy on Anxiety, Heart Rate, and Blood Pressure. *Appl Nurse*, 15(3): 126-36, 2002.

34. UEDO, N., ISHIKAWA, H., MORIMOTO, K., ISHIHARA, R., NARAHARA, H., AKEDO, I., IOKA, T., KAJI, I., FUKUDA, S.: Reduction in Salivary Cortisol Level by Music Therapy During Colonoscopic Examination. *Hepatology*, 51(56): 451-3, 2004.
35. BALLY, K., CAMPBELL, D., CHESNICK, K., TRANMER, JE.: Effect of Patient-Controlled Music Therapy During Coronary Angiograph on Procedural Pain and Distress Syndrome. *Critical Care Nurse*, 23: 50-57, 2003.
36. AUGUSTIN, P., HAINS, AA.: Effect of Music on Ambulatory Surgery Patients Preoperative Anxiety. *AORN J*, 63(4): 750, 753-8, 1996.
37. WINTER, MJ., PASKIN, S., BAKER, T.: Music Reduces Stress and Anxiety of Patients in The Surgical Holding Area. *J Post Anesth Nurs*, 9(6): 340-3, 1994.
38. STEFANO, GB., ZHU, W., CADET, P., SALAMON, E., MANTIONE, KJ.: Music Alters Constitutively Expressed Opiate and Cytokine Processes in Listeners. *Med Sci Monit*, 10(6): MS118-27, 2004.
39. MACHIKO, T., KATSUTARO, N., CHIKA, O.: A Study of Psychoneuroendocrinological Effects of Music Therapy. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 105(4): 468-72, 2003.
40. EVANS, D.: The Effectiveness of Music as an Intervention for Hospital Patients: A systematic Review. *J Adv Nurs*, 37(1): 8-18, 2002.
41. ERKOÇ, A., ELLİDOKUZ, E.: Gastrointestinal Kanamaları ve Endoskopi Hemşireliği. *Aktüel Tıp Dergisi*, 9(7-8):29-32, 2004.
42. KAYMAK, O.: Endoskoplarmın Teknik Özellikleri, Bakım ve Oda Düzeni. *Telatar HM(Eds).*, Gastroenteroloji, Türk Gastroenteroloji Vakfı Yayın Organı, Ankara, 1997, 123-131.
43. FELGENTREF, I.: Fujinonun Türk Doktor ve Hemşirelere Sunuş Bildirisi. *Telatar HM(Eds).*, Gastroenteroloji, Türk Gastroenteroloji Vakfı Yayın Organı, Ankara, 1997, 117-119.
44. ELEWAUT, A., CREMER, M.: The History of Gastrointestinal Endoscopy – the European Perspective. *Gastroenterological Endoscopy*, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 17-21.
45. HIRSCHOWITZ, BI., MODLIN, IM.: The History of Endoscopy: The American Perspective . *Gastroenterological Endoscopy*, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 2-16.
46. SALMORE, R.: Our Heritage: A History of Gastroenterology and Gastroenterology Nursing. *Gastroenterology Nursing*, 21(2): 40-43, 1998.
47. KAWAI, K., NIVA, H., FUJITA, R., SHIMIZU, S.: The History of Edoscopy: The Japanese Perspective. *Gastroenterological Endoscopy*, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 32- 34.
48. BOZTAŞ, G.: Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. *Gastroenterohepatoloji, Ökten, A (Eds).*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001, 97-112.
49. DAVILA, M., KEEFFE.: Complications of Gastointestinal Endoscopy. *Gastrointestinal and Liver Disease, (7 th Ed).*, Feldman, M., Friedman, L., Sleisenger, M(Eds)., Philadelphia, Saunders, 2002, 540-545.
50. GÖKDOĞAN, F., BABADAĞ, K.: Endoskopi Öncesi Hastalarda Oluşan Anksiyete, Eğitimin Etkilerinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bülteni*, 4(18): 29-34, 1990.

51. ÇOLAKOĞLU, S., DOĞAN, ÜB.: Üst Gastrointestinal Endoskopilerde Sedasyon ve Premedikasyon Sonuçları. *Gastroenteroloji*, 4(4):661-663, 1993.
52. PASRICHA, P., FLEISCHER, D., KALLO, A.: Endoscopic perforations of the upper digestive tract: A review of their pathogenesis, prevention and management. *Gastroenterology*, 106:787-802, 1994.
53. AXON, ATR., JONES, RH., QUINE, MA., McCLOY, RF.: Guidelines on Appropriate Indications for Upper Gastrointestinal Endoscopy. *BMJ*, 310:853-856, 1995.
54. JAVID, G., KHAN, B., WANI, MM., SHAH, A., GULZAR, GM.: Role of Pulse Oximetry during nonsedated upper Gastrointestinal Endoscopic Procedures. *Indian J Gastroenterol*, 18(1):15-7, 1999.
55. THOMPSON, AM., WRIGHT, DJ., MURRAY, M., RITCHIE, GL., BURTON, HD., STONEBRIDGE, PA.: Analysis of 153 Deaths After Upper Gastrointestinal Endoscopy: Room for Improvement. *Surg Endosc*, 18(1):22-5, 2004.
56. JONES, R.: Endoscopy in General Practice. *BMJ*, 310:816-817, 1995.
57. SPENCER, HL., LOBO, AJ.: Variation in Reporting of Gastroscopies by Different Endoscopists at a Single Center. *Gut, Endoscopy Posters*, 352-50(supplement 2):96, 2004.
58. AYDIN, A., TEKİN, F., GÜNŞOR, F., GÜLER, A.: Value of Endoscopic Ultrasonograph for Upper Gastrointestinal Stomal Tumors: A Single Center Experience. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 15(4):233-237, 2004.
59. HOCHBERGER, J., MAISS, J., CASS, T., ROSCH, T., HAHN, EG.: Training and Education in Gastrointestinal Endoscopy. In: *Gastroenterological Endoscopy*, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 102.
60. HURD, LB., SHEPANSKI, MA., CULTON, K., HLYWIAK, K., YORK, A., TRAUTWEIN, A., NEISWENDER, K., LOMBARDI, S., MAMULA, P., BALDASSANO, RN., MARKOWITZ, JE.: The Use of Guided Imagery and Music May Assist Patients in Coping with an Esophagogastroduodenoscopy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 39(1):pS453, 2004.
61. TONNESEN, H., PUGGAARD, L., BRAAGAARD, J., OVESEN, H., RASMUSSEN, V., ROSENBERG, J.: Stress Response to Endoscopy. *Scand J Gastroenterol*, 34(6):629-31, 1999.
62. SHAPIRA, M., TAMIR, A.: Presence of Family Member During Upper Endoscopy: What Do Patients and Escort Think?. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 22(4):272-274, 1996.
63. VARGO, JJ., ZUCCARO, G., DUMOT, JA., CONWELL, DL., MORROW, JB., STEVEN, SS.:Automed Graphic assesment of respiratory activity is superior to pulse oximetry and visula assesment for the detection of early respiratory depression during therapeutic upper Endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 55(7):826-831, 2002.
64. STERMER, E., LEVY, N., BENY, A., MEISELS, R., TAMIR, A.: Ambiance in the Endoscopy Room Has Little Effect on Patients. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 26(4):256-258, 1998.
65. SMALE, S., BJARNASON, I., FORGACS, I., PRASAD, P., MUKHOOD, M., WONG, M., NG, A., MULCAHY, HE.: Upper Gastrointestinal Endoscopy Performed by Nurses: Scope for the Future?. *Gut*, 52(8): 1090-4, 2003.

66. DALAY, R.:Endoskopi Hastasına Yaklaşım: Sağlık Personeli – Hasta İlişkileri. Telatar HM(Eds)., Gastroenteroloji, Türk Gastroenteroloji Vakfı Yayın Organı, Ankara, 1997, 146-147.
67. HATİPOĞLU, S., YURT, V.: Gastrointestinal Sistem Uygulamaları. In: Hemşirelik Esasları, (1. Baskı)., İnanç, N.,(Eds)., Ankara, Damla Matbaacılık, 1997, 325-329.
68. DRAMALI, A., ERDİL, F., HATİPOĞLU, S.: Gastrointestinal Sistem Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı. In: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, (1. Baskı)., İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1998, No: 10, 117.
69. BİROL, L., AKDEMİR, N., BEDÜK, T.: Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In: İç Hastalıkları Hemşireliği., Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1997, No: 6, 384-385.
70. BYRN, MF., MITCHELL, RM., BAILLIE, J.: Endoscopy, Complications of. Encyclopedia of Gastroenterology, Johnson, LR(Eds)., USA, volume 1, 2004, 690-693.
71. LIGHDALE, JR., LIGHDALE, CJ.: Procedural Sedation for Endoscopy. Gastroenterological Endoscopy, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds)., Thieme, New York, 2002, 80.
72. LEFFER, TM.: Propofol for Sedation in the Endoscopy Setting: Nursing Considerations for Patient Care. Gastroenterol Nurse, 27(4): 176-80;quiz 180-1, 2004.
73. SARUC, M., SERTDEMİR, A., TURKEL, N., TUZCUOĞLU, I., OZDEN, N., YÜCEYAR, H.: Midazolam – Induced Sedation for Upper Gastrointestinal Endoscopy: Assessment of Endoscopist and Patient Satisfaction. Gastroenterol Nurse, 26(4): 164-7, 2004.
74. CAMPO, R., BRULLET, E., JUNQUERA, F., PUIG – DIVI, V., VERGARA, M., CALVET, X., MARCO, J., CHUECOS, M., SANCHEZ, A., ALCAZAR, A., RUIZ, M., PUIG, M., REAL, J.: Sedation in Digestive Endoscopy, Result of a Hospital Survey in Catalonia (Spain). Gastroenterol Hepatol, 27(9): 503-7, 2004.
75. APPADURAI, IR., DELICTA, RJ., CAREY, PD.: Monitoring During Endoscopy. BMJ, 311: 452, 1995.
76. GARCIA, MO., REYNA, CF., CIUDAT, JM., CRUZ, RA., CORE, DA.: The Sedation Role in Upper Digestive Endoscopy. Rev Gastroenterol Peru, 24(4): 328-34, 2004.
77. HSU, RK., INCIARDI, JF., LEE, JG., LEUNG, JV.: Assessment of Patient Discomfort During Diagnostic Upper Endoscopy Under Conscious Sedation- A Prospective Study. Gastrointestinal Endoscopy, 47(4):52, 1998.
78. QUINE, MA, BELL, GD., McCLOY, RF., CHARLTON, J., DEVLIN, HB., HOPKINS, A.: Prospective Audit of Upper Gastrointestinal Endoscopy in Two Regions of England: Safety, Staffing and Sedation Methods. Gut, 36(3): 462-467, 1995.
79. CHEN, SC., REX, DK.: Review Article: Registered Nurse – Administered Propofol Sedation for Endoscopy. Aliment Pharmacol Ther, 15;19(2):147-55.
80. MEADEN, C., LYNCH, DAF.: A Case Control Study of Nitrous Oxide/Oxygen (NO₂/O₂) and Benzodiazepine/Opiate in Lower GI Endoscopy. Endoscopy Posters, 352-50(supplement 2):96, Gut, 2004.
81. HEUSS, LT., SCHNIEPER, P., DREWE, J., PFLIMLIN, E., BEGLINGER, C.: Safety of Propofol for Conscious Sedation During Endoscopic Procedures

- in High – Risk – Patients – a Prospective, Controlled Study. *Am J Gastroenterol*, 98(8): 1751-7, 2003.
82. DOLAR, ME.: Endoskopide Monitorizasyon. Telatar HM(Eds)., Gastroenteroloji, Türk Gastroenteroloji Vakfı Yayın Organı, Ankara, 1997, 152-154.
83. LUGAY, M., OTTO, G., KONG, M., MASON, D., FAAN, W.: Recovery Time and Safe Discharge of Endoscopy Patients After Conscious Sedation. *Gastroenterology Nursing*, 19(6):194-200, 1996.
84. OVERLEY, CA., REX, DK.: A Nursing Perspective on Sedation and Nurse – Administered Propofol for Endoscopy. *Gastrointest Endosc Clin N Am*, 14(2): 325-33, 2004.
85. BELL, GD.: Review Article: Premedication and Intravenous Sedation for Upper Gastrointestinal Endoscopy. *Aliment Pharmacol Therap*, 4:103-122, 1990.
86. AKSÖZ, K., YÖRÜK, G., BUYRAÇ, Z., BERKMEN, S.: Kliniğimizde Endoskopik Hemoklip Uygulanması. 21.Ulusal Gastroenteroloji Haftası – Bildiriler. Fersa Matbaacılık Ltd.Şti. The Turkish Journal of Gastroenterology. 2004, 15(1):85.
87. ÖKSÜZOĞLU, G.: GİS Endoskopisi Komplikasyonları ve Alınması Gereken Önlemler. Telatar HM(Eds)., Gastroenteroloji, Türk Gastroenteroloji Vakfı Yayın Organı, Ankara, 1997, 155-160.
88. EISEN, MG., BARON, TH., DOMINITZ, JA., FAIGEL, DO., GOLDSTEIN, JL., JOHANSON, JF., MALLERY, JS., RADDAWAI, HM., VARGO, JJ., WARING, JP., FANELLI, RD., HARBOUGH, JW.: Complications of Upper GI Endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 55(7):784-793, 2004.
89. NEVINS, AB., KEEFFE, E.: Acute Pancreatitis After Gastrointestinal Endoscopy. *J Clin Gastroenterol*, 34(1): 94-95, 2002.
90. COTTON, PB., WILLIAMS, CB.: Practical Gastrointestinal Endoscopy. (Fourth Edition)., USA, Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş, 1997.
91. YILMAZ, M., AYDIN, A., KARASU, Z., GÜNŞAR, F., ÖZÜTEMİZ, Ö.: Risk Factors Associated with Changes in Oxygenation and Pulse Rate During Colonoscopy. *Turk J Gastroenterol*, 13(4):203-208, 2002.
92. AMORNYOTIN, S., NA-POMPET, S., WONGWATHANYOO, T., CHALOYONNAVIN, V.: Anesthesia for Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography (ERCP) from 1999-2003 in Siriraj Hospital: A Retrospective Study. *J Med Assoc Thai*, 87(12):1491-1494, 2004.
93. QUINE, MA., BELL, GD., McCLOY, RF., MATTHEWS, HR.: Prospective Audit of Perforation Rates Following Upper Gastrointestinal Endoscopy in Two Regions of England. *British Journal of Surgery*. 82(4): 530-533, 1995.
94. HART, R., CLASSEN, M.: Complications of Diagnostic Gastrointestinal Endoscopy. *Endoscopy*, 22(5):229-33, 1990.
95. GANGIİ, S., SAIDI, F., PATEL, K., JOHNSTONE, B., JAEGER, J., SHINE, D.: Cardiovascular Complications after GI Endoscopy: Occurrence and Risks in a Large System. *Gastrointest Endosc*, 60(5):679-85, 2004.
96. ALCAIN, G., GILLEN, P., ESCOLAR, A., MORENO, M., MARTIN, L.: Predictive Factors of Oxygen Desaturation During Upper Gastrointestinal Endoscopy in Nonsedated Patients. *Gastrointestinal Endoscopy*, 48(2):143-147, 1998.

97. İLBAY, B.: Temizlik Solüsyonlarının Özellikleri ve İnaktive Kontrolü. Telatar HM(Eds), Gastroenteroloji, Türk Gastroenterolji Vakfı Yayın Organı, Ankara, 1997, 139-141.
98. KAVIC, SM.: Complications of Endoscopy. Am J Surg, 181(4): 319-32, 2004.
99. TYTGAT, GNJ.: Cleaning and Disinfecting Instruments and Accessories. In: Gastroenterological Endoscopy, Classen, M., Tytgat, GNJ., Lightdale, CJ(Eds), Thieme, New York, 2002, 95-97.
100. ESİN, B.: Fiberskopların Teknik Özellikleri, Bakımı ve Temizliği. Telatar HM(Eds), Gastroenteroloji, Türk Gastroenterolji Vakfı Yayın Organı, Ankara, 1997, 132-134.
101. BAŞBAĞLAR, Hİ.: Endoskopi Ünitesi Dizaynı. Telatar HM(Eds), Gastroenteroloji, Türk Gastroenterolji Vakfı Yayın Organı, Ankara, 1997, 135-137.
102. ABBOT, SA.: The Benefits of Patient Education. Gastroenterol Nurs. 21(5): 207-9, 1998.
103. KÖMÜRCÜ, N.: Travayda Dinletilen Tedavi Müziğinin Gebenin Anksiyetesine Etkisi. Hemşirelik Forumu, 2(3): 89-96, 1999.
104. SMITH, JC., JOYCE, CA.: Mozart Versus New Age Music: Relaxation States, Stres, and ABC Relaxation Theory. J Music Ther, 41(3): 215-24, 2004.
105. BROWNING, CA.: Music Therapy in Childbirth: Research in Practice. Music Therapy Perspectives, 19(2): 74-81, 2001.
106. HESSER, B.: The Transformative Power of Music in Our Lives: A Personal Perspective, Music Therapy Perspectives, 19(1): 53-58, 2001.
107. GOOD, M., ANDERSON, GC., STANTON-HICKS, M., GRASS, JA., MAKII, M.: Relaxation and Music Reduce Pain After Gynecologic Surgery. Pain Manag Nurs, 3(2): 61-70, 2002.
108. SALAMON, E., BERNSTEIN, SR., KIM, SA., KIM, M., STEFANO, GB.: The Effects of Auditory Perception and Musical Preference on Anxiety in Naive Humen Subjects. Med Sci Monit, 9(9): CR396-9, 2003.
109. BURNS, JL., LABBE, E., ARKE, B., CAPELESS, B., STEADMAN, A., GONZALES, C.: The Effect of Different Types of Music on Perceived and Physiological Measures of Stres. Music Ther, 39(2): 101-16, 2002.
110. BAL, V.: Şok Dalgaları ile Taş Kırma İşleminde Ağrı ve Anksiyete Düzeyi Üzerine Müziğin Etkisi. TC Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2002.
111. RIO, RE., TENNEY, KS.: Music Therapy for Offenders in Residential Treatment. Music Therapy Perspectives, 22(1): 89-97, 2002.
112. FULFORD, M.: Overwiev of a Music Therapy Program at a Maximum Security Unit of a State Psychiatric Facility. Music Therapy Perspectives, 22(2): 112-116, 2002.
113. SMITH, JL., NOON, J.: Objective Measurement of Mood Change Induced by Contemporary Music. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5: 403-408, 1998.
114. MAGILL-LEVREULT, L.: Music Therapy in Pain and Symptom Management. J Palliat Care, 9(4): 42-8, 1993.
115. NORTH, AC., HARGREAVES, DJ.: Liking, Arousal Potential, and The Emotions Expressed by Music. Scand J Psychol, 38(1): 45-53, 1997.

116. VINK, A.: Music and Emotion, Living Apart Together: A Relationship Between Music Psychology and Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10(2): 144-158, 2001.
117. STEVENS, K.: Patient's Perceptions of Music During Surgery. *J Adv Nurs*, 15(9): 1045-51, 1990.
118. LEPAGE, C., DROLET, P., GIRARD, M., GRENIER, Y., DEGAGNE, R.: Music Decreases Sedative Requirements During Spinal Anesthesia. *Anest Analg*, 93(4): 912-6, 2001.
119. SAHLER, OJ., HUNTER, BC., LIESVELD, JL.: The Effect of Using Music Therapy with Relaxation Imagery in The Management of Patients Undergoing Bone Marrow Transplantation: A Pilot Feasibility Study. *Altern Ther Health Med*, 9(6): 70-4, 2003.
120. SABO, CE., MICHAEL, SR.: The Influence of Personal Message With Music on Anxiety and Side Effects Associated With Chemotherapy. *Cancer Nurs*, 19(4): 283-9, 1996.
121. KERR, T., WALSH, J., MARSHALL, A.: Emotional Change Processes in Music-Assisted Reframing. *J Music Ther*, 38(3): 193-211, 2001.
122. MAACK, C., NOLAN, P.: The Effect of Guided Imagery and Music Therapy on Reported Change in Normal Adults. *Journal of Music Therapy*, 36(1): 39-55, 1999.
123. CUNNINGHAM, MF.: Introducing a Music Program in The Perioperative Area. *AORN Journal*, 66(4): 674-681, 1997.
124. PRATT, RR.: Art, Dance and Music Therapy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 15(4): 827-41, 2004.
125. RUUD, E.: Music and Quality of Life. *Nordic Journal of Music Therapy*, 6(2): 86, 1997.
126. NORTH, AC., HARGREAVES, DJ.: Musical Preferences During and After Relaxation and Exercise. *Am J Psychol*, 113(1): 43-67, 2000.
127. SNYDER, M., CHLAN, L.: Music Therapy. *Annu Rev Nurs*, 17: 3-25, 1999.
128. RICKARD, RS., KNIGHT, WE.: Relaxing Music Prevents Stress-Induced Increases in Subjective Anxiety, Systolic Blood Pressure, and Heart Rate in Health Males and Females. *J Music Ther*, 38(4): 254-72, 2001.
129. METZGER, LK.: Heart Health and Music: A Steady Beat or Irregular Rhythm?. *Music Therapy Perspectives*, 22(1): 21-25, 2004.
130. VINK, A.: Music and Emotion. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10(2): 144-158, 2004.
131. GOLD, C.: The Use of Effect Sizes in Music Therapy Research. *Music Therapy Perspectives*, 22(2): 91-95, 2004.
132. MAGEE, WL., DAVIDSON, JW.: Music Therapy in Multiple Sclerosis: Result of a Systematic Qualitative Analysis. *Music Therapy Perspectives*, 22(1): 39-51, 2004.
133. HANSER, SB., MANDEL, SE.: The Effect of Music Therapy in Cardiac Healthcare. *Cardiology in Review*, 13(1): 18-23, 2005.
134. CHLAN, LL.: Music Therapy as a Nursing Intervention for Supported by Mechanical Ventilation. *AACN Clin Issues*, 11(1): 128-38, 2000.
135. CHLAN, L., TRACY, MF., NELSON, B., WALKER, J.: Feasibility of a Music Intervention Protocol for Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support. *Altern Ther Health Med*, 7(6): 80-3, 2001.

136. MORNHINVEG, GC.: Effect of Music Preference and Selection on Stree Reduction. *Holist Nurs*, 10(2): 101-9, 1992.
137. DAVIS, T.: The Efficacy of Music Therapy and the Role of Social Interaction in Elevating the Mood States a Among the Institutionalized Elderly. *Journal of Music Therapy*, 28: 149-160, 2003.
138. COOKE, M., CHABOYER, W., HIRATOS, MA.: Music and Its Effect on Anxiety in Short Waiting Periods: A Critical Appraisal. *Journal of Clinical Nursing*, 14: 145-155, 2005.
139. KAIN, ZN., CALDWELL-ANDREWS, AA., KRIVUTZA, DM., WEINBERG, ME., GAAL, D., WANG, SM., MAYES, LC.: Interactive Music Therapy as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized Controlled Trial. *Anesthgesia&Analgesia*, 98(5): 1260-1266, 2004.
140. ALLEN, K., BLASCOVICH, J.: Effect of Music on Cardiovascular Reactivity Among Surgeons. *JAMA*, 272: 882-4, 1994.
141. CHLAN, L., TRACY, MF.: Music Therapy in Critical Care: Indications and Guidelines for Intervention. *Crit Care Nurse*, 19(3): 35-41, 1999.
142. MYNCHENBERG, TL., DUNGAN, JM.: A Relaxation Protocol to Reduce Patient Anxiety. *Dimens Crit Care*, 14(2): 78-85, 1995.
143. ODELL-MILLER, H.: Why Provide Music Therapy in The Community for Adults With Mental Health Problems?. *British Journal of Music Therapy*, 9(1): 4-10, 1995.
144. ALLEN, K., GOLDEN, LH., IZZO, JL., CHING, MI., FORREST, A., NILES, CR., NISWANDER, PR., BARLOW, JC.: Normalization of Hypertensive Responses During Ambulatory Surgical Stres by Perioperative Music. *Psychosomatic Medicine*, 63: 487-492, 2001.
145. WHITE, JM.: State of The Science of Music Interventions. *Critical Care and Perioperative Practice. Crit Care Nurs Clin North AM*, 12(2): 220-225, 2000.
146. McBRIDE, S., GRAYDON, J., SIDANI, S., HALL, L.: The Therapeutic Use of Music for Dyspna and Anxiety in Patients With COPS Live At Home. *Journal of Holistic Nursing*, 17(3): 229-250, 1999.
147. CHASE, KM.: Multicultural Music Therapy: A Review of Literature. *Music Therapy Perspectives*, 21(2): 84-88, 2003.
148. LAI, HL.: Music Preference and Relaxation in Taiwanese Elderly People. *Geriatric Nursing*, 25(5): 286-291, 2004.
149. GOOD, M.: A Comparison of The Effect of Jaw Relaxation and Music on Postoperative Pain. *Nurs Res*, 44(1): 52-7, 1995.
150. KROUT, RE.: The Effect of Single- Session Music Therapy Interventions on The Obseved and Self-Reported Levels of Pain Control, Physical Comfort, and Relaxation of Hospice Patients. *Am J Hosp Palliat Care*, 18(6): 383-90, 2001.
151. HIILLIARD, RE.: The Effect of Music Therapy on The Quality and Length of Life People Diagnosed With Terminal Cancer. *J Music Therapy*, 40(2): 113-37, 2003.
152. HENRY, LL.: Music Therapy: A Nursing Intervention for The Control of Pain nand Anxiety in The ICU: A Review of The Research Literatüre. *Dimens Crit Care Nurs*, 14(6): 295-304, 1995.
153. BECK, SL.: The Therapeutic Use of Music for Cancer-Related Pain. *Oncol Nurs Forum*, 18(8): 1327-37, 1991.

154. ROBINSON, A.: Music Therapy and The Effects on Laboring Women. *Ky Nurse*, 50(2): 7, 2002.
155. KAMINSKI, J., HALL, W.: The Effect of Soothing Music on Neonatal Behavioral States in The Hospital Newborn Nursery. *Neonatal Netw*, 25(1): 45-54, 1996.
156. HALSTEAD, MT., ROSCOE, ST.: Restoring The Spirit at The end of Life: Music as an Intervention for Oncology Nurses. *Clin J Oncol Nurs*, 6(6): 332-6, 2002.
157. DOAK, BA.: Relationships Between Adolescent Psychiatric Diagnoses, Music Preferences, and Drug Preferences. *Music Therapy Perspectives*, 21(2): 69-76, 2003.
158. BAKER, F., WIGRAM, T.: Finding Climax and Cadence in The Uninflected Voice. *Music Therapy Perspectives*, 22(1): 4-10, 2004.
159. MYSKJA, A., LINDBAEK, M.: How Does Music Affect The Human Body. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 10; 120(10): 1182-5, 2000.
160. STANDLEY, JM., HANSER, SB.: Music Therapy Research and Applications in Pediatric Oncology Treatment. *J Pediatr Oncol Nurs*, 12(1): 3-8, 1995.
161. BINEK, J., SAGMEISTER, M., BOROVIČKA, J., KNIERIM, M., MAGDEBURG, B., MEYENBERGER, C., GALLEN, ST.: Perception of Gastrointestinal Endoscopy by Patients and Examiners With and Without Background Music. *Digestion*, 68(1): 5-8, 2003.
162. BAMPTON, P., DRAPER, B.: Effect of Relaxation Music on Patient Tolerance of Gastrointestinal Endoscopic Procedures. *J Clin Gastroenterol*. 25(1): 343-5, 1997.
163. PALAKANIS, KC., DENOBILE, JW., SWEENEY, WB., BLANKENSHIP, CL.: Effect of Music Therapy on State Anxiety in Patients Undergoing Flexible Sigmoidoscopy. *Dis Colon Rectum*, 37(5): 478-81, 1994.
164. SCHIEMANN, U., GROSS, M., REUTER, R., KELLNER, H.: Improved Procedure of Colonoscopy Under Accompanying Music Therapy. *Eur J Med Res*, 28: 7(3): 131-4, 2002.
165. LEE, DW., CHAN, KW., POON, CM., KO, CW., CHAN, KH., SIN, KS., SZE, TS., CHAN, AC.: Relaxation Music Decreases The Dose of Patient-Controlled Sedation During Colonoscopy: A Prospective Randomized Controlled Trial. *Gastrointest Endosc*, 55(1): 33-6, 2002.
166. CHAN, YM., LEE, PW., NG, TY., NGAN, HY., WONG, LC.: The Use of Music to Reduce Anxiety for Patients Undergoing Colposcopy: A Randomized Trial. *Gynecol Oncol*, 9(1): 213-7, 2003.
167. COLT, HG., POWERS, A., SHANKS, TG.: Effect of Music on State Anxiety Scores in Patients Undergoing Fiberoptic Bronchoscopy. *Chest*, 116(3): 819-824, 1999.
168. FRATIANNI, RB., PRENSNER, JD., HUSTON, MJ., SUPER, DM., YOWLER, C., STANDLEY, JM.: The Effect of Music – Based Imagery and Musical Alternate Engagement Burn Debridement Proces. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 22(1): 47-53, 2000.
169. ELLIOTT, D.: The Effect of Music and Muscle Relaxation on Patient Anxiety in a Coronary Care Unit. *Heart Lung*, 23(1): 27-35, 1994.

170. BURNS, SJI., HARBUZ, MS., HUCKLEBRIDGE, F., BUNT, L.: A Pilot Study into the Therapeutic Effects of Music Therapy at a Cancer Help Center. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7(1): 48-56, 2001.
171. MILUK-KOLASA, B., OBMINSKI, Z., STUPNICKI, R., GOLEC, L.: Effect of Treatment on Salivary Cortisol in Patients Exposed to Pre-Surgical Stres. *Exp Clin Endocrinol*, 102(2): 118-20, 1994.
172. SMITH, M., RIGGIN, OZ., JOHNSON, D., CASEY, L., GWEDE, C.: Music as a Therapeutic Intervention for Anxiety in Patients Receiving Radiotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 28(5): 855-856, 2001.
173. HEISER, RM., CHILES, K., FUDGE, M., GRAY, SE.: The Use of Music During The Immediate Postoperative Recovery Period. *AORN Journal*, 65(4): 777-785, 1997.
174. HAMEL, WJ.: The Effect of Music Intervention on Anxiety in The Patient Waiting for Cardiac Catheterization. *Intensive Crit Care Nurs*, 17(5): 279-85, 2001.
175. HENRY, LL.: Music Therapy: A Nursing Intervention for The Control of Pain and Anxiety in The ICU: A Review of The Research Literature. *Dimension Critical Care Nursing*. 14(6): 295-304, 1995.
176. VOSS, JA., GOOD, M., YATES, B., BAUN, MM., THOMPSON, A., HERTZOG, M.: Sedative Music Reduces Anxiety and Pain During Chair Rest After Open-Heart Surgery. *Pain*, 112(2): 197-203, 2004.
177. ROTETA, AI.: Music Therapy Effectiveness to Decrease Anxiety in Mechanically Ventilated Patients. *Enferm Intensiva*, 14(2): 43-8, 2003.
178. MCCAFFREY, R., FREEMAN, E.: Effect of Music on Chronic Osteoarthritis Pain in Older People. *Adv Nurs*, 44(5): 517-24, 2003.
179. CARR-HILL, AR.: The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14(3): 236-249, 1992.
180. MERKOURIS, A., IFANTOPOULOS, J., LANARA, V., LEMOMDOU, C.: Patient Satisfaction: A Key Concept for Evaluation and Improving Nursing Services. *Journal of Nursing Management*, 7(1): 19-28, 1999.
181. WILLIAMS, B.: Patient Satisfaction: A Valid Concept?. *Social Science and Medicine*, 38(4): 509-516, 1994.
182. FAKHOURY, KHW.: Satisfaction with Palliative Care: What Should We Be Aware of?. *J. Int. Nurs. Stud*, 35(3): 171-176, 1998.
183. GREENEICH, D.: The Link Between New and Return Business and Quality of Care: Patient Satisfaction. *Advances in Nursing Science*, 16(1): 62-72, 1993.
184. FORBES, LM., BROWN, NH.: Developing a Instrument for Measuring Patient Satisfaction. *AORN Journal*, 61(4): 737-743, 1995.
185. LIN, CC.: Patient Satisfaction with Nursing Care as an Outcome Variable: Dilemmas for Nursing Evaluation Researchers. *Journal of Professional Nursing*, 12(4): 737-743, 1996.
186. SITZIA, J., WOOD, N.: Patient Satisfaction with Cancer Chemotherapy Nursing: A Review of the Literature. *International Journal of Nursing Studies*, 35(1/2): 1-12, 1998.
187. WALKER, J., BROOKSBY, A., MCINERNY, J., TAYLOR, A.: Patient Perceptions of Hospital Care: Building Confidence, Faith and Trust. *Journal of Management*, 6(4): 193-200, 1998.
188. AVIS, M., BOND, M., ARTHUR, A.: Exploring Patient Satisfaction with Out – Patient Services. *Journal of Nursing Management*, 3(2): 59-65, 1995.

189. MEREDITH, P.: Patient Satisfaction with Communication in General Surgery Problems of Measurement and Improvement. *Social Science and Medicine*, 37(5): 591-602, 1993.
190. ELİBOL, N., KALELİ, Y., AVDAN, A., YAĞLAR, S.: Hastaların Hemşirelik Bakımından Beklentileri. *Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı*, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, 1998, 307-312.
191. GÜNGÖR, N., ESER, E.: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yatan Yetişkin Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin, Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Modern Hastane Yönetimi*, 8(1): 44-53, 2004.
192. TONG, D., CHUNG, F., WONG, D.: Predictive Factors in Global and Anaesthesia Satisfaction in Ambulatory Surgical Patients. *Anesthesiology*, 87(4): 856-64, 1997.
193. JENSEN, MP., MENDOZA, T., HANNA, DB., CHEN, C., CLEELAND, CS.: The Analgesic Effects That Underlie Patient Satisfaction With Treatment. *Pain*, 110(1-2): 480-7, 2004.
194. HSU, RK., VERIDIANO, M., INCIARDI, J., SOARES, P., STEFANI, C., LEUNG, J.: The Impact of Music on the Anxiety Level of Patients Undergoing Outpatient Endoscopy – A Prospective Randomized Controlled Study. *Gastrointestinal Endoscopy*, 47(4): AB52, 1998.
195. ERDEM, M., TAŞÇI, N.: Verem Savaş Dispanserinden Hizmet Alan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Modern Hastane Yönetimi*, 6(1): 53-60, 2002.
196. AGRE, P., MCKEE, K., GARGON, N., KURTZ, RC.: Patient Satisfaction with an Informed Consent Process. *Cancer Pract*, 5(3): 162-7, 1997.
197. ÖZER, M., BAKIR, B.: SSK' lı Nüfusun Bölgesel Farklılıklar ve Gelişmişlik Düzeyi İle Bağlantısı, *Modern Hastane Yönetimi*, 7(2): 30-34, 2003,
198. KAYAHAN, M., OVAYOLU, N.: Hasta Hakları ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelik Forumu*, 7(4): 38-41, 2004
199. HANSS, SJ., BURNSTIN, RH.: Is The Professional Satisfaction Of General Internists Associated With Patient Satisfaction. *J. Gen. Intern. Med.*, 15: 122-128, 2000.
200. MYLES, PS., WILLIAMS, DL., HENDRATA, M., ANDERSON, H., WEEKS, AM.: Patient Satisfaction After Anaesthesia and Surgery: Result of a Prospective Survey of 10 811 Patients. *British Journal of Anaesthesia*, 84(1): 6-10, 2000.
201. FORBES, ML., BROWN, HN.: Developing an Instrument for Measuring Patient Satisfaction. *AORN Journal*, 61-4: 737-43, 1995.
202. PINAR, R.: Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı*, İstanbul, 1995.
203. EVANS, LM., MARTIN, LM., WINSLOW, HE.: Nursing Care and Patient Satisfaction. *American Journal of Nursing*, 98(12): 57-59, 1998.
204. FROELICH, F., SCHWIZER, W., THORENS, J., KOHLER, M., GONVERS, JJ., FRIED, M.: Conscious Sedation for Gastroscopy: Patient and Cardiorespiratory Parameters. *Gastroenterology*, 108(3): 697-704, 1995.

205. WANG, SM., KULKARNI, L., DOLEV, J., KAIN, ZN.: Music and Preoperative Anxiety: A Randomized, Controlled Study. *Anesthesia&Analgesia*, 94(6): 1489-1494, 2002.
206. KOCH, ME., KAIN, ZN., AYOUB, C., ROSENBAUM, SH.: The Sedative and Analgesic Sparing Effect of Music. *Anesthesiology* 89(2): 300-306, 1998.
207. ANDRADA, JMLC., VIDAL, AA., AGUILAR-TABLADA, TC., REINA, IG., SILVA, S., GUINALDO, AR., DE LA ROSA, JL., CIBAJA, IH., ALAMO, AF., ROLDAN, AB.: Anxiety During the Performance of Colonoscopies: Modification Using Music Therapy. *European Journal of Gastroenterology&Hepatology* 16(12): 1381-1386, 2004.
208. FERGUSON, SL., VOLL, KV.: Burn Pain and Anxiety: The Use of Music Relaxation During Rehabilitation. *Journal of Burn Care&Rehabilitation*, 25(1): 8-14, 2004.
209. BRIGITTE, M., FRANÇOIS, G., CAROLINE, A., PHILIPPE, C., DANIEL, B., DIANE, P., ALEXANDRE, T., MONIQUE, R., DOMINIQUE, CG.: The Effect of Music the Neurohormonal Stres Response to Surgery Under General Anesthesia. *Anest Analg*, 98: 527-532, 2004.
210. TAYLOR-PILLIAE, RE., CHAIR, SY.: The Effects of Nursing Intervention Utilizing Music Therapy or Sensory Information on Chinese Patients Anxiety Prior to Cardiac Catheterization: A Pilot Study. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 1(3): 203-211, 2002.
211. HAYES, A., BUFFUM, M., LANIER, E., RODAHL, E., SASSO, C.: A Music Intervention to Reduce Anxiety Prior to Gastrointestinal Procedures. *Gastroenterology Nursing*, 26(4): 145-149, 2003.
212. ESTHER, M., KWAI-YIU, W.: Effects of Music on Patient – Research. *AORN Journal*, 63(4): 750-758, 1996.
213. LAI, HL.: Music Preference and Relaxation in Taiwanese Elderly People. *Geriatric Nursing*, 25(5): 286-291, 2004.
214. CHLAN, L.: Effectiveness of a Music Therapy Intervention on Relaxation and Anxiety for Patients for Receiving Ventilatory Assistance. *Heart&Lung*, 27(3): 169-176, 1998.
215. WHITE, JM.: Music Therapy: An Intervention to Reduce Anxiety in the Myocardial Infarction Patient. *Clin Nurse Spec*, 6(2): 58-63, 1992.
216. WONG, HL., LOPEZ-NAHAS, V., MOLASSIOTIS, A.: Effects of Music Therapy on Anxiety in Ventilator-Dependent Patients. *Heart&Lung*, 30(5): 376-387, 2001.
217. VOLLERT, JO., STORK, T., ROSE, M., MOCKEL, M.: Music as Adjuvant Therapy for Coronary Heart Disease. The Therapeutic Music Lowers Anxiety, Stres and Beta – Endorphin Concentrations in Patients from a Coronary Sport Group. *Dtsch Med Wochenschr*, 128(51): 2712-2716.
218. LEE, D., HENDERSON, A., SHUM, D.: The Effect of Music on Preprocedure Anxiety in Hong Kong Chinese Day Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3): 297-303, 2004.
219. YUNG, PMB., CHUI-KAM, S., FRENCH, P., CHAN, TMF.: A Controlled Trial of Music and Pre-operative in Chinese Men Undergoing Transurethral Resection of the Prostate. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4): 352-359, 2002.

220. NILSON, U., RAWAL, N., ENQVIST, B., UNOSSON, M.: Analgesia Following Music and Therapeutic Suggestions in the PACU in Ambulatory Surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 47(3): 278-283, 2003.
221. WHITE, JM.: Music as Intervention: A Notable Endeavor to Improve Patient Outcomes. *Nursing Clinical of North America*, 36(1): 83-92, 2001.
222. HEITZ, L., SYMRENG, T., SCAMMAN, FL.: Effect of Music Therapy in the Postanesthesia Care Unit: A Nursing Intervention. *J Post Anesth Nurs*, 7(1): 22-31, 1992.
223. THORGAARD, B., HENRIKSEN, BB., PEDERSBAEK, G., THOMSEN, I.: Specially Selected Music in the Cardiac Laboratory – an Important Tool for Improvement of the Wellbeing of Patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 3(1): 21-26, 2004.
224. TANEBE, P., THOMAS, R., PAICE, J., SPILLER, M., MARCANTONIO, R.: The Effect of Standart Care, Ibuprofen and Music on Pain Relief and Patient Satisfaction in Adults with Musculoskeletal Trauma. *Journal of Emergency Nursing*, 27(2): 124-131, 2001.
225. JAKOBSSON, L., HALLBERG, RI., LOVEN, L., OTTOSON, B.: Patient Satisfaction with Nursing Care Evaluation Before and After Cutback in Expenditure and Intervention at a Surgical Clinic. *Int. Qul. Health Care*, 6(4): 361-369, 1994.
226. HART, J., NEIMAN, V., CHAIMOFF, C., WOLLOCH, Y., DJAIDETTI, M.: Patient Satisfaction in two Departments of Surgery in a Community Hospital. *Isr. J. Med. Sci*, 32(12): 1338-1343, 1996.

8. EKLER

EK 1.

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ UYGULANAN HASTALARA YÖNELİK SOSYO - DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İÇEREN ANKET FORMU

Sindirim sistemi endoskopisi uygulanacak hastaların memnuniyet durumunu belirlemek amacıyla bir çalışma yapıyorum. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki bölümü imzalar mısınız?

1. Adı – Soyadı:

2. Dosya No:

3. Yaşınız:

- a) 18-33
- b) 34-49
- c) 50-65
- d) 66 ve yukarı

5. Cinsiyetiniz

- a) Bayan
- b) Erkek

6. Yaşadığınız yer

- a) Şehir
- b) İlçe
- c) Köy
- d) Diğer (Açıklayınız)

7. Öğrenim durumunuz
- a) Okur-yazar değil
 - b) Okur-yazar – İlkokul
 - d) Orta öğrenim
 - e) Yüksek Okul
8. Mesleğiniz
- a) Memur
 - b) İşçi
 - c) Serbest
 - d) İşsiz
 - e) Ev Hanımı
 - f) Diğer (Açıklayınız)
9. Medeni Durumunuz
- a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Dul
10. Endoskopi işlemi hakkında bilginiz var mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
11. Aylık geliriniz?
- a) Asgari ücretin altı
 - b) Asgari ücret ve iki katı arası
 - c) Asgari ücretin 2 – 3 katı arası
 - d) Asgari ücretin 3 – 4 katı arası
 - e) Asgari ücretin 4 – 5 katı arası

EK 2.

VİTAL BULGULAR

Nabız	Önce	Sıra	Sonra

Kan Basıncı	Önce	Sonra
Sistolik		
Diastolik		

SpO₂	Önce	Sıra

EK 3.

**ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ UYGULANAN
HASTALARIN MEMNUNİYET DURUMUNUN HASTA İFADELERİNE
GÖRE DEĞERLENDİRİLDİĞİ FORM**

1. İşlem sırasındaki duygularınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Mükemmel b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

2. İşlem sırasında ağrı veya rahatsızlık duydunuz mu?

a) Hayır b) Biraz c) Orta d) Fazla e) Çok fazla

3. İşlem sırasında endişe yaşadınız mı?

a) Hayır b) Biraz c) Orta d) Fazla e) Çok fazla

4. İşlem sırasında kendinizi güvende hissettiniz mi?

a) Evet b) Biraz c) Orta d) Az e) Hayır

5. İşlemin zor olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Hayır b) Biraz c) Orta d) Fazla e) Çok fazla

6. İşlem sırasında zarar gördüğünüzü düşünüyor musunuz?

a) Hayır b) Biraz c) Orta d) Fazla e) Çok fazla

7. Bu işlemi tekrar yaptırmanız gerekirse yaptırmayı düşünür müsünüz?

- a) Evet b) Mutlaka c) Muhtemelen d) Hayır e) Asla
gerekliyse yaptırmam

8. İşlem sırasında korktunuz mu?

- a) Hayır b) Biraz c) Orta d) Fazla e) Çok fazla

9. İşlem beklediğinize göre ne kadar sürdü?

- a) Çok kısa b) Kısa c) Orta d) Uzun e) Çok uzun

10. Endoskopi işlemini nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok kolay b) Kolay c) Orta zorlukta d) Zor e) Çok zor

EK 4.

**ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ UYGULANAN
HASTALARIN GENEL MEMNUNİYET DURUMUNU ÖLÇME FORMU**

İşlemden memnun olma durumunuzu ifade etmek için aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.

- a) Çok b) Biraz c) Orta d) Az e) Hiç

**ÜST GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİSİ UYGULANAN HASTALARIN
GENEL MEMNUNİYET DURUMUNUN VAS'A GÖRE ÖLÇÜLDÜĞÜ
FORM**

İşlem sırasındaki memnun olma durumunuzu ifade etmek için aşağıdaki çizgilerden birini işaretleyiniz



Çok

Hiç

EK 5.

**ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ UYGULANAN
HASTALARIN MEMNUNİYET DURUMUNU VAS'A GÖRE
DEĞERLENDİRİLDİĞİ FORM**

1- İşlem sırasındaki duygularınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?



Mükemmel

Çok kötü

2- İşlem sırasında ağrı veya rahatsızlık duydunuz mu?



Hayır

Çok fazla

3- İşlem sırasında endişe yaşadınız mı?



Hayır

Çok fazla

4- İşlem sırasında kendinizi güvende hissettiniz mi?



Evet

Hayır

5- İşlemin zor olduğunu düşünüyor musunuz?



Hayır

Çok fazla

6- İşlem sırasında zarar gördüğünüzü düşünüyor musunuz?



Evet

Hayır

7- Bu işlemi tekrar yaptırmanız gerekirse yaptırmayı düşünür müsünüz?



Evet

Asla

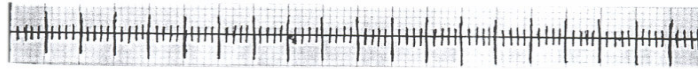
8- İşlem sırasında korktunuz mu?



Hayır

Çok fazla

9- İşlem beklediğimize göre ne kadar sürdü?



Çok kısa

Çok uzun

10- Endoskopi işlemi nasıl değerlendirirsiniz?



Çok kolay

Çok zor

EK 6.

**ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ UYGULANAN
HASTALARIN İŞLEM BAŞARISININ HEKİM TARAFINDAN
DEĞERLENDİRİLDİĞİ FORM**

İşlemin başarı durumunuzu ifade etmek için aşağıdaki şıklardan birini işaretleyiniz

- a) Mükemmel b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

**ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ UYGULANAN
HASTALARIN İŞLEM BAŞARISININ HEKİM TARAFINDAN VAS'A GÖRE
DEĞERLENDİRİLDİĞİ FORM**

İşlemin başarı durumunuzu ifade etmek için aşağıdaki çizgilerden birini işaretleyiniz



Mükemmel

Çok kötü

ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Adıyamanda doğdu. İlk öğrenimini burada, ortaöğrenimini Mersin’de tamamladıktan sonra girmiş olduğu Gaziantep Üniversitesi Kilis Sağlık Yüksekokulu’ndan Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunun ikinci sınıfına yatay geçiş yaptı. 2003 yılında bölüm birincisi olarak mezun oldu. Gaziantep Sani Konukoğlu Hastanesi Dahiliye – Cerrahi katında hemşire olarak çalıştı. Bu kurumdan kendi isteği ile ayrılarak Gaziantep Amerikan Hastanesi Diyabet Merkezinde Diyabet Eğitim Hemşireliği yaptı. Daha sonra Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’na görevlendirme ile iç hastalıkları hemşireliği dersinin teorik ve uygulamasını vermek üzere part – time statüde görevlendirildi. Halen bu görevine devam etmektedir.