



**T. C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KORONER ANJİYOGRAFI UYGULANACAK HASTALARDA MÜZİK
TERAPİSİNİN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ**

**MELTEM VİZELİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. LEMAN ŞENTURAN**

İSTANBUL-2010

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE


Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Meltem VİZELİ tarafından hazırlanan
"Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin Anksiyete Düzeyine
Etkisi" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12.03.2010

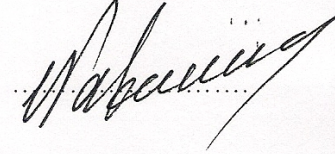
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

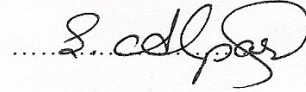
Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
: Haliç Üniversitesi / Sağ. Bil. YO.
(Danışmanı)



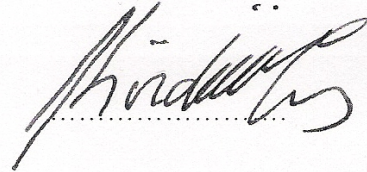
Jüri Üyesi :Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
:Haliç Üniversitesi / HYO



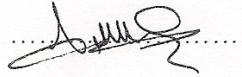
Jüri Üyesi :Prof.Dr.Şule ECEVİT ALPAR
:Marmara Üni. /Sağ. Bil. Fak.



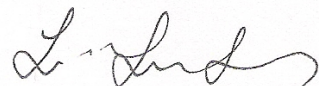
Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Kürşat ÖZDİLLİ
:Haliç Üniversitesi / HYO.



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ
:Marmara Üni. /Sağ. Bil. Fak.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görölmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.


Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanmasında ve yürütülmesinde her türlü destek ve yardımlarını gördüğüm danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Leman ŞENTURAN'a,

Her zaman yardımlarını aldığım ve sabırla bana yardım etmekten çekinmeyen klinik arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimim süresince, bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan her zaman yanımda olduğunu hissettiren sevgili eşim Bülent DOĞAN'a,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen çok sevgili aileme,

Tüm kalbimle teşekkür ederim...

*Saygılarımla
Meltem VİZELİ
(DOĞAN)*

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR VE SİMGELER	III
IV. SEKİL VE TABLOLARIN LİSTESİ	IV
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Koroner Anjiyografi.....	5
4.1.1.Tanımı.....	5
4.2. Tarihsel Gelişimi.....	5
4.3.Koroner Anjiyografi Uygulaması.....	6
4.3.1. Yöntem.....	7
4.3.2.Koroner Anjiyografi Öncesi Hasta Hazırlığı.....	8
4.3.3.Koroner Anjiyografinin Endikasyonları	8
4.3.4. Koroner Anjiyografinin Kontraendikasyonları	9
4.3.5. . Koroner Anjiyografinin Komplikasyonları	9
4.4.Anksiyete.....	10
4.5. Anksiyete ve Hemşirelik.....	11
4.6.Müzik Terapi.....	13
4.6.1. Müzik Terapinin Tarihçesi	13
4.6.1.A)Antik Çağlarda Müzik Terapi.....	13
4.6.1.B)Ortaçağ Avrupasında Müzik Terapi.....	14
4.6.2.Türklerde Müzik Terapi.....	15
4.3.Günümüzde Müzik Terapi.....	16
4.4. Müzik Terapi Çeşitleri.....	18
5. GEREÇ VE YÖNTEM	21
6. BULGULAR	26
7. TARTIŞMA	38
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	46
9. KAYNAKLAR	48

10. EKLER	53
10.1. Hasta Bilgilendirme Formu (Ek 1).....	53
10.2. Anket Formu (Ek 2).....	54
10.3. Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek 3).....	56
10.4. Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek 4).....	58
10.5. Klinik Çalışması İzin Formu (Ek 5).....	60
10.6. Etik kurul Onayı (Ek 6).....	61
10.7. Hüseyini Makamı CD'si (Ek 7)	
11. ÖZGEÇMİŞ	62

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

TÜMATA: Türk Musukisini Araştırma ve Tanıtma Grubu Derneği

IV. RESİM, GRAFİK ve TABLOLARIN LİSTESİ

i. Resimlerin Listesi

Resim 1: Koroner Anjiyografi Makinesi.....	6
Resim 2: Seldinger'in Ponksiyon İğnesi.....	7

ii. Grafiklerin Listesi

Grafik 1: Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Sürekli Kaygı Puanları Dağılımı.....	29
---	----

iii. Tabloların Listesi

Tablo 1: Koroner Anjiyografinin Komplikasyonları.....	9
Tablo 2: Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	27
Tablo 3: Hastaların Koroner Anjiyografi ile İlgili Bilgi ve Düşüncelerinin Dağılımı.....	28
Tablo 4: Kontrol ve Deney Gruplarının Sürekli Kaygı ve Koroner Anjiyografi Öncesi ile Sırası Durumluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	29
Tablo 5: Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Dağılımının Karşılaştırılması	30
Tablo 6: Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puan Farklarının Karşılaştırılması	30
Tablo 7: Cinsiyete Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması	31
Tablo 8: Yaşa Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 9: Eğitim Durumuna Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 10: Çalışma Durumuna Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 11: Daha Önce Hastanede Yatmış Olma Durumuna Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 12: Daha Önce Ameliyat Olma Durumuna Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması	36

Tablo 13: Sakinleşmek için Müzik Dinlemeyi Tercih Etme Gruplarına
Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması.....37

1. ÖZET

Araştırma, İstanbul il sınırları içerisinde, 2008-2010 tarihleri arasında, Anadolu yakasında bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji kliniğinde ilk defa koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda müzik terapinin kaygı düzeyine etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini eğitim ve araştırma hastanesinde koroner anjiyografi olacak hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise; evrende içinden araştırmaya alınma kriterlerine uygun, 18 yaş ve üzeri, 100 kontrol ve 100 deney grubu olmak üzere 200 hasta oluşturdu. Araştırma verileri, araştırmacının hazırladığı “veri toplama formu” ve “Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri” ile toplandı. Deney ve kontrol grubundaki hastalara işlemden hemen önce sırasıyla durumluk ve sürekli kaygı envanteri uygulandı. Deney grubuna işlem boyunca hüseyini makamında müzik dinletildi, kontrol grubuna ise müzik dinletilmedi. İşlem bitiminde her iki gruptaki hastalara işlem salonundan çıkarılmadan durumluk kaygı envanteri tekrar uygulandı. Veriler; sayı, yüzdelik, ortalama dağılımları ve bağımsız gruplarda t testi, Varyans Analizi (ANOVA), Post-Hoc Tukey HSD testi ile değerlendirildi.

Kontrol grubu hastaların sürekli kaygı puan ortalaması $41,62 \pm 1,43$; koroner anjiyografi öncesi durumluk kaygı puanı ortalaması $37,61 \pm 1,43$; koroner anjiyografi sırası durumluk kaygı puanı ortalaması ise $35,60 \pm 1,42$ olarak bulundu. Deney grubunda ise; sürekli kaygı puanı ortalaması $41,75 \pm 1,84$; koroner anjiyografi öncesi durumluk kaygı puanı ortalaması $35,11 \pm 1,28$; koroner anjiyografi sırası durumluk kaygı puanı ortalaması ise; $31,07 \pm 0,98$; olarak bulundu. Deney grubunun koroner anjiyografi öncesi - koroner anjiyografi sırası durumluk kaygı puan ortalaması farkı ($4,04 \pm 1,15$) kontrol grubunun anjiyo öncesi - sırası puan ortalamaları farkından ($2,01 \pm 0,10$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p=0,000$).

Koroner anjiyografi sırasında dinletilen müziğin anksiyete seviyesini düşürdüğü; müzik terapinin anksiyete seviyesi üzerine etkili olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Koroner Anjiyografi, Müzik Terapi, Anksiyete

2. SUMMARY

The Effects of The Music Therapy on Coroner Angiography Patients' Anxiety Level

This research was planned as experimental to examine the effects of the music therapy on anxiety level in the coroner angiography patients. The research was conducted between 2008-2010, in a hospital's Coroner Angiography unit in Istanbul. The 200 patients who were accepted for coroner angiography to the hospital formed the universe of this research. The sample was comprised of 100 patients who met the inclusion criteria; 50 patients was control groups, 50 patients was experimental group. Research data were collected by using "Data Collection Form" which was prepared by the researcher and "Stait-Trait Anxiety Inventory". Respectively Stait and Trait Anxiety Inventory were applied to both experimental and control group before the angiography. In the angiography saloon, experimental group were listened music which is called 'Hüseyni Makamı', control group weren't listened music. When the procedure ended, Stait Anxiety Inventory was applied to both of the two group again. Data were evaluated by using number, percentage, average, independent groups t test, Analysis of Variance (ANOVA), Post-Hoc Tukey HSD.

It was found that the control group of the trait anxiety mean score was $41,62 \pm 1,43$; stait anxiety mean score before the coronary angiography was $37,61 \pm 1,43$; stait anxiety mean score during the coronary angiography was $35,60 \pm 1,42$. It was found that the experimental group of the trait anxiety mean score was 41.75 ± 1.84 ; stait anxiety mean score before the coronary angiography was $35,11 \pm 1,28$; stait anxiety mean score in the coronary angiography was $31,07 \pm 0,98$. The divergence between the stait anxiety mean score before and during the coronary angiography in the experimental group ($4,04 \pm 1,15$) was statistically higher than the scores of the control group ($2,01 \pm 0,10$) ($p= 0,000$).

It was found that the music which are listened during the coroner angiography period decreases the anxiety level; the music therapy influences on the anxiety level.

Keywords: Coroner Angiography, Music Therapy, Anxiety

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete, bütün insanların zaman zaman yaşadığı günlük yaşantıyı etkileyen evrensel bir duygudur. Anksiyete genellikle bilinmeyen ve anlaşılamayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi olarak tanımlanır. Anksiyete hem psikolojik hem de fizyolojik olarak hissedilir. Bu nedenle birey anksiyeteden rahatsız olduğunda hem psikolojik hem de fizyolojik bulgu ve belirtilerden şikayet eder. Anksiyetenin varlığını gösteren bu bulgu ve belirtiler hafif, orta, şiddetli ve panik düzeylerinde yaşanır. Anksiyeteye sebep olan birçok stresörler arasında hasta olmak, hastaneye yatmak ve cerrahi girişim geçirecek olmak geçici bir stres kaynağı olarak kabul edilebilir. Özellikle birey için bunların ilk kez yaşanacak olması bireyde oluşacak anksiyeteyi artırır (Kum 2000, Kocabaşoğlu 2003).

Koroner anjiyografi bireyin yaşamını tehdit eden ve yaşamında değişikliklere neden olan kalp damar hastalıklarının teşhisi için son yıllarda giderek artan sıklıkta uygulanmaya başlanan bir tanı yöntemidir. İnvaziv girişimdir ve tüm basit ya da ciddi cerrahi girişimler gibi bireyde anksiyete yaşanmasına neden olur. Hastaneye yatmak ve yapılacak bir işlem/girişim için beklemek hastaların anksiyetelerinin yükselmesinin ilk nedenleridir. Bunun yanı sıra işlemin hasta için anlamı, işlem öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili hastanın yanıtlayamadığı sorular anksiyetenin yükselmesi ile ilgili diğer nedenler arasında sayılabilirler (Baram 1992, Altınok 1998, Cimilli 2001). Koroner anjiyografi olacak bireylerin anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi; işlem öncesi, sırası ve sonrası konularında bilgi verilmesinin anksiyete düzeyine etkisinin araştırılması, sağlık ekibinin vazgeçilmez üyesi olan hemşirelerin hastalarına etkili bakım hizmeti verebilmeleri için gereklidir. Burada da cerrahi hemşiresine hasta ile iletişim kurma açısından daha çok görev düşmektedir. İletişim, hemşirelik mesleğinde sistemde bozulan dengeyi sağlamak amacıyla kullanılan tüm süreçlerin temelidir. Hemşireler, iletişim aracılığıyla yardım ilişkisi kurarlar. Problemleri tanılama ve stresle baş etmede, problem çözmede iletişim teknikleri kullanılır (Terakye 1994, Birol 2002).

İletişim; duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılmasıdır. Sağlık personeli, danışana karşı sorumluluğunu yerine getirebilmek için onu tanımak, sorunlarının neler olduğunu anlamak, çözüm yolları bulmasına yardım etmek durumundadır. Bu görevini yerine getirirken elindeki en önemli araçlar terapötik ve non-terapötik iletişim teknikleri ile yetenekleridir. Hemşireler uygulamalarında genellikle her iki iletişim tekniklerini de kullanmaya çalışırlar ama stresle baş etmede öncelikle non-terapötik iletişim tekniklerini tercih etmektedirler. Non-terapötik iletişimde bireyin iyilik durumunun

oluşturulmasına, geliştirilmesine yardım edilmektedir(<http://www.turkforum.net/showthread.php?t=419672>; Erişim tarihi: 05.11.2009, Terakye 1994).

Profesyonel hemşireliğin bağımsız fonksiyonları arasında bulunan ve non-terapötik iletişim teknikleri arasına giren, hasta ile iletişimi sağlayan müzik terapi uygulamasının önemi son günlerde yapılan çalışmalarda daha da öne çıkmıştır (Güngör 1999, Uçan 2005).

Müzik terapi, hemşirelik uygulamalarının içinde yer alan noninvaziv bir rahatlama tekniği olmakla birlikte, hastaların bakımlarına katılmalarına kendi düşünceleri doğrultusunda olanak sağlayan estetik yaklaşımlı bir terapi yöntemi olarak kabul edilmelidir. Fizyoloji, fizik, nöroloji, iletişim, psikoloji gibi profesyonel bilim dalları müziğin anestezi ve sembolik bir araç gibi anksiyete, korku ve ağrıların giderilmesinde etkili olduğu konusunda hem fikirdirler (Güngör 1999, Uçan 2005, Varol 1998).

Anksiyete tanı ve tedavi uygulamaları sırasında hastaların çok sık yaşadığı duygulardan biridir. Sağlık bakım profesyonelleri hastanın anksiyetesinin nedenlerini düzeyini ve azaltılması için neler yapılabileceğini tanımlamalıdır (Yıldırım 2009). Bu doğrultuda araştırma ilk defa koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda müzik terapinin intraoperatif kaygı düzeyine etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak gerçekleştirildi.

Araştırmada aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır.

Araştırma Soruları

- 1) Koroner Anjiyo olacak hastalarda müzik terapi anksiyete seviyesini etkiler mi?
- 2) Anjiyo olacak hastalarda müzik terapi eğitim seviyesi, cinsiyet ve yaşa göre anksiyete düzeyini etkiler mi?

Hipotezler

- 1) Müzik terapi Koroner Anjiyo olacak hastalarda anksiyete düzeyini düşürür.
- 2) Anjiyo olacak hastalarda müzik terapi anksiyete düzeyini eğitim seviyesi, cinsiyet ve yaşa göre farklı etkiler.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Koroner Anjiyografi

4.1.1.Tanımı

Arteriyel yolla koroner damarlara kontrast madde verilip sineanjiyografik görüntü elde edilmesi işlemine koroner anjiyografi denilmektedir. Günümüzde tıkaçıcı koroner arter hastalığının kesin tanısında en geçerli yöntemdir (Oto ve Arkadaşları 2007).

4.2.Tarihsel Gelişim

Kalp kateterizasyonunun tarihçesi eski Mısır'a kadar dayanmaktadır. Arkeolojik kazılarda, milattan önce 400 yıllarında mısırlıların kadavra kalplerinde ilkel metal kateterler yardımıyla kalp kapaklarının fonksiyonlarını araştırdıkları ortaya konmuştur. Eski Çin, Hindistan ve Roma imparatorluklarında üriner ve intestinal sistem kateterizasyonunun başarıyla gerçekleştirildiği bilinmektedir. Dolaşım sisteminde kateter kullanıldığına yönelik bilinen ilk işlem, 1667 yılında Londra'da gerçekleştirilen kan tranfüzyonudur. İlk kalp kateterizasyonu ise 1711 yılında Hales tarafından bir atta gerçekleştirilmiştir (Grossman ve Baim 1991).

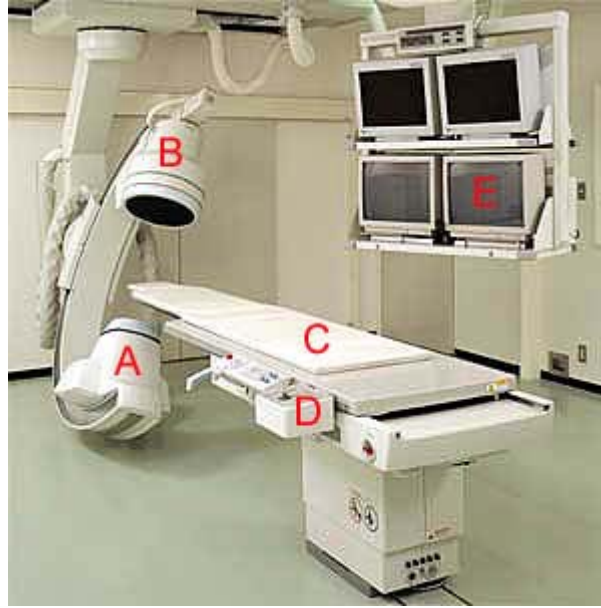
İnsanda ilk kalp kateterizasyonu 1929 yılında Werner Forssmann tarafından kendi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Birçok yazar bu tarihi, girişimsel kardiyolojinin başlangıcı olarak kabul etmektedir. Forssmann, aslında kalp hastalıkları için bir tanı yöntemi aramıyordu; onun amacı ilaçları doğrudan sağ atriyum içine enjekte etmektir. Kendi üzerinde kalp kateterizasyonu uygulamaya karar verdiğinde bir masaya uzanır, cerrahi hemşiresi Gerta'nın yardımıyla cilt dezenfeksiyonu ve lokal anestezi uyguladıktan sonra antekubital veni açığa çıkararak bir insizyon yapar ve bir üretral kateteri ven yoluyla ilerletir. Daha sonra bir göğüs röntgeni çektiler kateterin kalp içinde olduğunu gösterir. Takip eden yıllarda kalp kateterizasyonunda çok fazla bir ilerleme olmamıştır. Klein kateter yardımıyla kalp debisi ölçümünü gerçekleştirmiştir. Cournana ve arkadaşları fizyolojik ölçümlerin çeşit ve yöntemlerini daha da geliştirmişlerdir. Tanı amacıyla kalp kateterizasyonu II. Dünya Savaşından sonra gerçekleştirebilmiştir. Brannan, Weens, Warren 1945 yılında sağ kalp kateterizasyonu ile atriyal septal defekt tanısı koymuştur. İlk sol kalp kateterizasyonu ise Henry Zimmerman tarafından aort yetmezliği bulunan bir hastada, zeytinyağı ile kayganlaştırılmış bir kateterin radyal arterden sol ventriküle ulaştırılmasıyla yapılmıştır.

İlk selektif koroner anjiyografi ise 1958 yılında Mason Sones tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu tarihe kadar koroner arterlerin selektif olarak gösterilemeyecek kadar küçük ve hassas oldukları kabul ediliyor, koroner arter içerisine opak madde verilmesinin

hasta ölümüne neden olacağı düşünülüyordu. Koroner arterleri gösterebilmek için oklüzyon aortgrafi, hipotansiyon oluşturarak aortgrafi yapılması gibi dolaylı yöntemler kullanılıyordu. Sones ve arkadaşları bir hastaya aortgrafi yaparlarken kateterin ucu kayar ve sağ koroner artere girer. Böylece sağ koroner arter içine yaklaşık 30 cc opak madde verilmiş olur. Tüm ekip hastanın ventriküler fibrilasyona girmesini bekliyor ve defibrilatörü hazırlarken hastada ventriküler fibrilasyon yerine asistoli gelişir. Birkaç kez öksürdükten sonrada önce sinüs bradikardisi sonra normal sinüs ritmi ortaya çıkar. Hastada önemli bir komplikasyon gelişmemiştir. Bir rastlantı sonucu gerçekleşen ilk koroner anjiyografi girişimsel kardioloji ve koroner arter cerrahisinin hızla gelişmesini sağlamıştır.

Ülkemizde ise ilk sağ kalp kateterizasyonunu 1948 yılında Ankara’da Celal Ertuğrul tarafından gerçekleştirilmiştir. Birçok hekim tarafından sürdürülmüştür (Oto ve Arkadaşları 2007).

4. Koroner anjiyografi Uygulaması



Resim 1: Koroner Anjiyografi Makinesi

Koroner anjiyografi cihazı jeneratör(d), x-ışını tüpü(a), görüntü yoğunlaştırıcı(b), hasta masası(c) ve monitörden(e) oluşan bir düzenekten meydana gelmektedir (Grossman ve Baim 1991).

4.3.2.Yöntem

Günümüzde koroner anjiyografide Seldinger'in 1953 yılında tarif ettiği teknik kullanılmaktadır (**ŞEKİL-2**). Bu yöntemle femoral ağırlıklı olmak üzere, brakial, radyal ve aksillar arter yoluyla koroner anjiyografi yapılabilir. Lokal anestezi sonrası, artere 45 derecelik açı ile girilir ve iğnenin içinden kılavuz bir tel geçirilir. Tele karşı direnç oluşması iğnenin arter yolundan saptığını gösterir. Kılavuz tel rahat ilerledikten sonra üzerinden kılıf yerleştirilir. Bu teknikte kontrast maddeler aracılığıyla koroner arterin darlıkları görüntülenmektedir. Darlıkların derecelendirilmesi için anjiyografik görüntüler kullanılmaktadır. Her lezyon sineanjiyografik dijital ölçüm sistemi ile kantitatif olarak darlık yüzdesi ile değerlendirilir. Bu işlem, normal çaplı komşu referans segmentle karşılaştırılarak yapılmaktadır. İşlem sonunda eğer ileri bir işleme gerek yoksa yani darlık dereceleri ciddi değilse işlem sonlandırılır. Koroner anjiyografi sonrası, arteriyel kılıf çekimi, monitöze bir şekilde, tansiyon kontrolü altında yapılmalıdır. Çekim esnasında vagal reaksiyonlar için atropin hazırda bulundurulmalıdır (Oto ve Arkadaşları 2007, Ateş 1995).



Resim 2: Seldinger'in Ponksiyon İğnesi

Arteriyel kılıf çekildikten sonra arter üzerine kanama durana kadar elle baskı uygulanmalıdır. Kanama durduktan sonra 4-6 saat hasta yatak istirahatine alınmalı ve girişim yerine bir kum torbası konulmalıdır. Bu süre içinde hastadan girişim uygulan bacağına hareket ettirmemesi istenir. Tamamen düz yatması gerekmez, başı 45-30 derece yükseltilebilir. Ambülasyon sırasında ortostatik hipotansiyon riski nedeniyle hasta uyarılmalıdır. Hastaneden çıkış öncesi girişim yeri hematoma açısından gözden geçirilmeli, distal nabızlar kontrol edilmelidir (Oto ve Arkadaşları 2007, Oral ve Öncül 1994).

4.3.1.Koroner Anjiyografi Öncesi Hasta Hazırlığı

İşlemin gerekçesi, işlem öncesi hastaya basit bir dille anlatılır. İşlemin yapılışı, sağlayacağı yararları ve olası risk ve komplikasyonlar anlatılarak, hasta bilgilendirilir. Hastanın veya vasisinin yazılı onayı alınmalıdır. İşlem öncesi temel vital bulgular, temel

laboratuvar bilgileri incelenir. Hastanın öyküsü alınarak ve eski raporlarına bakılır, herhangi maddeye alerjisi olup olmadığı öğrenilir. İşlem öncesi, 2 gün önce anti koagülanlara ara verilmiş olmalıdır. Hasta işlem öncesi en az 6 saat aç bırakılmalıdır. Antikoagülan ilaçları en son ne zaman aldığı kontrol edilir. Eğer diyabet hastası ise diyabet ilaçlarının günlük dozunun yarı dozunu almalıdır. Hastanın kullanmakta olduğu diğer ilaçlarını az su ile almasında sakınca yoktur. Steril koşullarda yapılan koroner anjiyografi işlemlerinde endokardit profilaksisine gerek yoktur. Hastanın durumuna göre hastaya xanax ve türevi ilaçlar yatıştırıcı amacı ile verilebilir. Böbrek sorunu olan hastalarda, opak maddenin böbrekleri zorlaması yönünden 2 gün önceden IV hidrasyon sağlanmalıdır. Tüm bu noktalar gözden geçirildikten sonra, sol koldan açılan damar yolu ile laboratuvara gönderilebilir (Oto ve Arkadaşları 2007, Özdilli 2009).

4.3.3. Koroner Anjiyografi Endikasyonları

Koroner anjiyografi aşağıdaki durumlarda endikedir;

- Asemptomatik veya kararlı angina pectoris
- Asemptomatik veya kararsız angina pectoris
- Asemptomatik veya stabil angina pectoris
- Kararsız angina pectoris
- Miyokard infarktüsü sonrası
- Non-spesifik göğüs ağrısı
- Postrevaskülerizasyon iskemi (Oto ve Arkadaşları 2007,Kültürsay ve Türkoğlu

1990).

4.3.4. Koroner Anjiyografi Kontrendikasyonları

Bazı durum ve şartlarda, hastalara koroner anjiyografi yapılamamaktadır.

Her hastada endikasyonlarda olduğu gibi aşağıdaki kontrendikasyonlar da dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır.

a)Kesin kontrendikasyonlar: Akli dengesi yerinde olan erişkin hastanın işlemi kabul etmemesi, koroner anjiyografi konusunda deneyimli bir kardiyoloğun olmaması veya uygunsuz laboratuvar koşulları.

b)Göreceli kontrendikasyonlar: Kontrol edilemeyen ventriküler irritabilite, düzeltilmemiş hipokalemi ve digital toksisitesi, ateşli hastalıklar, dekompanse kalp yetmezliği, alınamayan

hipertansiyon, protrombin zamanının 18 saniyeden yüksek olması, kontrast ajana karşı ciddi alerji, ciddi böbrek yetmezliği, aktif gastrointestinal sistem kanaması (Ateş 1995).

4.3.5. KORONER ANJİYOĞRAFİNİN KOMPLİKASYONLARI

1	Ölüm	0,11
2	Miyokard İnfarktüsü	0,05
3	Serebrovasküler Olay	0,07
4	Aritmiler	0,38
5	Vasküler komplikasyonlar	0,43
6	Hemodinamik Komplikasyonlar	0,37
7	Kardiyak Perforasyon	0,26
8	Diğer	0,28

1. **Tablo 1:**Koroner Anjiyografinin Komplikasyonları (Kültürsay H., Türkoğlu C. (1990) Kalp Kateterizasyonu ve Anjiyografi, Fidan Kitapevi, İzmir.)

Bu komplikasyonların görülme oranı; koroner anjiyoyu uygulayan ekibin (doktorun, hemşirelerin, laborant veya teknisyenin) bilgileri, deneyimleri, becerileri, yetenekleri, zen ve dikkatleri doğrultusunda değişmektedir. Bu nedenle bu ünitenin gerekli nitelikleri taşıyan etkin ekip çalışmasını sergileyen gerçek profesyonellere sahip olmasının yaşamsal bir önemi vardır (Oto ve Arkadaşları 2007).

Koroner anjiyografi birey açısından ele alındığında, hayati önemi olan bir organa yapılacak girişim kuşkusuz hastanın anksiyete düzeyini arttıracaktır. Ayrıca hastanın, hastaneye geldiğinde kendisine nasıl davranılacağını, neler olacağını, kendisini nelerin beklediğini bilmemesi ve farklı bir çevrede bulunması nedeniyle anksiyete daha da artabilir. Bu nedenle hemşireler hastaların anksiyete düzeylerini göze alarak, anksiyetelerini azaltacak bakım planını düzenlemelidirler. Kuşkusuz bu planlama hemşirenin, gerekli bilgi, beceri, davranış ve tutuma sahip olmasını gerektirir (Kültürsay ve Türkoğlu 1990, Oral ve Ömürlü 1994)

4.4.Anksiyete-Kaygı

Yüzyılımızın edebiyatında ve sosyal bilimlerinde önemli bir kavram olarak gözlenen anksiyete 1890'dan bu yana psikoloji ve psikiyatri bilim dallarının önde gelen inceleme konularından biri olmaya başlamıştır (Kum 2000).

Anksiyetenin sözcük anlamı; 'olması yakın olan, ya da umulan bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluktur'. Ayrıca anksiyete, genellikle bilinmeyen ve anlaşılamayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi olarak tanımlanabilir. Evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı değiştirdiği doğal bir tepkisidir. Tanımdan da anlaşılabilceği gibi anksiyete, benlik bütünlüğüne karşı beklenen bir tehdide tepki olarak hissedilen kaygılardır denilebilir (Ersoy 2005).

Anksiyete; her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı ve sıklıkla çeşitli fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, hoş olmayan sıkıntı ve endişe duygusu ve yaşantısıdır. Optimal düzeydeki anksiyete bireyin gelişmesi ve olgunlaşmasını ve bir amaca doğru çaba göstermesini sağlar. Şiddeti belirli bir düzeyin üstüne çıktığında bireyin duygu durumunu ve ruhsal yaşantısını bozup kaygıya yol açabilir. Anksiyete şiddetinin çok yüksek olması ve uzun sürmesi, sürekli olarak anksiyete belirtilerine yoğunlaşılması durumunda birey günlük yaşamını sürdüremez.

Anksiyete davranışı fizyolojik ve psikososyal yapısı farklı olan her bireyde değişik reaksiyonlara, fiziksel ve psikolojik belirtilere neden olur. Genellikle sempatik sinir sisteminin aktivasyonundan ortaya çıkan belirtilerle beraber bulunur. Bunlar; taşikardi, terleme, ürinasyon, vertigo, göğüste ağrı, ağız kuruluğu, diyare, anoreksiya, ya da aşırı yeme, su içme, hızlı ve derin solunum, pupilla dilatasyonu, boyun, sırt kasalarında sertleşme şeklinde görülebilir (Dilbaz 2009, Kocabaşoğlu 2003, Kocaman 2009). XIX. yüzyılın sonlarına doğru başta Dacosta olmak üzere birçok cerrah hastalarında görülen kalp çarpıntılarını üzerinde, durmuş ancak bunların anksiyeteye bağlı olabileceğini düşünmemişler ve durumu fizyolojik terimlerle açıklamaya çalışmışlardır. Sonraları, kalbin yapısında bir bozukluk olmadığını ancak sempatik sinir sistemindeki fonksiyon bozukluğu nedeniyle kalbe ait semptomların ortaya çıktığını söylemişlerdir (Oto ve Arkadaşları 2007).

Freud ilk kez korkuyu anksiyeteden ayırmış ve anksiyetenin geleceğe ait bir kaygı duygusu olduğu halde, temelde ana köklerini geçmiş zaman ait çatışmaların oluşturduğunu ileri sürmüştür

Hay, anksiye düzeylerini;

. Hafif anksiyete,

. Orta derecede anksiyete

. Ağır anksiyete

. Panik olarak dört aşamada sınıflandırmaktadır (Kaplan ve Sadock 1996)

Her aşama kişinin çevresine karşı ilgi düzeyini aksettirir. Anksiyetenin hafif ve orta aşamalarında öğrenim yer alabilir. Orta aşamadan ağır aşamaya doğru geçişte ise, öğrenim bozulmuştur. Çünkü bu aşamada bireyin dikkati dağılır. Detayları fark etmez. Eğer, anksiyete azalırsa birey yedek enerjisi ile neyin yanlış olduğunu bulmaya ve düzeltmeye çalışır. Ağır anksiyete aşamasından panik aşamasına geçtikçe öğrenim olmaz. Birey savunma mekanizmalarından yaralanarak rahatlamaya çalışır (Öz 2004).

Spielberger (1996) anksiyete ölçümünde iki etmenli bir kuram geliştirmiştir. Bu kurama göre; anksiyete, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilir. Her birey tehlike gördüğü durumlarda bir miktar anksiyete duyar. Bu tür anksiyeteye genellikle bireyin yaşadığı, geçici, stresli duruma bağlı kaygıyı oluşturur. Buna ‘durumluk anksiyete’ denir.

Kişinin içinde bulunduğu duruma doğrudan bağlı olmayan anksiyeteye ise ‘sürekli anksiyete’ denir; ve kişilik yapısının bir göstergesidir (Öner 1985 ve 1994).

4.5. Anksiyete ve Hemşirelik

Anksiyete, insanlar için kaçınılmaz bir olaydır ve hiç bilinmeyen bir kaynaktan doğar, beklenmedik durumlarda birden bire belirir. Hastane ortamı içinde ise, bu duygu daha yoğun yaşanır. Hafif derecede anksiyete kişiye huzur verir, aşırı anksiyete ise hastanın tedavisini ve bu tedaviye cevabını zorlaştırır (Kocaman 2009).

Anksiyete, davranışların anlaşılmasında kilit bir kavram özelliği taşımaktadır. Bu özelliği nedeniyle hastanın tedavisi için oldukça önemlidir. Hasta ile 24 saat birebir etkileşim içinde bulunmaları nedeniyle bu duygunun hafifletilmesinde hemşireler önemli bir rol oynamaktadırlar (Şanlı 1989).

Son yıllarda günlük cerrahi sayısında artmalar birçok hastanın sakinleşmeden ve olayın farkına varmadan ameliyattan çıkmasına neden olmaktadır (Biol 2002).

Literatürde; yetişkin cerrahi hastalarında anksiyete ve korku konulu bir araştırmada; hastaneye ameliyat olmak için yatan hastaların anksiyete ve korkunun davranış ve belirtilerini, özellikle ameliyattan önceki gece açıkça gösterdiklerini saptamış. Ancak hastalara ameliyata ilişkin bilgi verildiğinde, anksiyete belirtilerinde ve ifade ettikleri korkuda önemli derecede azalma olduğunu göstermiştir (Baram 1992, Altınok 1998).

Literatürde, hasta anksiyetelerine ilişkin tüm araştırmalarda, hastaların tanılarına bakılmaksızın, her türlü tıbbi tedavi, bakım ve girişimlerde yoğun anksiyete yaşadıkları ortak bir sorun olarak yer almaktadır (Kum 2000, Durna 1996).

Hemşireler, diğer meslek üyeleri ile birlikte iç birliği ile hastaların anksiyetelerini çözümlene yoluna gitmelidir. Anksiyete ile baş etme yoluna giderken hem sosyal, hem formal, hem de yardım amaçlı (Non-teröpatik) yöntemleri kullanabilirler.

Hastaların anksiyete ve korkusunun giderilmesinde Terapötik ve Non-terapötik hemşirelik yaklaşımlarının ne denli önemli olduğu da ortak bir görüş olarak vurgulanmıştır. Hemşireler preoperatif dönemde non-teröpatik iletişim teknikleri, danışmanlık rolü veya bunların kombinasyonlarını kullanarak hastanın anksiyetesini azaltmak için önlem alabilmektedir. Non-terapötik iletişim; hastanın düşünce ve duygularını sözel ve sözel olmayan araçlarla ifade etmesine yardımcı olan rahatlamasına olanak sağlayan dokunma terapisi, müzik terapisi gibi teknikleri içerir.

Bu amaçla cerrahi hemşiresi; profesyonel hemşireliğin bağımsız fonksiyonları içinde yer alan ve hastayla iletişimi sağlayan müzik terapi uygulamasını kullanarak hastaların cerrahi deneyimlerini paylaşabilir ve anksiyetelerini azaltabilirler (<http://www.turkforum.net/showthread.php?t=419672>; Erişim tarihi: 05.11.2009, Terakye 1994).

4.6. Müzik Terapi

Müzikal seslerin ve melodilerin fizyolojik ve psikolojik etkilerini çeşitli ruhsal bozukluklara göre ayarlamak suretiyle, düzenli bir yöntem altında yapılan tedavi şekline **Müzikle Terapi** denilmektedir (Çoban 2005). Müzik terapi; hemşirelik uygulamalarının içinde yer alan noninvazif bir relaksasyon tekniği olmakla birlikte, hastaların bakımlarına katılmalarını kendi düşünceleri doğrultusunda olanak sağlayan estetik yaklaşımlı bir terapi yöntemi olarak kabul edilmektedir (Arslan 2007, Güngör 1999).

4.6.1.Müzik Terapinin Tarihçesi

Müzik, aslı Yunanca olan bir kelimedir ve dünyanın her yerinde aynı anlamı taşımaktadır. Türkçede musiki kelimesi de kullanılmaktadır. Musica eski Yunan'ca 'mousike' ve ya 'mousa' kelimesinden alınmıştır. Birçok araştırmacı bu kelimenin etimolojisini 'muse-melek' anlamına geldiğini savunur. Mitolojiye göre Zeus'un kızları sayılan dokuz peri kızına 'Mousa' (Müz) adı verilirmiş. Eski yunanlılar bu peri kızlarının tüm dünya güzelliklerini ve ahengini düzenlemekle görevli olduklarına inanırlarmış. O yüzden bugün hemen hemen her

dilde kullanılmış olan ‘müzik’ veya ‘musiki’ kelimesinin bu ‘müz’ kökünden geldiği kabul edilmektedir (Sacks 2008, Güvenç 2005).

4.6.1. A)Antik Çağlarda Müzik Terapi

Bilinen tarihin ilk dönemlerinde insanlar, bir şeyi anlatamadıkları zaman onun büyü ve esrarlı olduğunu düşünürlerdi. Sesleri de tabiattaki ruhların sesi olarak nitelendirir ve davul çalarak veya başka sesler çıkararak ruhlara ulaştıklarına inanırlardı. Her canlının, dolayısıyla ruhun bir sesi, bir frekansı vardır. Düşüncesiyle şarkı ritim ve büyü yoluyla ruhların sesine ulaşmaya çalışırlardı. Şamanlar, bir nevi hastalık etkeni olarak düşündükleri kötü ruhların, hastaların bedenini terk etmesi için büyü yaparlardı. Şamanlar ritim, müzik ve dansın etkisiyle insanları çeker, onları adeta hipnotize eder ve böylelikle topluluklara yön verirlerdi. Hastalıkların tedavisinde söylenen şarkılar, çalınan müzik, ritim ve yakılan tütsüler hep kötü ruhları kovmak içindi.

İbrani kaynaklarında, hükümdar Saul’un histeriden meydana gelmiş sinirlilik ve hiddet halinin, Davut peygamberin rebap nağmeleriyle sona erdiğinden bahsedilmektedir. Hz. Musa’nın hekimliği ve musikiyi Mısırlılardan öğrendiği; hatta, Musevilere Tevrat’ı konuşmayı andıran melodik bir tarzda okumalarını tavsiye ettiği rivayet edilmektedir. Hz. Davud’un sesinin gürlüğü, etkililiği, sesiyle Zebur’a inananları etkilediği de herkesçe bilinen bir gerçektir (Yiğitbaş 1972, Songar 1976).

Eski Yunanlılar’da da paignon denilen müzikal parçaların bir avuntu ve ilaç olarak hastalıklardan ve dertlerden kurtulmada etkili olduğuna inanılmaktadır. M.Ö. 585-500 yıllarında yaşayan Pythagoras, mutsuzluk ve çabuk öfkelenmeyi melodilerle tedavi edebilmenin yollarını aramıştır. Hatta hastalıkları müzikle tedavi etme fikrinin ilk kez Pythagoras tarafından ortaya atıldığı söylenmektedir.

Eski Roma’da Celsus ve Areteus da müziğin ruh hastalıklarına iyi geldiğini savunmuştur. Eski Roma’ da müzik o kadar ön planda tutulmuştur ki bazı kaynaklarda sara, konuşamama, histeri nevrozu, böcek sokmaları, kanamalar, mikrobik hastalıklar ve ağrılar için müziğin kullanıldığı yer almaktadır.

Ünlü filozof Konfüçyüs müziğin kişilerarası ilişkileri düzelten, gözlere parlaklık veren, kulakları keskinleştiren, kanın hareket ve dolanımını rahatlatan bir değer olduğunu belirtmektedir.

Literatür, Kahire’de bir hastanede, hastalara ameliyattan önce müzik dinletildiği ve hastaların bundan güç aldığına inandıklarından bahsetmektedirler (Gençel 2006, Güvenç 2005, Hüner 1989).

4.6.1.B)Ortaçağ Avrupası'nda Müzik Terapi

Ortaçağ Avrupası'nda müziğin şeytan tarafından insanları dünyaya bağlamak ve günah işlemek için verildiğine inanan din adamları vardı. Bu türden din adamları ve onlara inananlar, engizisyon mahkemelerini oluşturan, sayısız masum akıl hastasını şeytanın oyuncağı oldu diye yakan, Ortaçağı tarihe en karanlık dönemlerden biri olarak yazdıran insanlardan olmuşlardır. Diğer taraftan Protestanlığın kurucusu ve iyi bir müzisyen olan Luther, müziği ruhi bir tedavi aracı olarak görüyordu. Şeytanın müzikten nefret ettiğini söylüyor, müziği Tanrı'nın hediyesi olarak kabul ediyordu. Daha sonraki yıllarda, Luther gibi din adamları ayinlerde müziğin kullanılmasını sağladılar. Her dönemde olduğu gibi, Hıristiyan mistikleri de müziği seviyor ve kullanıyorlardı (www.musicasmedicine.com; Erişim tarihi:07.08.2009, www.musictherapy.org; Erişim tarihi:22.09.2009).

18. ve 19. yüzyılda Avrupa'da, müziğin tedavide kullanılmasına ilişkin fikirler ortaya konmaya başlamış, 20. yüzyılda bu tedavi yönteminin hak ettiği yere ulaşması için gereken temeller atılmıştır. Bir İngiliz araştırmacı, armoni, ritim ve melodinin birer tedavi faktörü olduğunu belirtmiş, bunun hastaya enerji verdiğini ve gözle görülür bir iyileşme sağladığını ifade etmiştir. Müzikle birlikte kontrolsüz kasların harekete geçtiğinden, müzikal etkinliklerin bireysel olarak ve grup halinde uygulanabileceğinden söz etmiştir.

Bu dönemde, okullarda ve hastanelerde hem çocuklar hem de erişkinler için müzikle tedavi seansları düzenlenmeye başlamıştır. Özellikle çocuk hastalarda oldukça başarılı sonuçlar alınmıştır. Londra'nın merkezinde ir müzikle yardım ekibi oluşturulup, her büyük hastanenin belirli koğuşlarına telefon yardımıyla müziğin ulaştırılması sağlanmıştır. Ayrıca, ameliyat edilen hastaların yanında her gün şarkı söylenip çalgı çalacak hastabakıcılardan oluşan bir ekip verilmiştir.

Uykusuzluk çeken hastalar için, Bolton Hastanesinde, saat gibi zemberekle veya motorla çalışan bir müzik kutusu kullanılmış ve büyük başarı elde edilmiştir (www.tumata.org; Erişim tarihi:18.08.2009, www.aurapsikoterapi.com;Erişim tarihi:11.11.09).

4.6.2.Türklerde Müzik Terapi

Orta Asya Türklerinde, müzik çok çeşitli amaçlar için kullanılmıştır. Kopuz ve saz ile icra edilen müzik, yeri geldiğinde güç veren, yeri geldiğinde de topluluktaki birlik duygusunu arttıran bir unsur olmuştur. Kopuz, sadece tedavi eden ve kötü ruhları kovan bir çalgı değildi. Aynı zamanda ululuğu, veliliği, maneviyatı sembolize ettiği belirtilmektedir.

Asya kökenli Türk musikisinin önemli özelliği, beş sesli sisteme sahip olmasıdır. Türk müziğinin kaynağında en eski değer olarak düşünöbilecek olan bu beş seslilik, halen Avrupa'da birçok yerde tedavi için kullanılmaktadır.

İslam tarihinde, özellikle tasavvuf ekolü mensupları müzikle uğraşmışlar ve insanın ruhi hastalıklardan kurtulup olgunlaşmasına katkıda bulduklarını savunmuşlardır. Hem hekim hem de müzikolog kimlikleriyle İslam tarihinin önemli kilometre taşlarından olan Zekeriya Er-Razi, Farabi ve İbni Sina müziğin tedavi edici etkisini incelemişlerdir. O zamandan başlayan müzikle tedavi geleneği, Selçuklu ve Osmanlı şifahanelerinde devam etmiştir.

Ebu Bekir Razi de, melankolik hastaların meşguliyetle tedavi edilmeleri gerektiğinden bahseder. Razi, bu tür hastaların avlanma, balık tutma gibi meşguliyetlerinin yanında sevdikleri arkadaşlarıyla sohbet etmelerini tavsiye eder. Ayrıca hastaların müzik öğrenmelerini, müzik öğretmelerini ve güzel sesle söylenen şarkılar dinlemelerini önerir.

Türk İslam tarihinin büyük isimlerinden biri olan İbni Sina da, musikinin insan bedenine etkisini incelemiştir. Tedavinin etkili olması, hastanın akli ve ruhi dengesini artırmak için çevresinin sevimli hale getirilmesi gerektiğini keşfetmiş, bunun için de musuki dinletmenin en etkili yollardan biri biri olacağını savunmuştur. Araştırmalarda sık sık kaynak olarak Farabi'ye başvuran İbni Sina, müzik notalarının insan ruh hallerindeki iniş çıkışları temsil ettiğini tespit etmiştir. Ona göre müziği bize hoş gösteren, işitme gücümüz değil;o besteden çeşitli telkinler çıkaran idrak yeteneğimizdir. Yani müziğin bize uyandırdığı duygularımızdır.

Razi, Farabi, İbni Sina gibi Türk bilginlerinin ilk adımını attığı, psikolojik sebeplerle başlayan bedensel hastalıklarda ilaç, meşguliyet ve müzikle tedavi yöntemi, Selçuklu ve Osmanlı bilginleri tarafından geliştirilmiş ve 18. yüzyıla kadar başarıyla uygulanmıştır (Güvenç 2005, www.muzikegitimcileri.net; Erişim tarihi: 11.09.2009).

4.3.Günümüzde Müzik Terapi

Amerika'da müzikle tedavide ilk adımı Dr. Willer Van der Wall atmıştır. İlk defa 1920 senesinde Pennsylvania ve New York eyaletlerinin hastane ve hapishanelerinde, müziğin insan ruhu üzerindeki etkilerini araştırmış, yatıştırıcı ve uyarıcı etkileri olduğunu saptamıştır.

Özellikler 1950'li yıllardan sonra Avrupa'da ve ABD'de müzikle tedavi hızla kliniklere girmeye başlamıştır. 1947 yılında Altshuler isimli hekim, Michigan Devlet Hastanesinde müziği tedavi programına aldıktan sonra, araştırmalar birbirini izlemiş ve

depresyon, şizofreni, zeka geriliği, alkol ve madde bağımlılığı gibi hastalıklarda müzik aktif olarak kullanılmaya başlanmıştır.

1960'lı yıllarda, müzikle tedavi ediciler çok az sayıdaydı ve eğitimleri için verilen müfredat çok zayıftı. Haliyle bu, müzik terapinin tanımını sınırlandıran bir durumdu. 1980 yılında, müzik terapi ile ilgilenen insanların sayısında artış olmuş ve yayınlanan bir bildiri ile müzikterapinin tanımı genişletilmişti. 1980'li yıllarda müzik terapi alanındaki kuruluşların üyeliklerinde farkına varılır bir artış yaşanmış, müzikterapi konusunda birçok yeni teknik ve pratik uygulama şekli geliştirilmiştir. Bu dönemde yayınlanan bir bildiride müzikterapi, bir öncekinden de geniş tanımlanmıştır. 1997 yılında Amerikan Müzikterapi Birliği müzik terapinin bir bilim dalı olduğunu ifade eden tanımı yaparlar: Müzik terapi, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan uzmanlık dalıdır.

Bugün Avrupa'da ve ABD'de birçok müzikle tedavi okulu, hemen hemen her psikiyatri kliniğinin irtibatında olduğu bir müzikle tedavi ekibi bulunmaktadır. Her gün konuyla ilgili araştırmalar çoğalmakta, daha ileri bir tedavi sağlamanın yolları aranmaktadır

(www.musicasmedicine.com; Erişim tarihi:07.08.2009).

Ülkemizde ise; TUMATA adlı grup, 1976 yılında, Türk musikisinin doğuşunu, gelişmesini, tedavi değerini, repertuar ve enstrüman zenginliğini araştırmak ve tanıtmak amacı ile Rahmi Oruç Güvenç tarafından kurulmuştur. 1991–1995 tarihlerinde İstanbul Üniversitesi Etnomüzikoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bağlı olarak faaliyet gösterdikten sonra, Marmara Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü'nde, Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Birimi olarak faaliyetine devam etmektedir .

Klinik çalışmalar ise 1993 yılında başlamıştır. Viyana'da Meidling klinikte başlayan proje ve uygulama çalışmaları arasında en eskisi olan nöroloji çalışması tamamlanmıştır. 2000 yılından beri kardiyoloji ve 2001'den beri de onkoloji çalışmaları sürdürülmektedir. Engelliler konusundaki çalışmalar 1993 yılından beri sürmektedir. Ayrıca geriatri ve immünoloji projeleri de devam etmektedir.

2007 yılında Gazi Üniversitesi algoloji bölümü ile başlatılan kronik ağrılı hastalara ve yine Gazi Üniversitesi çocuk psikiyatrisi bölümü ile başlatılan otistik ve spastik çocuklara müzik ve hareket terapisi çalışmaları sürmektedir. 2007 yılından beri, hasta memnuniyeti projesi içinde özel bir hastanede müzik ve hareket terapi uygulamaları devam etmektedir (Güvenç 2005).

Diğer yandan; ünlü kalp doktoru Mehmet Öz, ölüm korkusu nedeniyle kalp ameliyatlarında ölümlerin fazla olduğunu ancak, hastalara terapötik etkisi olan müziklerin

dinletilmesiyle ölümlerin azaldığını ve tedavide başarılı sonuçlar aldıklarını ifade etmektedir (www.porttakal.com; Erişim tarihi:08.10.2009).

4.4.Müzik Terapi Çeşitleri

Aktif Müzikterapi

Kam ve Baksı adı verilen Orta Asya hekimleri, müzik ve dansı hasta tedavisi için kullanıyorlardı. Kazakistan, Kırgızistan, Altay, Moğolistan ve Sibiryta bölgelerinde halen devam eden bu dans terapisi, kol, omuz ve baş hareketleriyle faaliyete geçen ruhi enerjinin bütün vücudu sarması ile elde edilen trans hali sonucu, hasta kişi için gerekli tedavi bilgisine ulaşmayı amaçlamaktadır. Baksılar; kılkopuz, dombra, şankopuz, asatayak, davul gibi müzik aletleri ile trans ve tedavi eylemini gerçekleştiriyorlardı. Bu seanslarda genel olarak Pentatonik müzik tonları kullanılıyordu. İngiltere’de, Londra Nordoff Robbins müzikterapi enstitüsünde uygulanan tedavi sisteminde Pentatonik müziğin kişilerde kendine güven ve kararlılık oluşturduğu bulgusu ile, otistik çocukların tedavisi ve eğitiminde bu müzik kullanılmaktadır.

TÜMATA çalışmaları içinde, Baksı dansı ile birlikte çeşitli sufi dansları (semah ve sema) incelenmekte ve oluşturulan aktif müzikterapi anlayışı ile bu eski teknikler, modern tıp içinde, otizm, geriatri, onkoloji, immünoloji, nöroloji, kardiyoloji, depresyon, anksiyete vb. konularında tedavi amacı ile uygulanmaktadır. Bu konularda Tümeta, Berlin Urban hastahanesi ve Viyana Meidling Kliniği işbirliği söz konusudur. (Güvenç 2005).

Pasif (Receptive) Müzikterapi

Horasan kaynaklı Türk Sanat musikisi ve Horasan-Anadolu musiki makamlarımızın olgunluğu ile gelişen pasif-receptiv müzik terapi geleneği icrası sırasında hastalar rahat bir şekilde oturarak veya uzanarak dinlenme halindedir. Bu tedavi şeklinde amaç, hastaların emosyonel (duygu) durumlarını değiştirerek onları rahatlatmak ve kendine güvenlerini kazanmalarına yardımcı olmaktır .

Günümüzde, TÜMATA tarafından uygulanan teknikte bu esaslara sadık kalınmıştır. Hasta istirahat pozisyonunu alır, bir seans süresince geniş ve rahatlatıcı bir ritim ve su sesi eşliğinde, Ney, Rebab, Çeng, Ud, Dombra ve Rübab ile emprovize (ritimli taksim) yapılır ve uygun makamlar üzerinde çalışılır. Bu şekilde bir icra sırasında, otizm’den ve psikolojik çocuk hastalıklarından geriatri’ye kadar çeşitli psikolojik ve fizik hastalıklarda olumlu değişimler ve iyileşmeler gözlenmektedir.

Horasan kaynaklı Türk Sanat musikisi ve Horasan-Anadolu musiki makamları ve makamların ruha etkileri şöyle sınıflandırılmaktadır:

- **Rast makamı:** İnsana sefa(neşe, huzur) verir.
- **Rehavi makamı:** İnsana beka (sonsuzluk fikri) verir.
- **Küçük makamı:** İnsana hassasiyet (duyarlılık) verir.
- **Büzürk makamı:** İnsana havf (çekinme, sakinme duygusu) verir.
- **İsfahan makamı:** İnsana hareket kabiliyeti ve güven hissi verir.
- **Neva makamı:** İnsana lezzet ve ferahlık verir.
- **Uşşak makamı:** İnsana gülme 'dilhek' verir.
- **Zirgüle makamı:** İnsana uyku 'nevm' verir.
- **Saba makamı:** İnsana şecaat (cesaret, kuvvet) verir.
- **Buselik makamı:** İnsana kuvvet verir.
- **Hicaz makamı:** İnsana tevazu (alçak gönüllülük) verir.
- **Hüseyni makamı:** Sükunet ve rahatlık hissi verir. İçindeki, gizli pentatonik yapı sebebiyle, kendine güven ve kararlılık duygusu verir. Kalp, karaciğer ve mide hastalarının müzikle terapisinde kullanılır (Güven 2005).

Müziğin anksiyete üzerine etkisinin incelendiği çok sayıda araştırma bulunmaktadır:

Güngör (1999) yapmış olduğu çalışmada cerrahi girişim yapılacak vakalarda; müzik terapi uygulanan hastaların ortamdaki uzaklaşma ve hayal kurma ile huzurlu olduklarını tespit etmiştir.

Özdemir (2007) hafif alzheimer hastalarına uygulanan çoklu duyuşsal uyarıcı yönteminin kognitif durum, depresyon ve anksiyete üzerine etkisini incelemiştir ve müzik terapinin etkin bir şekilde anksiyeteyi düşürdüğünü göstermiştir.

Uçan (2005) Üstgastrointestinal endoskopi işleminde dinletilen müziğin hastanın nabzına, kan basıncına, oksijen saturasyonuna, memnuniyetine ve işlemin başarısına etkisini incelediği araştırmasında; nabız, tansiyon ve oksijen saturasyonlarının deney grubunda anlamlı derecede olumlu yönde seyrettiği ve hastaların işlemde memnun ayrıldıklarını gözlemiştir.

Varol (1998) preoperatif dönemde müzik terapi ve dokunma terapisi içeren hemşirelik uygulamalarının hasta üzerine etkilerini incelemiştir. Araştırma sonucunda preoperatif hasta eğitimi esasında dinletilen sedatif müziğin hastaların durumluk kaygı düzeyini azalttığı belirtilmiştir.

Bally ve arkadaşları (2003) araştırmalarında anjiyo süresince uygulanan müzik terapi, ağrı ve anksiyete seviyesini azalttığını ve müzik terapinin destekleyici bir yardımcı yöntemi olduğunu saptamışlardır.

Bradt ve Dileo (2009), müziğin koroner kalp hastalarında stres ve anksiyetesine etkisini incelemiştir ve müziğin kalp hızı, kan basıncı, ve solunum hızını olumlu yönde etkilediğini ifade etmişlerdir.

Nill ve arkadaşları (2009), müziğin anjiyo olacak hastalardaki rahatlama hissini incelemiştir ve yüksek derecede uygun olduğunu ama çalışmasından kaynaklanan sonuçlar doğrultusunda tam anlamıyla uygulayamadığını belirtmiştir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda intraoperatif dönemde dinletilen müziğin hastanın anksiyete düzeyine etkisini incelemek amacıyla ön test/son test kontrol gruplu düzende deneysel olarak planlandı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, İstanbul ili, Anadolu yakasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin Kardiyoloji Servisi'nde yapıldı. Araştırma Eylül 2007 - Kasım 2009 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma verileri Haziran 2009– Ekim 2009 döneminde 5 ayda toplandı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İstanbul'da Anadolu yakasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde anjiyo için yatan hastalar oluşturdu; örneklemi ise araştırmaya alınma kriterlerine uygun, 100 kontrol ve 100 deney grubu olmak üzere 200 hasta oluşturdu.

Örnekleme alınma kriteri olarak;

- İlk kez anjiyo olma
- 18 yaş ve üzeri olma
- Okuduğunu ve okunanı anlayabilme
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- İşitme ile ilgili sorunları olmaması olarak belirlendi.

Kriterlere uygun olan hastalardan basit raslantısal olarak deney ve kontrol gruplarına ayrıldı.

5.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada, sosyodemografik özellikleri içeren anket formu, durumluk- sürekli kaygı envanteri, müzik CD'si ve radyo teyp kullanıldı.

- *Anket Formu (Ek 2)*

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek gibi sosyodemografik özellikler ve koroner anjiyografi ile ilgili bilgi ve deneyime yönelik soruları kapsamaktadır. Anketin son bölümünde müzik ve anksiyeteye yönelik sorulardan oluştu.

- **Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (Ek 3 ve Ek 4)**

Asıl formu İngilizce 'State-Trait Anxiety Inventory' olan ölçek Spielberger, R.L. Gorsuch ve Lushene tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Spielberg durumluk sürekli anksiyete envanteri ile akut anksiyetenin ölçülme olanağını sağlamıştır. Böylece operasyon gibi geçici stres durumlarıyla ortaya çıkan anksiyetenin davranışlar üzerindeki etkisi incelenmeye başlanmıştır. Öner ve Le Compte tarafından (1985) Türkçeye çevrilerek, Türk toplumuna uyarlanmıştır.

Bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçen envanter, 14 yaş ve üstü sağlıklı bireyler ile okuduğunu anlayıp yanıtlayabileceği kadar bilinci yerinde olan hastalara uygulanabilir, zaman sınırlaması yoktur. Envanterin, her biri likert tipinde 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır:

1-Durumluk kaygı ölçeği (Ek 3): Bireyin belirli **bir anda** ve **belirli koşullarda** kendini nasıl hissettiğini belirler.

2-Sürekli kaygı ölçeği (Ek 4): Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, **genellikle** kendini nasıl hissettiğini belirler.

Uygulanışı: Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Bu durumda önce durumluk kaygı ölçeği, sonra sürekli kaygı ölçeği verilmelidir. Bunun nedeni, durumluk kaygı ölçeği, sınanma ya da sınanma koşulları ile ilgili tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duygusal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlı olduğundan, bireyin başlangıçtaki olumsuz algılamalarına ifade olanağı vermesidir. Bu suretle anlık kaygı güvenilir bir düzeyde ölçmüş olur.

Yanıtlanması: Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre 'hiç', 'biraz', 'çok', ve 'tamamıyla' şıklarından birinin seçilmesi; sürekli kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre 'hemen', 'hiçbir zaman', 'bazen', 'çok zaman' ve 'hemen her zaman' şıklarından birinin seçilerek işaretlenmesi gerekir.

Puanlanması: Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren 'ters' ifadeler puanlanırken bir ağırlık değerinde olanlar dörde, dört ağırlık değerinde olanlar ise bire dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde dört değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise dört değerindeki yanıtlar düşük, bir değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler), sürekli

kaygı ölçeğinde ise yedi tane (21,26,27,30,33,36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır.

Yorumu: Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ila 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması yüksek kaygı seviyesini; puanın düşük olması ise düşük kaygı seviyesini ifade eder. Öner ve Le Compte'un (1985) cerrahi servislerindeki hastalarla yaptığı uygulamalarında saptadığı ortalama puanlar 30 ile 41 arasında değişmektedir.

Öner ve Le Compte'nin güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik katsayısı sürekli kaygı ölçeğinde 0.83- 0.87, durumluk kaygı ölçeğinde ise 0.94-0.096 arasında değişmektedir (Öner 1985).

Bizim çalışmamızda ise Sürekli Kaygı Ölçeğinde güvenilirlik katsayısı 0.91, Durumluk Kaygı Ölçeğinde güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak bulundu.

- **Müzik CD'si (Ek 7) ve Radyo Teybi**

Araştırmada hastalara dinletilen müzik, literatür doğrultusunda sedatif müzik tanımına uygun olarak araştırmacı tarafından seçildi (Güvenç 2005). Müzik seçimi öncesi Tümeta Derneği ile iletişim kuruldu. Derneğin yönlendirmesi ve literatür bilgisi doğrultusunda 'Hüseyni' makamının kullanılmasına karar verildi. Derneğin önerileri doğrultusunda, Tümeta derneğinin çalışma ürünü olan 'Hüseyni' makamında hazırlanmış bir CD ve müziği hastalara dinletmek için radyo teybi kullanıldı.

5.5. Verilerin Toplanması

Koroner anjiyografinin uygulandığı yer; bekleme odası ve işlem odası olmak üzere, küçük bir üniteden oluşmaktadır. Ünitenin bulunduğu yer hastanenin gürültüsünden izole bir kısımdadır. Her anjiyo işlemi ortalama olarak 10 dakika sürmektedir. Hastalar serviste kaydı yapıldıktan sonra, işlemin yapıldığı üniteye gönderilmekte ve burada bekleme odasına alınmakta, ve anjiyo öncesi hazırlık burada yapılmaktadır.

Örnekleme kriterlerine uygun deney ve kontrol grubundaki hastalara, bekleme salonunda araştırmanın amacı anlatılarak hasta izin formu (Ek 1) okutuldu ve imzalatıldı. Her iki gruptaki hastaya anjiyo işlemi başlamadan 10 dakika önce bekleme salonunda anket formu ve sırasıyla durumluk ve sürekli kaygı ölçeği uygulandı. Ölçekler fiziksel olarak kendini güçsüz hisseden hastalara araştırmacı tarafından okunup, işaretlendi.

Deney grubu hastalarına anjiyo öncesi uygulamanın nasıl yapılacağı konusunda bilgi verildi, araştırmanın amacı doğrultusunda seçilmiş müziğin tüm salona verileceği açıklaması yapıldı. Müzik yayını işlemin yapıldığı salona, hasta salona girmeden başlatıldı ve hasta odadan çıkıncaya kadar sürdürüldü. Kontrol grubu hastalarına işlem yapılırken anjiyo

salonuna müzik yayını yapılmadı. Anjiyo bittikten sonra her iki gruptaki hastaya da Durumluk Kaygı leği tekrar uygulandı.

5.6. Veri Toplamada Karşılaşılan Güçlükler:

-Yaz aylarında anjiyo hasta sayılarının azalması nedeniyle anjio işleminin yapılmaması ve anjiyo makinesinin araştırma sırasında 2 kez bakıma girmesi ve bakımının periyodik olarak 2 hafta sürmesi nedeniyle veri toplama süresi uzadı.

-Hastaların çalışmayı yabancı bulmaları, katılmak istememeleri hedeflenen sayıdaki örnekleme ulaşmayı geciktirdi.

5.7. Verilerin analizi:

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS for Windows 11.5 paket programı kullanılarak istatistiki danışmanlığında yapıldı. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı, parametrik ve istatistiksel analizler kullanıldı. Anjiyo olacak hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili veriler; sayı, yüzdelik ve ortalama ile değerlendirildi. Tanıtıcı zellikler ile ölçek toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde; bağımsız gruplarda t testi, Varyans Analizi (ANOVA), Post-Hoc Tukey HSD kullanıldı.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırmanın yapıldığı klinikten yazılı izin alındı (Ek 5)
- İlgili kurumun bağlı olduğu kurumdan etik kurul onayı alındı (Ek 6).
- Araştırmaya katılan tüm hastalardan yazılı izin alındı (Ek 1).
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla çalışıldı.

6. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular; hastaların demografik özellikleri, deney ve kontrol gruplarının durumluk- sürekli anksiyete puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması ile demografik özelliklere göre anksiyete puanlarının dağılım ve karşılaştırılması olmak üzere üç ana başlık altında incelendi.

6.1 Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular:

Bu bölümde, deney ve kontrol grubu anjiyografi hastalarının sosyo-demografik ve sağlıkla ilgili tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 2 Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Kategori	Kontrol (n=100)		Deney (n=100)		Toplam (N=200)	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	31	31	29	29	60	30
	Erkek	69	69	71	71	140	70
Yaş	18-45	18	18	26	26	44	22
	46-65	61	61	52	52	113	56.5
	66 ve üzeri	21	21	22	22	43	21.5
Eğitim Durumu	Orta Öğrenim	65	65	47	47	112	56
	Yüksek Öğrenim	35	35	53	53	88	44
Yaşam Yeri	Şehir	17	17	1	1	18	9
	Büyükşehir	83	83	99	99	182	91
Medeni Durum	Evli	91	91	99	99	190	95
	Bekâr	4	4	1	1	5	2.5
	Dul	5	5	0	0	5	2.5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	43	43	26	26	69	34.5
	Emekli	41	41	61	61	102	51
	Çalışmıyor	16	16	13	13	29	14.5
Sağlık Güvencesi	Emekli Sandığı	72	72	93	93	165	82.5
	SSK	28	27	7	7	35	17.5
Daha Önce Hastane Deneyimi Olma Durumu	Evet	25	25	25	25	50	25
	Hayır	75	75	75	75	150	75
Anjiyografi Öncesi Ameliyat Olma Durumu	Evet	20	20	12	12	32	16
	Hayır	80	80	88	88	168	84

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşları incelendiğinde; çoğunluğunu (45-65) yaş arası, erkek, emekli hastaların oluşturduğu, %44'ünün (n=88) yüksek öğrenim eğitim düzeyinde olduğu görüldü. Anjiyografi öncesi hastaneye yatış oranı %25 (n=50); anjiyografi öncesi başka bir bölümde ameliyat olma oranı %84 (n=168) olarak belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3 Hastaların Anjiyografi İşlemi ile İlgili Bilgi ve Düşüncelerinin Dağılımı:

Özellikler	Kategori	Kontrol (n=100)		Deney (n=100)		Toplam (N=200)	
		n	%	n	%	n	%
Anjiyografi Hakkında Bilgisi Olma Durumu	Bilgisi Var	50	50	98	98	148	74
	Bilgisi Yok	50	50	2	2	52	26
Bilginin Kimden Alındığı	Sağlık Personeli	46	96	97	99	143	96.5
	Diğer	4	8	1	1	5	3.5
Anjiyografi İlgili Risklerin Açıklanmasını İsteme Durumu	Evet	86	86	100	100	186	93
	Hayır	14	14	0	0	14	7
Anjiyografi Kararı Verildikten Sonra Geçen Bekleme Süresi	0-3 gün	62	62	94	94	156	78
	4-7 gün	35	35	6	6	41	20.5
	8 gün ve üzeri	3	3	0	0	3	1.5
Anjiyografi için Endişe Hissetme Durumu	Evet	83	83	96	96	179	89.5
	Hayır	17	17	4	4	21	10.5
Endişeyi Azaltmak İçin Tedbir Alma Durumu	Evet	1	1	1	1	2	1
	Hayır	99	99	99	99	198	99
Müziği Sevme Durumu	Evet	94	94	97	97	191	95.5
	Hayır	6	6	3	3	9	4.5
Sakinleşmek İçin Müzik Dinleme Durumu	Evet	20	20	6	6	26	13
	Hayır	27	27	35	35	62	31
	Bazen	53	53	59	59	112	56
Anjiyografi Sırasında Müzik Dinletilmesi Hakkındaki Düşüncesi	Endişeyi Azaltır	18	18	2	2	20	10
	Endişeyi Azaltmaz	5	5	3	3	8	4
	Endişeyi Azaltabilir	54	54	67	67	121	60.5
	Bilmiyor	23	23	28	28	51	25.5
Hangi tür müzik dinlemek ister?	Rock /Pop /Rap	15	15	9	9	24	12
	Türk Halk Müziği	42	42	61	61	103	51.5
	Türk Sanat Müziği	43	43	30	30	73	36.5

Hastaların %78'inin (n=156) anjiyo kararı verildikten sonra 3 gün içinde anjiyografi olduğu; çoğunun işlem için endişe duyduğu (%89,5; n=179) ve endişesini azaltmak için bir şey yapmadığı (%99; n=198); %95,5'nin (n=191) müziği sevdiği ve %56'sının (n=112) sakinleşmek için müzik dinlediği belirlendi. Hastaların çoğunun (%51,5; n=103) Türk Halk Müziği dinlemek istedikleri saptandı (Tablo 3).

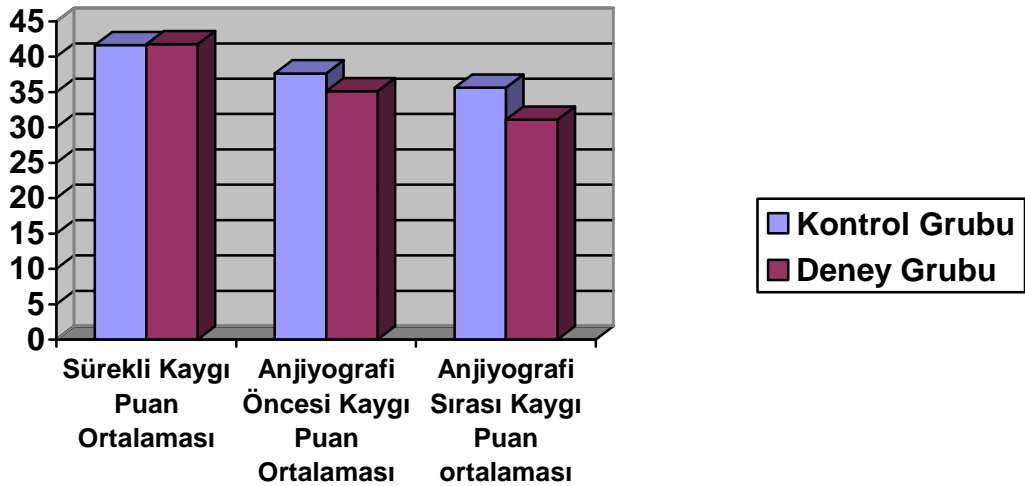
6.2 Hastaların Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puanlarının Dağılımı ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4 Kontrol ve Deney Gruplarının Sürekli Kaygı ve Anjiyografi Öncesi/Sırası Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=200)

Ölçek	Kontrol (n=100)		Deney (n=100)	
	X	Ss	X	Ss
Sürekli Kaygı Puan Ortalaması	41,62	1,43	41,75	1,84
Anjiyografi Öncesi Durumluk Kaygı Puan Ortalaması	37,61	1,43	35,11	1,28
<i>Anjiyografi Sırası Durumluk Kaygı Puan Ortalaması</i>	35,60	1,42	31,07	0,98

t Testi

Hastaların durumluk-sürekli kaygı puan ortalaması incelendiğinde (Tablo 4); kontrol grubu hastalarda sürekli kaygı puan ortalaması $41,62 \pm 1,43$; anjiyografi öncesi durumluk kaygı puanı ortalaması $37,61 \pm 1,43$; anjiyografi sırası durumluk kaygı puanı ortalaması ise $35,60 \pm 1,42$ olduğu görüldü. Deney grubunda ise; sürekli kaygı puanı ortalaması $41,75 \pm 1,84$; anjiyografi öncesi durumluk kaygı puanı ortalaması $35,11 \pm 1,28$; anjiyografi sırası durumluk kaygı puanı ortalaması ise; $31,07 \pm 0,98$ olarak bulundu.



Grafik 1 Kontrol ve Deney Gruplarının Sürekli Kaygı ve Anjiyografi Öncesi/Sırası Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları

Tablo 5 Kontrol ve Deney Gruplarının Anjiyografi Öncesi ve Sırası Durumluk Kaygı Puanlarının Dağılımının Karşılaştırılması (N=200)

Durumluk Kaygı Puan	Kontrol (n=100)	Deney (n=100)
Ortalaması	$x \pm Ss$	$x \pm Ss$
Anjiyografi Öncesi	37,61 \pm 1,43	35,11 \pm 1,28
Anjiyografi Sırası	35,60 \pm 1,42	31,07 \pm 0,98
t ve p	t=201 p=0,000	t=35,28 p=0,000

t testi

Tablo 5’te hastaların anjiyografi öncesi ve sırası durumluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, hem deney hem de kontrol grubunun anjiyografi öncesi ve anjiyografi sırası durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu (p=0.000).

Tablo 6 Kontrol ve Deney Gruplarının Anjiyografi Öncesi ve Sırası Durumluk Kaygı Puan Farklarının Karşılaştırılması (N=200)

Durumluk Kaygı Puan Ortalaması	Kontrol (n=100)	Deney (n=100)	t	p
Anjiyografi Öncesi- Sırası Puan Farkı	2,01 \pm 0,10	4,04 \pm 1,15	17,66	0,000

t testi

Deney grubunun anjiyografi öncesi - anjiyografi sırası durumluk kaygı puan ortalaması farkı (4,04 \pm 1,15), kontrol grubunun anjiyografi öncesi - sırası puan ortalamaları farkından (2,01 \pm 0,10) anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 6).

6.3 Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Anksiyete Puanlarının Dağılım ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 7 Cinsiyete Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının ve Puan Değişimlerinin Karşılaştırılması (N=200)

Durumluk Kaygı Ölçeği Puan ortalamaları	Cinsiyet					
	Kontrol (n=100)		t ve p	Deney (n=100)		t ve p
	Kadın (n=31)	Erkek (n=69)		Kadın (n=29)	Erkek (n=71)	
	x±Ss	x±Ss		x±Ss	x±Ss	
Anjiyografi Öncesi	39,23±1,18	36,88±1,18	t=-11,66 p=0,000	36,34±1,17	34,61±0,93	t=-7,83 p=0,000
Anjiyografi Sırası	37,23±0,80	34,87±0,77	t=-11,97 p=0,000	31,76±0,74	30,79±0,93	t=-5,03 p=0,000
Anjiyografi Öncesi-Sırası Farkı	2	2,01	t=0,670 p=0,505	4,59±0,95	3,82±1,15	t=-3,19 p=0,002

t Testi

Araştırmamız kapsamındaki hastaların kaygı puanları cinsiyete göre incelendiğinde; hem deney hem de kontrol grubundaki kadın hastaların anjiyografi öncesi ve sırasındaki durumluk kaygı puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede erkek hastalardan daha yüksek olduğu görüldü (p=0.000).

Kontrol grubu hastalarda cinsiyete göre anjiyografi öncesi ve sırası puan değişimi anlamlı bulunmazken; deney grubunda cinsiyete göre anjiyografi öncesi ve sırası puan değişiminin istatistiksel olarak (p<0.05) anlamlı derecede farklı olduğu saptandı (Tablo 7).

Tablo 8 Yaşa Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının ve Puan Değişimlerinin Karşılaştırılması (N=200)

Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları	Yaş							
	Kontrol (n=100)			ve F ve p	Deney (n=100)			F ve p
	18-45 (n=18)	45-65 (n=61)	66 üzeri (n=21)		18-45 (n=26)	45-65 (n=52)	66ve üzeri (n=22)	
	x±Ss	x±Ss	x±Ss	x±Ss	x±Ss	X±Ss		
Anjiyografi öncesi	37,39 ±0,78	37,69 ±1,50	37,57 ±1,66	F=0,31 p=0,733	34,92 ±1,13	35,10 ±1,27	35,36 ±1,47	F=0,71 P=0,494
Anjiyografi sırası	35,39 ±0,78	35,67 ±1,49	35,57 ±1,66	F=0,28 p=0,758	31 ±1,06	31,08 ±0,97	31,14 ±0,94	F=0,12 P=0,890
Anjiyografi Öncesi- Sırası Fark Anova Testi	2	2,02 ±1,3	2	F=0,32 p=0,758	3,92 ±1,06	4,02 ±1,18	4,23 ±1,19	F=0,43 P=0,650

Tablo 8'de görüldüğü gibi hastaların yaş aralıklarına göre, kaygı puanları incelendiğinde; hem kontrol hem de deney grubunda anjiyografi öncesi ve anjiyografi sırasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 9 Eğitim Durumuna Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının ve Puan Değişimlerinin Karşılaştırılması (N=200)

Durumluk	Eğitim					
	Kontrol (n=100)			Deney (n=100)		
	Orta Öğrenim (n=65)	Yüksek Öğrenim (n=35)	t ve p	Orta Öğrenim (n=47)	Yüksek Öğrenim (n=53)	t ve p
Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	
Anjiyografi öncesi	38,11±1,39	36,69±0,96	t=5,38 p=0,000	35,66±1,31	34,62±1,04	t=4,41 p=0,000
Anjiyografi sırası	36,09±1,39	34,69±0,96	t=5,34 p=0,000	31,55±0,80	30,64±0,92	t=5,24 p=0,000
Anjiyografi Öncesi Sırası Fark t Testi	2,02±0,12	2 ±0	t=0,73 p=0,466	4,11±1,07	3,98±1,22	t=0,54 p=0,000

Araştırmaya katılan hem kontrol (38,11±1,39) hem deney (35,66±1,31) grubundaki hastaların; anjiyografi öncesi ve anjiyografi sırası kaygı puanları orta öğrenim mezunlarında daha yüksek ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.000). Gruplarda anjiyografi öncesi – anjiyografi sırası durumluk kaygı puanı azalmasının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği tespit edildi (p>0.005) (Tablo 9).

Tablo 10 Çalışma Durumuna Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının ve Puan Değişimlerinin Karşılaştırılması (N=200)

Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları	Çalışma Durumu							F ve p	F ve p
	Deney (n=100)			Kontrol (n=100)					
Çalışıyor (n=43)	Emekli (n=41)	Çalışmıyor (n=16)	Çalışıyor (n=26)	Emekli (n=61)	Çalışmıyor (n=13)				
x±Ss	x±Ss	X±Ss	x±Ss	x±Ss	x±Ss				
Anjiyografi öncesi	34,2 ±1,13	34,9 ±1,14	36,5 ±1,33	F=11,27 p=0,000	37,47 ±1,20	36,90 ±0,86	39,81± 0,91	F=46,75 p=0,000	
Anjiyografi sırası	31,00 ±1,06	30,92 ±0,92	31,9 ±0,64	F=6,39 p=0,002	35,47 ±1,20	34,88 ±0,81	37,81± 0,91	F=48,96 p=0,000	
Anjiyografi Öncesi Sırası Fark	3,92 ±1,06	3,97 ±1,20	4,62 ±0,96	F=1,94 p=0,150	2	2,02 ±0,16	2	F=0,72 p=0,492	

Anova Testi

Tablo 10’da hastaların çalışma durumu ile durumluk kaygı puanları incelendiğinde; hem deney grubunda hem de kontrol grubunda çalışma durumuna göre anjiyografi öncesi ve anjiyografi sırasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,005$).

Yapılan ileri analizde, deney grubunda hastalarda anjiyografi öncesinde görülen anlamlı farklılığı, çalışmayan hastaların puan ortalamalarının yarattığı ($36,5\pm1,33$); anjiyografi sırasındaki anlamlı farklılığı da yine çalışmayan grubun yarattığı ($31,9\pm0,64$) saptandı.

Kontrol grubunda da, anjiyografi öncesinde ve sırasında görülen anlamlı farklılığı çalışmayan hastaların kaygı puan ortalamalarının oluşturduğu belirlendi ($p<0,05$)

Hem deney hem de kontrol grubu hastalarda anjiyografi öncesi-sırası durumluk kaygı puan ortalamaları farkında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı (Tablo 10).

Tablo 11 Daha Önce Hastanede Yatmış Olma Durumuna Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının ve Puan Değişimlerinin Karşılaştırılması (N=200)

Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları	Hastanede Yatma Durumu							
	Kontrol (n=100)		Deney (n=100)		t	p	t	p
Evet (n=25) X±Ss	Hayır (n=75) x±Ss	Evet (n=25) x±Ss	Hayır (n=75) x±Ss					
Anjiyografi Öncesi	38,12±1,74	34,77±1,28	35,36±1,44	35,03±1,22	2,098	0,039	1,131	0,261

Anjiyografi Sırası	36,08±1,73	35,44±1,28	1,978	0,051	31,20±1,00	31,03±0,97	0,767	0,437
Anjiyografi Öncesi Sırası Farkı	2,04±0,20	2±0	1,750	0,083	4,16±4,16	4±1,15	0,603	0,548

t Testi

Tablo 11’de araştırmamız kapsamına alınan hastalarda, deney ve kontrol gruplarının daha önce hastanede yatmış olma durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları ve puan değişimleri karşılaştırıldığında; anjiyografi öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları ile anjiyografi sırası durumluk kaygı puan ortalamaları arasında ve puan farklılıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0.005$).

Tablo 12 Daha Önce Ameliyat Olma Durumuna Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının ve Puan Değişimlerinin Karşılaştırılması (N=200)

Puan Ortalamaları Durumluk Kaygı Ölçeği	Daha Önce Ameliyat Olma Durumu							
	Kontrol (n=100)				Deney (n=100)			
	Evet (n=20) x±Ss	Hayır (n=80) x±Ss	t	p	Evet (n=12) x±Ss	Hayır (n=88) x±Ss	t	p
Anjiyografi Öncesi	37.90±1.59	37.54±1.39	1.016	0.312	36.17±1.47	34.97±1.19	3.191	0.002
Anjiyografi Sırası	35.85±1.57	35.54±1.39	0.878	0.382	31.58±0.90	31.00±0.97	1.968	0.052
Anjiyografi	2.05±0.22	2.00±0.00	2.031	0.045	4.58±1.38	3.97±1.10	1.771	0.080

Öncesi Sırası
Farkı
t Testi

Deney ve kontrol gruplarının daha önce ameliyat olma durumuna göre durumluk kaygı puanları ve puan değişimleri incelendiğinde; kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi. Deney grubu hastalarda ise anjiyografi öncesinde kaygı puan ortalamaları daha önce ameliyat olan hastalarda ($36,17 \pm 1,47$) olmayanlara göre ($34,97 \pm 1,19$) anlamlı derecede yüksek bulundu ($t=3.191$; $p=0.002$).

Anjiyografi öncesi ve sırası kaygı puan farkı daha önce ameliyat olma durumuna göre her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermedi ($p<0.005$).

Tablo 13 Sakinleşmek için Müzik Dinlemeyi Tercih Etme Gruplarına Göre Kontrol ve Deney Gruplarının Durumluk Kaygı Puanlarının ve Puan Değişimlerinin Karşılaştırılması (N=200)

Durumluk Kaygı Puan Ortalamalar	Müzik Dinlemeyi Tercih Etme							F ve p
	Kontrol (n=100)			Deney (n=100)				
	Evet (n=20)	Hayır (n=27)	Bazen (n=53)	Evet (n=6)	Hayır (n=35)	Bazen (n=59)	F ve p	
	x±Ss	x±Ss	x±Ss	x±Ss	x±Ss	x±Ss	x±Ss	
Anjiyografi öncesi	38,55 ±1,70	37,41 ±1,22	37,36 ±1,29	F=5,975 p=0,004	34,50 ±1,22	35,23 ±1,31	35,10 ±1,27	F=0,832 p=0,438
Anjiyografi sırası	36,55 ±1,70	35,41 ±1,22	35,34 ±1,27	F=6,192 p=0,003	30,17 ±0,41	30,97 ±0,86	31,22 ±1,04	F=3,623 p=0,003
Anjiyografi Öncesi Sırası Fark	2	2	2,02 ±0,14	F=0,43 p=0,646	4,33 ±1,03	4,26 ±1,04	4,23 ±1,20	F=1,403 p=0,251

Tablo 13’de hastaların sakinleşmek için müzik dinlemeyi tercih etme durumlarına göre durumluk kaygı puanları incelendiğinde; müzik dinlemeyi tercih etme durumlarına göre kontrol grubunda hem anjiyografi öncesinde ve hem de anjiyografi sırasındaki durumluk kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Deney grubunda ise müzik dinlemeyi tercih etme durumlarına göre sadece anjiyo sırası durumluk kaygı puan ortalamasında anlamlılık bulundu.

Yapılan ileri analizde, deney grubunda müzik dinlemeyi tercih eden hastaların anjiyo sırası kaygı puanının ($30,17 \pm 0,41$), bazen dinlemeyi tercih edenlere göre ($31,22 \pm 1,04$) anlamlı derecede farklı olduğu saptandı.

Kontrol grubunda da, anjiyografi öncesinde ve sırasında görülen anlamlı farklılığı genelde müzik dinlemeyi tercih eden hastaların kaygı puan ortalamalarının oluşturduğu belirlendi ($p < 0,05$).

Deney ve kontrol gruplarının müzik dinlemeyi tercih etme durumlarına göre anjiyografi öncesi ve sırası durum kaygı puan ortalamaları değişimine anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

7. TARTIŞMA

Anksiyete, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Herkes, tehlikeli olduğunu hissettiği durumlarda bir miktar kaygı duyar. Dişçi koltuğunda otururken, sınav kapısında beklerken, uçağa binerken, ya da bir ameliyata girmeden önce ...vb. Bu kadar yoğun bir biçimde yaşanan stres karşısında sağlıklı/hasta bireylerle sürekli iletişim içinde olan hemşirelerin, bunu azaltabilmek için neler yapabileceklerini araştırmaları hatta kaygıyı azaltmada yol gösterici olma özelliği taşımaları beklenen bir durumdur (Öner 1985). Hemşireler, bakımından sorumlu olduğu hastanın fiziksel olduğu kadar psikolojik ihtiyaçlarına da önem vermeli, hastanın anksiyete düzeyini dikkate almalıdır (Öz 2004).

Araştırmamızın tartışması; hastaların demografik ve anjiyografi ile ilgili bilgi ve düşünceleri, müzik terapinin hastaların anksiyete düzeylerine etkisi, hastaların demografik ve anjiyografi ile ilgili özelliklerine göre müzik terapinin anksiyete düzeyine etkisi olmak üzere üç bölümden oluşmuştur.

7.1 Hastaların Demografik ve Anjiyo İle İlgili Bilgi ve Düşüncelerinin Tartışılması:

Çalışmamıza alınan hastaların %70'i (n=140) erkek, %30'u (n=60) kadın ve çoğunluğu 45-65 yaş aralığındadır (Tablo 2). Koroner arter hastalıklarında risk faktörleri arasında sayılabilecek nedenlere bakıldığında, 40 yaş üzerindeki erkeklerin aynı yaş grubundaki kadınlara oranla koroner arter hastalığına yakalanma şansları daha yüksektir. Bu nedenle koroner arter hastalıkları gelişen hastalarda tanılayıcı işlem olarak kabul edilen anjiyografi de kadın hastalara oranla daha çok erkek hastalara uygulanmaktadır (Ateş 1995, Erdil ve Elbaş 1997). Literatür bilgisi çalışmamızdaki cinsiyet ve yaş farklılıklarında erkeklerin oranının daha yüksek ve yaş gruplarının daha çok 45-65 arasında olmasını açıklamaktadır.

Hastaların tablo anjiyografi ile bilgilerinin olup olmadığı değerlendirildiğinde %74'ünün anjiyo öncesi anjiyografi ile ilgili bilgisinin olduğu ve %26'sının bilgisinin olmadığı görülmüştür. Anjiyografi ile ilgili gerekli bilgileri kimden aldıklarına bakıldığında ise, %96.5 gibi büyük çoğunluğu sağlık personelinde gerekli bilgiyi aldığı, bunlarında çoğunluğunun doktor tarafından bilgilendirildiği görüldü. Çalışma grubumuzu oluşturan hastaların büyük bir bölümünün planlanmış bir anjiyografi için gelmiş olmaları çoğunluğunun bilgili olmalarını açıklamaktadır. Bilgisi olmayan grup ise acil olarak girişim yapılan hastalardan oluşmaktadır (Tablo 3).

Hastalarımızın %85 gibi büyük bir çoğunluğu anjiyografi karşısında endişe duymaktadırlar. Ayrıca anjiyografi ile ilgili risk açıklanmasını isteyen hastalar popülasyonun %93'ünü oluşturmaktadır. Anjiyografi ile ilgili bilgileri olmasına rağmen risklerin açıklanmasını isteyen hastaların bu kadar yüksek düzeyde olması, riskler konusunda yeteri kadar bilgilerinin olmadığını göstermektedir. Hastaların çoğunun endişe duyması ilk defa anjiyografi olmaları ve ne kadar bilgili olsalar da ilk kez karşılaşacakları durumun yaratacağı bilinmezlik duygusu ile bağdaştırılabilir.

Literatürde, yapılan eğitimlerle hastaların durumluk- sürekli anksiyete seviyelerinin ileri derecede düştüğü belirtilmektedir (Altınok 1998).

Altınok (1998) perkütan translüminal koroner anjioplasti uygulanan hastanın sağlık eğitimi gereksinimlerinin değerlendirilmesi adlı çalışmada; hastaların eğitim öncesi durumluk kaygı puan ortalamasını; $35,42 \pm 8,03$ ve eğitim sonrası durumluk kaygı puan ortalamasını ise; $32,48 \pm 6,97$ olarak bulmuştur. Hastaların anksiyete puan ortalamalarında bir düşüş gözlenmiştir.

Anjiyografi kararının ne zaman alındığı ile ilgili bölümde %78'i (n=156) ilk 3 gün içinde, %20.5'i (n=41) 4-7 gün içerisinde ve %1.5 i (n=3) ise 8 gün ve üzerinde gerçekleştiği görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanedeki anjiyografi randevuları kardiyoloji kliniğinin polikliniğinde muayene sonrası uygun görülen kişilere, acil durumlar haricinde, genelde üç gün içinde verilmektedir. Eğer hasta üç gün içinde uygun olmadığını belirtirse daha ileri bir tarihe de gün verilmektedir. Bu nedenle hastaların büyük çoğunluğu üç gün içerisinde anjiyo olmuştur.

Hastalarımızın %95,5 i (n=191) müzik dinlemeyi sevmektedir. Ayrıca tüm hastalar sakinleşmek için müzik dinleme yolunu tercih edip etmediği hakkındaki soruya çoğunluğu olumlu yanıt vermiştir (Tablo 3). Müzik herkes tarafından sevilen kolay ve kabul edilebilir bir uygulama alanı yaratan evrensel bir araçtır (Varol 1998). Bu bulgu müzik terapinin nonterapötik bir iletişim aracı olarak seçilip anksiyeteyi azaltmak için kullanılması çalışmamız için uygun bir araç olduğunu düşündürmüştür.

Tablo 3'de görülebileceği gibi anjiyografi esnasında müzik dinlemenin endişelerini azaltıp azaltmayacağıyla ilgili soruya hastaların %60,5'i (n=121) belki, %25,5'i (n=51) bilmiyorum, %10'u (n=20) evet ve %4'ü (n=8) ise hayır cevabını vermiştir. Aynı zamanda hastaların %51'i (n=103) Türk Halk Müziği, %36,5'i (n=73) Türk Sanat Müziği, %12,5'i (n=24) ise Pop/Rap/Rock müzik, dinlemek istediklerini belirtmişlerdir.

Literatürde, seçilen müziğin kardiyovasküler sistem üzerinde farklı etkiler yarattığı belirtilmekte ve hastanın kendi beğendiği müziği seçmesi durumunda etkinliğin arttığı

vurgulanmaktadır. Ayrıca müziğin etkisinin maksimum düzeyde kullanılmasında hastanın seçtiği müziği kullanmak gerektiğini belirtilmektedir (Güngör 1999 ve Özdemir 2007). Çalışma grubumuzdaki hastalar daha çok Türk Halk Müziğini tercih etmelerine rağmen bir Türk Sanat Müziği eserinin kullanılması Hüseyini makamının sükunet ve rahatlık hissi vermesi; kalp, karaciğer ve mide hastalarının müzikle terapisinde kullanılması ile açıklanabilir (Güven 2005).

7.2 Müzik Terapinin Hastaların Anksiyete Düzeylerine Etkisinin Tartışılması:

Hastaların Durumluk-Sürekli kaygı puan ortalaması incelendiğinde; kontrol grubu hastaların sürekli kaygı puan ortalaması $41,62 \pm 1,43$; deney grubu hastaların ise $41,75 \pm 1,84$ ve birbirine yakın olduğu görüldü. Anjiyografi öncesi durumluk kaygı puanı ortalaması kontrol grubunda $37,61 \pm 1,43$; deney grubunda $35,11 \pm 1,28$, anjiyografi sırası durumluk kaygı puanı ortalaması ise kontrol grubunda $35,60 \pm 1,42$; deney grubunda ise $31,07 \pm 0,98$ olduğu bulundu (Tablo 4) (Grafik 1).

Tablo 5'te kontrol ve deney gruplarının her biri için, anjiyografi öncesi durumluk kaygı puan ortalamalarının anjiyografi sırası durumluk kaygı puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0.01$). Bilinmeyen her durum, birey üzerinde anksiyete yaratır (Dilbaz 2009). Bilinmeyen herhangi bir tehlike karşısında bireyde uyanıklık oluşur. Bu uyanıklık hali anksiyeteye, anksiyete korkuya, korku da paniğe neden olmaktadır. Birey için, hasta olma, hastaneye yatma tanı ya da tanı ve tedavi amaçlı tıbbi bir işleme maruz kalma başlı başına stres yarattığı ve bireyin yaşamını etkileyerek kızgınlık, korku, öfke, kaygı, endişeye neden olduğu bilinmektedir (Birol 2002). Araştırma grubumuzdaki tüm hastalar ilk defa anjiyografi olacakları için, bilgili olmalarına rağmen daha önce deneyimlemediklerinden dolayı endişe duymaktadırlar. Bu durumun işlem öncesi kaygı düzeylerinin artmasına neden olduğu düşünülmüştür. İşlem sırasında ise anksiyete düzeyleri azalmaktadır. Bunun yanı sıra anjiyografi öncesi herhangi bir bölümde hastanede yatan hasta oranı %25 ve anjiyografi öncesi herhangi bir bölümde ameliyat olanların oranı da %16 dır (Tablo 6.1). Yani her iki gruptaki hastaların bir bölümü hastane deneyimi geçirmiştir. Araştırmamızda hem deney hem de kontrol grubunda işlem öncesi anksiyete düzeylerinin ortalaması, işlem sırası anksiyete düzeylerinin ortalamasına göre daha yüksektir.

Baram (1992) koroner anjiyografi olacak hastaların anksiyetelerinin değerlendirilmesi konulu çalışmasında, hastaların işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamasını $40,85 \pm 11,95$

ve işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamasını $28,67 \pm 9,58$ olarak bulmuştur. Yine işlem öncesi anksiyete puan ortalaması işlem sonrasına göre düşüş göstermiştir.

Ertok (1997) anjiyoplasti olacak hastalarda anksiyete düzeyi üzerine hasta eğitiminin etkisi ve hemşirenin rolü adlı çalışmasında, hastaların eğitim öncesi durumluk kaygı puan ortalamasını; $41,3 \pm 7,6$ ve eğitim sonrası durumluk kaygı puan ortalamasını ise $36,1 \pm 3,1$ olarak bulmuştur. Bu çalışmada da görülmektedir ki durumluk anksiyete puan ortalaması işlem öncesi, işlem sonrasına göre yüksektir.

Bulgumuz çalışma sonuçları ile uyumludur.

Kontrol grubundaki anjiyografi öncesi ve sırasındaki anksiyete düzeyi azalmasının deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü (Tablo 6) ($p=0.000$). Deney grubunda anksiyete düzeylerindeki azalmanın daha fazla olması müzik dinlemenin anksiyete düzeyini olumlu yönde etkilediğini; müzik terapinin bireylerin anksiyetelerini azaltmakta etkili olduğunu göstermektedir. Müzik terapi bireyi rahatlatarak, gevşetip ve ortamdaki uzaklaşmasını sağlamaktadır (Hüner 1989). Özellikle çalışmamızda da kullandığımız hüseyini makamındaki müzik terapi sükunet ve rahatlık hissi vermekte endişe ve stresi azaltarak anksiyete seviyesini düşürmektedir (Güven 2005).

Varol (1998) sedatif müziğin preoperatif dönemde hasta kaygı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında, deney grubunu oluşturan cerrahi hastalarının işlem öncesi anksiyete puanını $37,7 \pm 8,9$ sonrası puan ortalamasını $30,45 \pm 6,8$ bulmuş ve farklılığın anlamlı olduğunu göstermiştir. Çalışmasında müzik terapinin çok rahatlatıcı olduğunu ve hastaların streslerini azalttığını ifade etmektedir.

Güngör (1999) dokunma ve müzik terapisinin hasta üzerine etkisini incelediği araştırmada; bir cerrahi servisinde 120 hasta ile çalışmış; bir gruba müzik dinletmiş, bir gruba dokunma terapisi uygulamış, diğer gruba ise her iki işlemi de birlikte uygulamıştır. Müzik dinlettiği grubun vital bulgularının diğer gruplara göre normale daha yakın olduğunu görmüştür ve müziğin hastalar üzerinde olumlu sonuçlar bıraktığını saptamıştır.

Akın (2007) mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapinin anksiyetenin fizyolojik belirtilerine etkisini incelemek amacıyla 60 hasta ile yaptığı deneysel araştırmasında deney grubuna 30., 60. ve 90. dakikalarda müzik dinletildiği sırada hastaların nabız ve tansiyonlarını ölçmüş ve kontrol grubuyla karşılaştırmıştır. Deney grubunun değerlerinin kontrol grubuna göre normal sınırlara göre daha yakın olduğunu saptamıştır. Akın, müzik terapi mekanik ventilasyon desteğinde olan yoğun bakım hastalarında anksiyetenin fizyolojik belirtilerini azaltan etkili bir hemşirelik girişimi olduğunu ifade etmiştir.

Moradipannah ve arkadaşlarının (2007) anjiyografi olacak hastalarda müziğin anksiyete, stres ve depresyon seviyelerine etkisini incelediği deneysel çalışmasında hastaların anksiyete düzeylerini karşılaştırmıştır. Çalışmasında hastaların invaziv bir işlem olan anjiyografiye gireceklerini bilmelerine rağmen dinletilen müziğin anksiyete, stres ve depresyon seviyelerini azalttığını ve hastaların daha huzurlu olduğunu göstermiştir.

Nilson (2008) koroner bypass ameliyatı geçiren hastalarda yatak istirahati sırasında dinletilen müziğin anksiyete üzerine etkisini incelediği çalışmasında; ameliyet sonrası sedatif müziğin anksiyeteyi azaltmasında etkili bir alternatif tedavi yöntemi olduğunu savunmuştur. Nilson (2008) müzik dinleyen grupta serum kortizol seviyelerinde belirli bir düşüş gözlemlemiş ve bunun hastaların anksiyetelerine pozitif bir etkide bulunarak, anksiyete seviyesinde belirli bir azalmaya sebep olduğunu vurgulamıştır.

Bulgumuz, diğer çalışma sonuçlarıyla paraleldir ve “Müzik terapisi koroner anjiyografi olacak hastalarda anksiyete düzeyini düşürür” hipotezimizi desteklemektedir.

7.3 Hastaların Demografik ve Anjiyografi İle İlgili Özelliklerine Göre Müzik Terapinin Anksiyete Düzeyine Etkisinin Tartışılması:

Araştırmamız kapsamındaki hastaların kaygı puanları cinsiyete göre incelendiğinde; hem deney hem de kontrol grubundaki **kadın** hastaların anjiyografi öncesi ve sırasındaki durumluk kaygı puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede erkek hastalardan daha yüksek olduğu görüldü ($p=0.000$). Literatürde kadın hastaların erkek hastalara oranla daha çok anksiyete deneyimledikleri belirtilmektedir. Moerman ve arkadaşları (1996) müzik terapinin anksiyeteye etkisini incelediği çalışmada, hem kontrol hem de deney grubundaki kadın hastaların erkek hastalara göre daha çok anksiyete deneyimlediklerini saptamışlardır. Günaydın ve arkadaşları (1996) planlı ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerinin incelenmesi üzerine yaptığı çalışmada kadın hastaların erkek hastalara oranla daha çok anksiyete yaşadıklarını tespit etmişlerdir.

Müzik terapinin cinsiyet durumuna göre anksiyeteye etkisine bakıldığında; kontrol grubu hastalarda anjiyografi öncesi ve sonrası puan değişimi anlamlı bulunmazken; deney grubunda ise kadınlarda anjiyografi öncesi ve sırasındaki farkı $4,59\pm 0,95$ erkeklerde $3,82\pm 1,15$ olarak saptandı. Müzik terapinin kadın hastaların anksiyete düzeyleri üzerinde erkeklere göre daha etkili bir azalma sağlamaktadır (Tablo 7). Bu farklılık istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu. Standley (1986) müzik terapi hakkında yaptığı araştırma analizinde kadın popülasyonunun çok olduğu çalışmalarda müzik terapi etkisinin daha az olduğu saptanmıştır. Varol’ un çalışmasında (1998) müzik terapinin cinsiyete göre anksiyete

düzeyine etkisine bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgumuz diğer çalışma sonuçları ile uyumlu değildir. Ancak “Anjiyografi olacak hastalarda müzik terapisi anksiyete düzeyini cinsiyete göre farklı etkiler” hipotezimizi desteklemektedir.

Çalışmamızda hastaların yaş aralıklarına göre durumluk kaygı puanları incelendiğinde; hem kontrol hem de deney grubunda anjiyografi öncesi ve anjiyografi sırasında anlamlı farklılık bulunmadı. Ancak deney grubu hastalarda, anjiyografi öncesi ve sırası puan değişiminin anlamlı olmasa da yaşla beraber artış gösterdiği belirlendi. Bu bulgu müzik terapinin 66 yaş ve üzeri hastaları daha fazla etkilediğini düşündürmüştür (Tablo 8). Güngör (1999) çalışmasında müzik terapinin genç hastalarda anksiyete düzeyini anlamlı derecede daha fazla etkilediğini bulmuştur. Genç hastaların müzik terapiye daha olumlu baktığını ve pozitif sonuçlar verdiğini belirtmiştir. Bu bulgumuz diğer çalışma sonuçları ile uyumlu değildir ve “Anjiyografi olacak hastalarda müzik terapisi anksiyete düzeyini yaşa göre farklı etkiler” hipotezimizi desteklememektedir

Hastaların eğitim durumlarına göre anksiyete düzeylerine ve müzik terapinin anksiyete düzeylerine etkisine bakıldığında; anjiyografi öncesi ve anjiyografi sırası kaygı puan ortalamalarının orta öğrenim mezunlarında yüksek öğrenim mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptandı ($p=0.000$). Eğitim seviyesine göre müzik terapinin yarattığı etkiye bakıldığında; deney grubundaki hastalarda anjiyografi öncesi ve sırasındaki fark, yüksek öğrenim gören hastalarda anlamlılık göstermiştir (Tablo 9). Bu bulgu müzik terapinin eğitim seviyesine göre intraoperatif anksiyete düzeyini etkilediği hipotezimizi doğrulamaktadır

Pınar ve Yürügen’in (1994) hemodiyaliz tedavisine giren hastaların durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri üzerine yaptıkları çalışmada hastalardaki anksiyete düzeyinin eğitim düzeyi arttıkça azaldığı bildirilmiştir. Ancak Zaide Bayram’ın (1992) koroner anjiyografi olacak hastalarının anksiyetelerinin giderilmesi üzerine yaptığı çalışmada öğrenim durumu ile anksiyete arasında bir ilişki kurulamamıştır. Bu nedenle bulgumuz diğer çalışma sonuçları ile uyumlu değildir.

Hastaların çalışma durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; hem deney grubunda hem de kontrol grubunda anjiyografi öncesi ve anjiyografi sırasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü (Tablo 10). Ancak müzik terapinin çalışma durumlarına göre anksiyete seviyeleri üzerinde farklılık yaratmadığı saptandı.

Araştırmamız kapsamına alınan hastalarda; deney ve kontrol gruplarının daha önce hastanede yatmış olma durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; anjiyografi öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları ile anjiyografi sırası durumluk kaygı

puan ortalamaları arasında ve puan farklılıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.005$) (Tablo 11). Tablo 12’de de deney ve kontrol gruplarının daha önce ameliyat olma durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları ve puan değişimleri incelendiğinde; anjiyografi öncesi ve sonrası kaygı puan farkı her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermedi ($p<0.005$). Bu iki bulgu hastaların daha önce herhangi bir hastane deneyimlerinin bulunmasının ve herhangi bir ameliyat geçirmemelerinin, hastaların anksiyete seviyelerini hiçbir koşulda değiştirmeyeceğini düşündürmektedir.

Kuğu ve arkadaşları (2001) ameliyat olan ve olmayan kronik periferik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeylerini araştırdığı çalışmada; hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyetelerini değerlendirerek, aynı hastalığı olan ameliyat olan ve ameliyat olmayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini karşılaştırmıştır. Ameliyat öncesindeki değerlendirmedeki ameliyat olan ve olmayan gruplardaki durumluk anksiyete puanları ortalamaları sırasıyla 39.20 ± 5.33 ve 34.70 ± 6.26 iken ameliyat sonrası değerlendirmede ise 35.85 ± 7.08 ve 32.40 ± 4.67 olarak bulundu. Ayrıca hastalık süresi bir yıldan az olan olgularda, hastalık süresi bir yıldan daha fazla olan olgulara göre durumluk anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular sonucunda; ameliyat olan olgularda, ameliyat olmayan olgulara göre ameliyat öncesi dönemde depresyon puanları ve hem ameliyat öncesi, hem de ameliyat sonrası dönemde durumluk anksiyete puanları yüksek bulunmuştur, ve hastalık süresi uzun olanların, hastalık süresi kısa olan hastalara göre anksiyete seviyelerinde düşüş gözlenmiştir. Bulgularımız bu çalışma sonucuyla paralel değildir.

Tablo 13’te hastaların sakinleşmek için müzik dinlemeyi tercih etme durumlarına göre durumluk kaygı puanları incelendiğinde; müzik dinlemeyi tercih etme durumlarına göre kontrol grubunda hem anjiyografi öncesinde ve hem de anjiyografi sırasındaki durumluk kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Deney grubunda ise müzik dinlemeyi tercih etme durumlarına göre sadece anjiyo sonrası durumluk kaygı puan ortalamasında anlamlılık bulundu. Yapılan ileri analizde, anjiyografi öncesinde ve sırasında görülen anlamlı farklılığı müzik dinlemeyi tercih eden hastaların kaygı puan ortalamalarının oluşturduğu belirlendi ($p<0.05$).

Aydoğan ve Güngör (2007) müzik dinleme alışkanlıklarının ve bazı değişkenlerin lise ikinci sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyleri üzerine etkilerini incelediği çalışmada; 210 öğrenciye durum sürekli kaygı ölçeğini uygulamış ve müzik dinleme sıklıklarının anksiyeteye etkisini incelemiştir. Çalışmada günde 3-4 saat müzik dinleyen öğrencilerin en yüksek kaygı puan ortalamasına ($x = 45.83$), müzik dinleme sıklığı konusunda düzenli ya da önemli bir

tercihleri olmadığını belirten yani diğer seçeneğini işaretleyen öğrencilerin ise en düşük kaygı puan ortalamasına ($x = 41.25$) sahip oldukları fakat bu farkın anlamlı olmadığı görülmektedir.

Bu bulgumuz çalışma sonuçlarıyla uyumludur.

Deney ve kontrol gruplarının sakinleşmek için müzik dinlemeyi tercih etme durumlarına göre anjiyografi öncesi ve sırası durum kaygı puan ortalamaları değişimine anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 13). Bulgumuz müzik dinlemeyi tercih etme alışkanlıklarının anksiyete düzeyleri üzerine etkili olmadığını göstermektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinde, ‘Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin İntraoperatif Anksiyete Düzeyine Etkisini’ incelemek amacıyla hazırlanmış olan bu araştırmada sonucunda;

- Anjiyografi öncesi durumluk kaygı puan ortalaması; kontrol grubunda deney grubuna göre istatistikî açıdan anlamlı derecede daha yüksek ($p=0.000$) bulundu.
- Anjiyografi sırası durumluk kaygı puan ortalaması; kontrol grubunda deney grubuna göre istatistikî açıdan anlamlı derecede daha yüksek ($p=0.000$) bulundu.
- Anjiyografi öncesi durumluk kaygı puan ortalaması ile anjiyografi sırası durumluk kaygı puan ortalaması arasındaki puan farkı deney grubunda, kontrol grubuna göre istatistikî açıdan anlamlı derecede daha fazla düşüş gösterdiği ($p=0.000$) ; ilk defa koroner anjiyografi yapılan hastalarda müzik terapisinin intraoperatif anksiyete düzeyini azalttığı belirlendi.
- Cinsiyete göre müzik terapinin anksiyete üzerine etkisi incelendiğinde; deney grubu hastalarda anjiyografi öncesi ve sırası durumluk kaygı puan ortalamaları farkı; anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0.005$). Deney grubundaki anlamlı farklılık kadınların müzik terapidenden daha fazla etkilendiklerini gösterdi.
- Eğitim, yaş, çalışma durumu, daha önce hastanede yatmış olma ve hastaların sakinleşmek için müzik dinleme durumuna göre müziğin anksiyete seviyelerine etkisi üzerinde istatistiksel olarak bir farklılık yaratmadığı ($p>0,005$) görüldü.
- Araştırma soruları içerisinde yer almamasına rağmen, deney grubu hastaların tamamının müzik dinlemekten keyif aldıklarını ifade ettikleri gözlemlendi.

8.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastalara anjiyografi öncesi rahatlamak için işlem süresince müzik dinlemeleri konusunda bilgi verilmesi,
- Hastalara farklı türlerde müzik alternatifleri sunulması, istedikleri bir müziğin dinletilmesi,
- Ekibin diğer üyeleri ile müzik kullanımının anksiyete seviyesi üzerine etkisinin etkili olacağını bilgisinin paylaşılması ve bu yöntemlerin etkin bir biçimde kullanılması,
- Hemşirelere hastaların gevşemelerini sağlama ve kaygı düzeyini azaltmak için müzik terapi kullanabilecekleri
- Koroner anjiyografi sırasındaki müzik terapinin sağlık personeli üzerindeki etkilerinin incelenmesi önerilebilir.

10. KAYNAKLAR

2. Akın S. (2007) Mekanik Ventilatör Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Anksiyetenin Fizyolojik Belirtilerine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Leyla Khorshid).
3. Ala, Z. (1992) Kalıcı Pacemaker İmplant Edilmeden Önce Anksiyetenin Giderilmesi İçin Eğitimin Etkinliğinin Saptanması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nemiye Sabuncu).
4. Altınok M. (1998) Perkütan Translüminal Koroner Anjioplasti (PTCA) Uygulanan Hastanın Sağlık Eğitimi Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Zehra Durna).
5. Arslan S. (2007). Effect of Music on Preoperative Anxiety in Men Undergoing Urogenital Surgery. Ataturk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu , Erzurum, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Nadiye Özer).
6. Ateş E., Ateş M. (1995) Postoperatif Kardiyak Rehabilitasyonun Değerlendirilmesi, Haydarpaşa Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahi Bülteni, İstanbul, 3(7):31-63
7. Aydoğan Y ve Gürsoy F (2007) Müzik Dinleme Alışkanlıklarının ve Bazı Değişkenlerin Lise İkinci Sınıf Öğrencilerinin Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Ankara, Eğitim Fakültesi Dergisi, 7(1) : 64-73.
8. Bally K. Campbell D. Chesnick K. Tranmer J. (2003) Effects of Patient-Controlled Music Therapy During Coronary Angiography on Procedural Pain and Anxiety Distress Syndrome, Critical Care Nurses, 23:50-57.
9. Baram Z. (1992) Koroner Anjiyografi Olacak Hastalarının Anksiyetelerinin Giderilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nemiye Sabuncu).
10. Bradt J., Dileo C. (2009) Music For Stress and Anxiety Reduction in Coronary Heart Disease Patients, Cochrane Database Syst Rev. Apr 15;(2): 65-77.
11. Birol L. (2002) 'Hemşirelik Süreci, Etki Basımevi, 5.Basım, İzmir.
12. Carol L. Donald P. Friedman R. Benson H. (1990) Relaxation Response in Femoral Angiography, RSNA Journal, 173(3):33-42
13. Cimilli C. (2001) Cerrahide Anksiyete, Klinik Psikiyatri Dergisi, 4:182-186

- 14.Çalangu S. (1985) Hemşireler için İç Hastalıkları, Mark Yayıncılık, İstanbul .
15. Çoban A. (2005) Müzik Terapi, Timaş Yayınları, İstanbul, s.15-21
16. Türkiye İstatistik Yıllığı (1996) Türkiye İstatistik Yıllığı, Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yayınları, Ankara.
17. Dilbaz N. (2009) Ruhsal Bozukluklar, Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yayınları, Ankara.
18. Durna Z. (1996) Girişimci Tedavi Uygulanan Hastanın Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü, XII. Ulusal Kardiyoloji Kongresi Özet Kitabı, İzmir, s.76-97.
19. Erdil F., Elbaş N. (1997) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Hacettepe Basımevi, Ankara, s.312-315
20. Ersoy E. (2005) Anksiyete Bozuklukları. Marmara Üniveristesesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilimdalı, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl).
21. Ertok B. (1997) Anjioplasti Olacak Hastalarda Anksiyete Düzeyi Üzerine Hasta Eğitiminin Etkisi ve Hemşirenin Rolü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Gülsün Taşocak).
22. Gençel Ö. (2006) Müzikle Tedavi. Balıkesir Üniversitesi Güzel Sanatlar Bölümü, Kastamonu Eğitim Dergisi 10(2) :697-706.
23. Grossman W., Baim D. (1991). Cardiac Catherization, Angiography and Interventions, Lea&Febiger Books, 4. Edition, Usa .
24. Günaydın N, Oflaz F (1996). Planlı Ameliyat Olacak Hastaların Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin İncelenmesi, 1. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, İzmir, s.223-229
25. Güngör Ş. (1999) Cerrahi Girişim Yapılacak Vakalarda; Preoperatif Dönemde Müzik Terapi ve Dokunma Terapisi İçeren Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Deniz Şelimen).
26. Güvenç O. (2005) Gül ve Bülbül, Tümeta Derneği Yayınları, Nisan: s.4-6
27. Güvenç O. (2005) Tümeta ,Türk Müzik Terapi Geleneği ve Tıp Tümeta Çalışmaları, İstanbul .
28. Güvenç O. (2005) Şifa ve Müzikterapi, Tümeta Derneği Yayınları, Haziran:12-15.
29. Hüner S. (1989) Musikinin Ruh Hastalıkları Üzerinde Etkileri, Müzikle Tedavi Yöntemleri, Ege Üniversitesi Devlet Konsevatuarı, Bitirme Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ruhi Sarı).

30. Kaplan Harold I. ve Sadock Benjamin J(1996) Birinci Basamak Psikiyatri El Kitabı, Edit: Cancro R., Turgut Yayıncılık, ABD.
31. Kocabaşoğlu N. (2003) Stres ve Anksiyete, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı, Ders Notları, İstanbul .
32. Kuğu N. Berkan Ö. Akyüz G. Doğan O. (2001) Ameliyat Olan ve Olmayan Kronik Periferik Vasküler Hastalığı Olan Olgularda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(4):213-221.
33. Kum N. (2000) Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Koç Yayınları, İstanbul.
34. Kültürsay H., Türkoğlu C. (1990) Kalp Kateterizasyonu ve Anjiyografi, Fidan Kitapevi, İzmir.
35. [Moerman](#) ve arkadaşları (1996) The Amsterdam Preoperative Anxiety information Scale. Anesth. Analg. 82(3): 445-451
36. Moradipanah F. Mohammadi E. Mohammadil A. (2009) Effect of Music on Anxiety, Stress and Depression Levels in Patients Undergoing Coronary Angiography, Eastern Mediterranean Health Journal, 15(3): 37-49
37. Nill U. Lindell L. Eriksson A. Kellerth T. (2009) The Effect of Music Intervention in Relation to Gender During Coronary Angiographic Procedures: A Randomized Clinical Trial, Eur J Cardiovasc Nurs. Sep;8(3):200-6.
38. [Nilson \(2008\)](#) Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 38(3): 201-207
39. Oral D. Ömürlü K. (1994) Koroner Anjioplastide Yeni Teknolojik Uygulamalar, Bahar Kitapevi, Ankara
40. Oto A. Egene O. Kozan O. İlkay E. Kurşaklıoğlu H. Değertekin M. Kudret A. (2007) Girişimsel Kardiyoloji, Hacettepe Üniversitesi Basımevi , 1. Basım, Ankara.
41. Öner N. LeCompte A. (1985) Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı 2. baskı, Boğaziçi Üniversitesi Basımevi, İstanbul.
42. Öner N. (1994) Türkiyede Kullanılan Psikolojik Testler, Boğaziçi Yayınları, İstanbul .
43. Öz F. (2004) Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret Basımevi, Ankara.
44. Özdiilli K. (2009) Tıbbi Tanı ve Tedaviye Yardımcı Testler, Hasta Hazırlığı ve Takibi. Klinik Beceriler. Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakımı ve Takibi. Editörler: Nemciye Sabuncu, Fatma Akça Ay. Nobel Matbaacılık, İstanbul.
45. Özdemir L. (2007) Hafif Alzheimer Hastalarına Uygulanan Çoklu Duyusal Uyarın Yönteminin Kognitif Durum, Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Nuran Akdemir).

46. Pınar R. Yürügen B. (1994) Hemodiyaliz Tedavisine Giren Hastaların Durumluk ve Sürekli Anksiyete Düzeyleri, M.Ü Hemşirelik Dergisi.
47. Sacks O. (2008) Musicophilia; Tales of music and brain, Vintage Books, USA,
48. Songar A. (1986) Musiki ile Tedavi, Gevher Nesibe Sağlık Eğ. Ens. Yayınları, Ankara.
49. Standley J: Music Research in Medical/Dental Treatment: Meta-Analysis and Clinical Applications, Journal of Music Therapy, 28(2):81-89
50. Sümbüloğlu K. ve Sümbüloğlu V. (1995) Bioistatistik, Özdemir Yayıncılık, 6. Baskı, Ankara.
51. Şanlı,T. (1989) Emosyonel Durumlar ve Hemşirelik Yaklaşımı, Hemşirelik Bülteni, 25(26):32
52. Terakye G. (1994) Hemşirelikte İletişim Ve Hasta Hemşire İlişkileri, Aydoğdu Basımevi, İkinci Baskı, Ankara
53. Todres D. (2006) Music is Medicine For the Heart, Jurnal de Pediatria-Vol.82, No.3.
54. Uçan, Ö. (2005) Üstgastrointestinal Endoskopi İşleminde Dinletilen Müziğin Hastanın Nabzına, Kan Basıncına, Oksijen Satürasyonuna, Memnuniyetine ve İşlemin Başarısına Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nimet Ovayolu).
55. Varol Ş. (1998) Sedatif Müziğin Preoperatif Kaygı Düzeyine, İntraoperatif Kan Basıncı ve Nabız Parametrelerine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Türkan Özbayır).
56. Yıldırım N. (2009) Tıbbi Tanı ve Tedaviye Yardımcı Testler, Hasta Hazırlığı ve Takibi. Klinik Beceriler. Sağlık Değerlendirilmesi Hasta Bakımı ve Takibi. Editörler: Nemciye Sabuncu, Fatma Akça Ay. Nobel Matbaacılık. İstanbul.
57. Yiğitbaş S. (1972) Musiki ile Tedavi, İstanbul Yayınevi, Birinci Basım, İstanbul.
58. Gökçe S: Psikolojide Müziğin Kullanılması: Örnek Bir Çalışma. Müzik eğitim Yayınları, (www.muzikegitimcileri.net (Erişim tarihi: 11.09.2009)).
58. <http://www.turkforum.net/showthread.php?t=419672> (Erişim tarihi: 05.11.2009)
59. www.tumata.org (Erişim tarihi:18.08.2009)
60. www.porttakal.com (Erişim tarihi:08.10.2009)
61. www.aurapsikoterapi.com (Erişim tarihi:11.11.09)
62. www.musicasmedicine.com (Erişim tarihi:07.08.2009)
63. www.musicterapy.org (Erişim tarihi:22.09.2009)

9. EKLER

EK - 1

GATA HAYDARPAŞA HASTANESİ KARDİYOLOJİ SERVİSİNE BAŞVURAN VE İLK DEFA ANJİOGRAFİ OLACAK HASTALARIN ‘KORONER ANJİOGRAFİ UYGULANACAK HASTALARDA MÜZİK TERAPİSİNİN İNTRAOPERATİF ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ’ BİLGİLENDİRME FORMU

Bu çalışmaya katılmak için karar vermeden önce sizi bilgilendirecek olan bu belgeyi incelemeniz önemlidir.Yinede bu konuya ilişkin sorunuz olduğu takdirde lütfen bu çalışmayı yapan kişiyle görüşmekten çekinmeyiniz.

Bu araştırma, Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kardiyoloji Kliniğine başvuran hastalarda “Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin İntraoperatif Kaygı Düzeyine Etkisini” incelemek amacıyla yapılmaktadır.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size ait bilgilerin sorulduğu ve anksiyete düzeyini belirlemek için kullanılan *Durumluk Kaygı Ölçeği (ek2)*, *Sürekli Kaygı Ölçeği (ek3)* kullanılacaktır. Çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgi almak isterseniz aşağıdaki numarayı arayabilirsiniz.

Yük.Hemş.Meltem VİZELİ Tel:02165422020-3480

Eğer bu çalışmada yer almak istemiyorsanız bunu belirtmeniz yeterlidir. Çalışmaya katılmaya karar verirseniz kimliğinizin gizli kalması koşuluyla bu araştırmadan elde edilecek bilgi ve bulguların istendiğinde ilgili makamlara verilebileceğini ve yayınlanabileceğini önceden kabul etmek durumundasınız.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında tarafıma yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı.Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla ,hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.bu formun bir nüshası da bana verilmiştir.

Gönüllünün

Tarih:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefon:

EK - 2

Veri Toplama Formu:

1)Adınız Soyadınız:

2) Cinsiyet:

a)Kadın b)Erkek

3) Yaşınız:.....

4)Yaşadığınız Yer:

a)Köy b) Kasaba c)Şehir d)Büyükşehir

5)Medeni Durumu:

a)Evli b)Bekar c)Dul d)Boşanmış

6)Mesleği:

7)Eğitim durumu:

a)İlkokul b)Ortaokul c)Lise d)Üniversite ve Üstü

8)Sağlık Güvenceniz var mı?

a)Emeli sandığı b)SSK c)Yeşil Kart d)Hiçbiri

9)Daha önce hastaneye yattınız mı?

.....

10)Daha önce ameliyat geçirdiniz mi?

.....

11)Koroner anjiyografi ile ilgili bilginiz var mı?

.....

12)Bilginiz var ise nereden ya da kimlerden yardım aldınız?

.....

13)İşlemin risk ve tehlikelerinin açıklanmasını ister miydiniz?

a)Evet b)Hayır

14)Size koroner anjiyografi yapılması kararı ne zaman alındı?

.....

15)Koroner Anjiyografi uygulamalarına yönelik, kendinizi endişeli hissediyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

16)Koroner Anjiyografi öncesi anksiyetenizi azaltmak için işlem öncesi bir şeyler yaptınız mı?

a)Evet b)Hayır

17)15. soru evet ise neler yaptınız?

.....

18)Genelde müziği sever misiniz?

a)Evet b)Hayır

19)Endişeli olduğunuz bir anda sakinleşmek için müzik dinleme yolunu seçtiğiniz olur mu?

a)Evet b)Hayır c) Bazen

20) Anjiyo sırasında istediğiniz bir müziği dinlemek sizi rahatlatabilir mi/ endişelerinizi azaltır mı?

a)Evet b)Hayır c) Belki d) Bilmiyorum

21)Hangi tür müziği dinlemek istersiniz?

.....

22)Anjiyo sırasında dinlediğiniz müziği beğendiniz mi? (sadece deney grubuna sorulacak...)

a)Evet b)Hayır

EK - 3

STAI FORM TX-1(DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ):

Aşağıda kişilerin kendine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Not=(1):hiç,(2):biraz,(3):çok,(4):tamamiyle

	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Çok</i>	<i>Tamamiyle</i>
1)Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2)Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3)Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4)Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5)Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6)Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7)Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8)Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9)Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10)Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11)Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12)Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13)Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14)Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15)Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16)Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)

- 17)Şu anda endişeliyim** (1) (2) (3) (4)
- 18)Heyecandan kendimi şaşkına
dönmüş hissediyorum** (1) (2) (3) (4)
- 19)Şu anda sevinçliyim** (1) (2) (3) (4)
- 20)Şu an keyfim yerinde** (1) (2) (3) (4)

EK - 4

STAI FORM TX-2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ):

Aşağıda kişilerin kendine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Not=(1):hemen hiçbir zaman,(2):bazen,(3):çok zaman,(4):hemen her zaman

HemenhiçbirzamanBazenÇokzaman Hemen Zaman her

(21)Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
(22)Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
(23)Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
(24)Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
(25)Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
(26)Kendimi dinlenmiş hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
(27)Genellikle sakin,kendime hakim ve soğuk kanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
(28)Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
(29)Önemsiz şeyler hakkında Endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
(30)Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
(31)Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
(32)Genellikle kendime güvenim Yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
(33)Genellikle kendimi emniyette	(1)	(2)	(3)	(4)

Hissederim

(34) Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım (1) (2) (3) (4)

(35) Genellikle kendimi hüzünlü Hissederim (1) (2) (3) (4)

(36) Genellikle hayatımdan memnunum (1) (2) (3) (4)

(37) Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder (1) (2) (3) (4)

(38) Hayal kırıklıklarımı öyle ciddiye alırım ki hiç unutmam (1) (2) (3) (4)

(39) Akli başında ve kararlı bir insanım (1) (2) (3) (4)

(40) Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder (1) (2) (3) (4)

HİZMETE ÖZEL

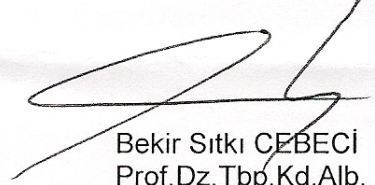
T.C.
GENEL KURMAY BAŞKANLIĞI
GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI
KARDİYOLOJİ SERVİSİ
İSTANBUL

KARD.SERV. : 8360- 29 -10/

29 Ocak 2010

KONU : Yük.Hemş.Meltem Vizeli'nin Tezi hk.

Kliniğimizde görevli hemşirelerimizden Yük.Hemş.Meltem VİZELİ'nin hemodinami laboratuvarında "Koroner anjiyografi olacak hastalarda intraoperatif dönemde müzik terapisinin anksiyete düzeyine etkisi" adlı çalışmasını uygulamasında sakınca yoktur.



Bekir Sıtkı ÇEBECİ
Prof.Dz.Tbp.Kd.Alb.
Kardiyoloji Servis Şefi

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ANKARA

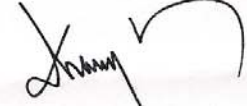
16 Haziran 2009

Y. ETİK KRL. : 1491 - 526 - 09/1539
KONU : GATA Etik Kurulu

Yük. Hem. Meltem VİZELİ

“Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin İntraoperatif Anksiyete Düzeyine Etkisi” başlıklı, tek merkezli, deneysel çalışma olan araştırma projeniz ile ilgili, GATA Etik Kurulu'nun kararı EK'tedir.

Rica ederim.



Deniz SAĞDIÇ
Prof. Dz. Diş Tbp. Kd. Alb.
GATA Etik Kurulu Başkanı

EK :
1 Adet Etik Kurul Raporu


HİZMETE ÖZEL


T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

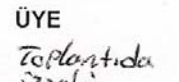
OTURUM NO : 132
OTURUM TARİHİ : 02 Haziran 2009
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dz. Diş Tbp. Kd. Alb. Deniz SAĞDIÇ
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

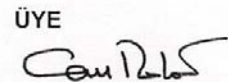
GATA Etik Kurulu'nun 02 Haziran 2009 günü yapılan 132. oturumunda, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kardiyoloji Servis Şefliğinden Yük. Hem. Meltem Vizeli'nin sorumlu araştırmacılığını yaptığı "**Koronar Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin İntraoperatif Anksiyete Düzeyine Etkisi**" başlıklı, tek merkezli, deneysel çalışma olan araştırma dosyası değerlendirildi.

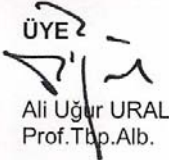
Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

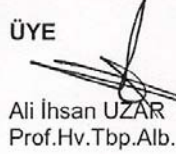
BAŞKAN

Deniz SAĞDIÇ
Prof.Dz.Diş Tbp.Alb.

ÜYE

H.İbrahim ALTINSOY
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Toplantıda
iznil.
Cem TAYFUN
Prof.Dz.Tbp.Alb.

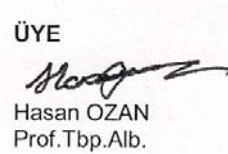
ÜYE

Can Polat EYİGÜN
Prof.Hv.Tbp.Alb.

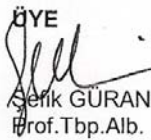
ÜYE

Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Alb.

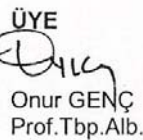
ÜYE

Ali İhsan UZAR
Prof.Hv.Tbp.Alb.

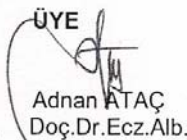
ÜYE

T. HAZNEDAROĞLU
Tuğçer HAZNEDAROĞLU
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE

Hasan OZAN
Prof.Tbp.Alb.

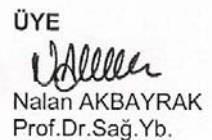
ÜYE

Serik GÜRAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Onur GENÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Adnan ATAÇ
Doç.Dr.Ecz.Alb.

ÜYE

Mükerrerem SAFALI
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE

Nalan AKBAYRAK
Prof.Dr.Sağ.Yb.

11. ÖZGEÇMİŞ

Meltem VİZELİ (DOĞAN) 22 Nisan 1984 tarihinde İzmir’de doğdu. 2002 yılında İzmir Milli Piyango Anadolu Lisesi’nden mezun olduktan sonra, aynı yıl kazandığı Gata Hemşirelik Yüksekokulu lisans programını 2006 yılında tamamladı ve 2007 yılında Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. Haziran 2006’da Haydarpaşa Gata’da acil servis ve çocuk kliniğinde çalıştı. 2007’de Diyarbakır Asker Hastanesinde acil serviste çalıştı. Halen Haydarpaşa Gata’da kardiyoloji Kliniğinde servis hemşiresi olarak çalışmaktadır ve evlidir.