T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SPİNAL ANESTEZİ İLE YAPILAN SEZARYEN DOĞUMLARDA DİNLETİLEN MÜZİĞİN VE ERKEN TEN TEMASININ ANNELERİN AĞRI DÜZEYİNE, MEMNUNİYETİNE VE MATERNAL BAĞLANMAYA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

İlknur DEMİRHAN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SPİNAL ANESTEZİ İLE YAPILAN SEZARYEN DOĞUMLARDA DİNLETİLEN MÜZİĞİN VE ERKEN TEN TEMASININ ANNELERİN AĞRI DÜZEYİNE, MEMNUNİYETİNE VE MATERNAL BAĞLANMAYA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

İlknur DEMİRHAN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Spinal Anestezi ile Yapılan Sezaryen Doğumlarda Dinletilen Müziğin ve Erken Ten Temasının Annelerin Ağrı Düzeyine, Memnuniyetine ve Maternal Bağlanmaya Etkisi

İlknur DEMİRHAN

Doktora Tezi

25.01.2021

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Lale TAŞKIN
Doç. Dr. Birgül ÖZKAN
Doç. Dr. Sevil ŞAHİN
Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR
Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIÖZ DÜZGÜN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Doktora derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN
Enstitü Müdürü

Bu tezin Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim. 25.01.2021

İlknur DEMİRHAN

Tüm yaşantım boyunca benim için en güzeli ve en iyiyi isteyen, emeklerini ve sevgilerini hiçbir zaman esirgemeyen, en büyük desteğim olan sevgili anneme ve babama ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez hazırlama sürecinde değerli katkıları ile her zaman bana yol gösteren, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen Sayın Danışman Hocam Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a,

Tez çalışmasının yürütülmesinde bilgi, görüş ve önerileriyle destek olan Sayın Hocalarım Prof. Dr. Lale TAŞKIN ve Doç. Dr. Sevil ŞAHİN'e,

Tez çalışmamın uygulamasını yürüttüğüm Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde çalışmakta olan hemşire ve ebe arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara,

Bu süreçte yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma,

Tüm yaşantım boyunca beni destekleyip yanımda olan, bugünlere gelebilmem için her fedakârlığı gösteren ve sevgisini her zaman kalbimde hissettiğim tez aşamasında kaybettiğim canım anneme,

Her zaman yanımda olduğunu bildiğim ve desteğini hissettiğim canım babama,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iii**
ABSTRACT ..... **v**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vii**
ŞEKİLLER DİZİNİ……**viii**
GRAFİKLER DİZİNİ……...**ix**
TABLOLAR DİZİNİ……..**x**
1. GİRİŞ **1**
2.GENEL BİLGİLER……**5**
2.1. Sezaryen ……5
2.1.1. Sezaryen Tanımı……..5
2.1.2. Sezaryen Tarihçesi…….. 6
2.1.3. Sezaryen Endikasyonları ve Kontrendikasyonları……..6
2.1.4. Sezaryende Kullanılan Anestezi Türleri…….7
2.1.5. Genel Anestezi……9
2.1.6. Rejyonel Anestezi……9
2.2. Erken Ten Teması Uygulaması……10
2.2.1. Sezaryende Erken Ten Teması……..11
2.3. Müzik Dinletisi…..……...…11
2.3.1. Müziğin Obstetri ve Kadın Sağlığında Kullanımı…….14
2.4. Sezaryen Sonrası Bakımda ve Emzirmede Hemşirenin Rolü……...…15
3. MATERYAL VE YÖNTEM……..…….**17**
3.1. Araştırmanın Tipi……...…..17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri……...17
3.3. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Örneklem Seçim Yöntemi……...17
3.4. Veri Toplama Araçları……..21
3.4.1. Veri Toplama Formu ……21
3.4.2. Gebenin Müzik ile Olan İlişki Formu……21
3.4.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)…….……..21
3.4.4. Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ) ve Değerlendirilmesi…….22
3.4.5. Yenidoğana Ait Bilgi ve Emzirme Formu…….22

3.4.6. LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği……22
3.4.7. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)…….....23
3.5. Araştırmanın Uygulanması……..24
3.5.1. Araştırmanın Ön Uygulama Aşaması……...24
3.5.2. Araştırmanın Uygulama Adımları…….....24
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu……....29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi…….29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları……30
4. BULGULAR……..31
5. TARTIŞMA……...49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER……..58
7. KAYNAKLAR……...61
8. EKLER……...76
EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu……...76
EK-2. Veri Toplama Formu……77
EK-3. Gebenin Müzik ile Olan İlişki Formu……....78
EK-4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)……..79
EK-5. Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ)…...……...……..…….80
EK-6. Yenidoğana Ait Bilgi ve Emzirme Formu……..…..83
EK-7. LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği ……....84
EK-8. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)……...85
EK-9. Etik Kurul Onay Formu……86
EK-10. Hastane İzin Yazısı……87
EK-11. Özgeçmiş……..…..88

ÖZET

Spinal Anestezi ile Yapılan Sezaryen Doğumlarda Dinletilen Müziğin ve Erken Ten Temasının Annelerin Ağrı Düzeyine, Memnuniyetine ve Maternal Bağlanmaya Etkisi

Bu araştırma, spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda dinletilen müziğin ve erken ten temasının annelerin ağrı düzeyine, memnuniyetine ve maternal bağlanmaya etkisini belirlemek amacıyla yapılmış, randomize kontrollü deneysel çalışmadır.

Araştırmanın örneklemini, Ankara'da özel bir hastanenin sezaryen ameliyathanesinde ve doğum sonu kliniklerinde spinal anestezi ile doğum yapan 80 kadın oluşturmuştur. Araştırmada veriler, Veri Toplama Formu, Gebenin Müzik ile Olan İlişki Formu, GKÖ, SDAMDÖ, Yenidoğana Ait Bilgi ve Emzirme Formu, LATCH ve MBÖ kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde Independent Sample-t, ANOVA, Paired Sample-t, Kruskal-Wallis H, Wilcoxon ve Friedman testi kullanılmıştır.

Araştırma bulgularında; çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin vücut ısısı, ilk emzirmeye başlama zamanı (dk.), ilk emzirme süresi (dk.), ilk 24 saatteki kilo kaybı (gr) açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı; ETT grubundaki annelerin bebeklerinin vücut ısısı, müzik ve kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek; ETT grubundaki bebeklerin ilk emzirmeye başlama zamanının (dk.), kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erken; ETT grubundakilerin ilk emzirme süresinin (dk.), kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha uzun; müzik grubunda bebeklerin ilk 24 saatteki kilo kaybının (gr), kontrol grubundaki bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte doğum sonu ilk emzirme ve yirmi dördüncü saat LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,001). Müzik grubundaki annelerin müzik öncesi ve sonrası VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilirken (Z=-3,353; p=0,001); müzik sonrası VAS puanları, müzik öncesine göre istatistiksel olarak

anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Gruplara göre SDAMDÖ toplam puanı ve alt boyutları puanları ve maternal bağlanma ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç olarak; sezaryen doğum sonrası annelerin ağrı ve emzirme sorunları yaşadığı, bu durumun anne memnuniyetini ve maternal bağlanmayı etkilediği sonucuna varılmıştır. Sezaryen doğumda müzik ve erken ten temasının birlikte ya da ayrı ayrı uygulanmasının ağrı yönetiminde, emzirme sorunlarının giderilmesinde, anne memnuniyetinin arttırılmasında ve maternal bağlanmanın sağlanmasında güvenli ve etkili birer nonfarmakolojik yöntemler olarak kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, bağlanma, emzirme, erken ten teması, hasta memnuniyeti, müzik, sezaryen

ABSTRACT

The Effect of Music Played and Early Skin to Skin Contact in Cesarean Deliveries with Spinal Anesthesia on The Pain Level, Satisfaction and Maternal Attachment of The Mothers

This study is a randomized controlled experimental study that was conducted to determine the effect of music played and early skin to skin contact in cesarean deliveries performed with spinal anesthesia on the pain level, satisfaction and maternal attachment of mothers.

The sample of the study consisted of 80 women who gave birth with spinal anesthesia in the cesarean operation room and postpartum clinics of a private hospital in Ankara. Data was collected by using Data Collection Form, Pregnancy Relationship Form with Music, VAS, SMMSCB, Neonatal Information and Breastfeeding Form, LATCH and MAI. In the evaluation of the data Independent Sample-t, ANOVA, Paired Sample-t, Kruskal-Wallis H, Wilcoxon ve Friedman test were used to analyze the data.

As a results of the study; the difference between the groups was statistically significant in terms of body temperature of the babies of the mothers who participated in the study, time to start first breastfeeding (min.), the first breastfeeding time (min.), and weight loss in the first 24 hours (g); body temperature of the babies of the mothers in the SSC group was statistically significantly higher than those in the music and control groups; in the SSC group the first breastfeeding time (min.) was significantly earlier than the control group; The first breastfeeding time (min.) in the SSC group was statistically significantly longer than in the control group; In the music group, it was determined that the babies' weight loss (g) in the first 24 hours was statistically significantly higher than the babies in the control group. At the same time, the difference between the groups was found to be statistically significant in terms of the first postpartum breastfeeding and the 24th hour LATCH breastfeeding and diagnostic scale scores ($p = 0.001$). While a statistically significant difference was found in terms of VAS scores of mothers in the music group before and after music ($Z = -3.353$; $p = 0.001$); VAS scores after music were found to be statistically significantly lower than

before music. There was no statistically significant difference between the groups in terms of SMMSCB total score and sub-dimension scores and maternal attachment scale scores ($p > 0.05$).

As a result; it was concluded that mothers experienced pain and breastfeeding problems after cesarean delivery, and this situation affected maternal satisfaction and maternal attachment. It is recommended to use music and early skin to skin contact together or separately in cesarean delivery as safe and effective non-pharmacological methods in pain management, relieving breastfeeding problems, increasing maternal satisfaction and ensuring maternal attachment.

Keywords: Pain, attachment, breastfeeding, early skin to skin contact, patient satisfaction, music, cesarean section

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
°C	: Santigrat Derece
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
HKA	: Hasta Kontrollü Analjezi
IBFAT	: The Infant Breastfeeding Assesment Tool
LATCH	: Emzirme Başarısını Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği
MBÖ	: Maternal Bağlanma Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SDAMDÖ	: Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜMATA	: Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu
VAS	: Visüel Analog Skalası

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. CONSORT akış diyagramı……...……...20
Şekil 3.2. Araştırmanın uygulama şeması……...……28

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 4.1. Gruplara göre annelerin Görsel Ağrı Skalası (VAS) puanlarının dağılımı……...……..……..42

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Gruplara göre annelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı…….31
Tablo 4.2. Gruplara göre annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı……..32
Tablo 4.3. Gruplara göre annelerin müzik ile olan ilişki özelliklerinin dağılımı…….33
Tablo 4.4. Gruplara göre annelerin doğum öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerlerinin karşılaştırılması……..……..35
Tablo 4.5. Gruplara göre annelerin bebeklerine ve emzirmeye ilişkin özelliklerinin dağılımı……..……..…36
Tablo 4.6. Gruplara göre annelerin bebeklerini ilk emzirme şekli, mama verme durumu ve kontrol kan şekeri ölçümlerine ilişkin bulguların dağılımı……....38
Tablo 4.7. Gruplara göre annelerin doğum sonu ilk emzirme ve yirmi dördüncü saatte LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanlarının dağılımı……39
Tablo 4.8. Gruplara göre annelerin Görsel Ağrı Skalası (VAS) puanlarının dağılımı.40
Tablo 4.9. Gruplara göre annelerin müzik öncesi ve sonrası Görsel Ağrı Skalası (VAS) puanlarının dağılımı…….……....42
Tablo 4.10. Gruplara göre annelerin Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ) toplam puanı ve alt boyutları puanlarının dağılımı…….43
Tablo 4.11. Gruplara göre annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) puanlarının dağılımı…….…...……44
Tablo 4.12. Gruplara göre annelerin bebeklerini ilk emzirmeye başlama zamanı ile ilk emzirme ve yirmi dördüncü saat LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanlarının dağılımı……...…….44
Tablo 4.13. Gruplara göre annelerin SDAMDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile Maternal Bağlanma Ölçeği, VAS (24.saat), LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği (24.saat) puanları ilişkilerinin incelenmesi…….…..46
Tablo 4.14. Gruplara göre annelerin SDAMDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), VAS, LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanları arasındaki bazı ilişkilerin incelenmesi…….……47

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Ağrı, ameliyattan sonraki süreçte en sık karşılaşılan hasta şikayetlerinden biri olarak görülmektedir. Bu süreç, travma sonrası başlayıp, giderek azalan ve doku iyileşmesiyle birlikte sona eren akut bir durum şeklinde açıklanmaktadır. Bu durum, ameliyat sırasında salgılanan kimyasal maddelerin sinir uçlarını uyarması ve dokuların kanlanmasının bozulmasına yol açan basınç, ödem, kas spazmı gibi sebeplerin ortaya çıkardığı iskemiye bağlı olarak oluşmaktadır (1,2).

Sezaryen, zamanla teknolojik yeniliklerin ve tıp biliminin gelişmesine bağlı olarak günümüzde en fazla yapılan ameliyatlar arasında yer almaktadır (3). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, 2003 yılındaki sezaryen oranı %21 iken, 2008'de %37'ye, 2013'te %48'e, 2018'de ise bu oran %52'ye çıkmıştır (4–7). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2019 verilerine bakıldığında ise sezaryen doğum oranının 2014 yılında %51,1 iken, 2018 yılında %54,9'a yükseldiği belirtilmiştir (8). Sezaryen ameliyatı, anneleri hem fiziksel, hem de ruhsal yönden olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Özellikle ameliyat sonrası ilk günlerde şiddetli şekilde devam eden insizyon bölgesindeki ağrı, annenin kendine yönelik günlük yaşam aktivitelerinin yanı sıra bebeğini emzirmesi ve bakımını yapmasını engellemektedir (3,9). Ağrı şikayetine bağlı olarak gelişen tüm bu olumsuz durumların ortadan kaldırılması, ağrı hissinin en kısa sürede kontrol altına alınarak hem annenin rahatının sağlanması hem de bebeğini etkili emzirmesi ve bakımını gerçekleştirebilmesi yönünden büyük önem taşımaktadır (10).

Günümüzde ağrı kontrolünde, kolay ulaşılabilen ve hızlı etki gösteren farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Aynı zamanda, ilaç dışı yöntemler de farmakolojik yöntem olarak kullanılan ilaçların tercih edilemediği ya da yetersiz kaldığı durumlarda kullanılabilmektedir (11,12). İlaç dışı, farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanmasının kolay olması ve ekonomik yük getirmemesinin yanı sıra, analjeziklerdeki yan etkilerin olmaması gibi avantajları bulunmaktadır (13).

Ağrı tedavisinde ve kontrolünde önemli ve vazgeçilmez bir role sahip olan hemşirelerin, bağımsız rollerini rahatlıkla gerçekleştirebilecekleri farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinden birisinin müzik olduğu belirtilmektedir (11,13). Bu tedavi, güvenli, yüksek maliyet gerektirmeyen ve yan etkisinin olmamasının yanı sıra sağlığın her alanında kullanılabilen yöntemlerden biri olup, ağrı kontrolünde de doğal bir araç olarak kabul edilmektedir (14). Farmakolojik yöntemlerle birlikte ya da ayrı olarak kullanılabilmesinin yanı sıra insan vücudunda doğal morfin ve endorfin salınımına katkı sağlayarak ağrı düzeyinin azalmasını sağlamaktadır (15). Müziğin, ameliyat sonrası ortaya çıkan ve birçok hastada varolan ağrı şikayetini kontrol altına almak için kullanılan opioid ihtiyacının azaltılmasında da etkili olduğu bilinmektedir (16).

Tedavi edici makamlardan biri olan Acemaşiran Makamının, fecirden (güneşin doğmasından önceki tan yeri ağarması) kuşluk vaktine (günün sabahla öğlen arasındaki vakti) kadar etkili olduğu, ilham verdiği, durgun olan duygu ve düşünceleri canlandırdığı belirtilmektedir. Ayrıca, doğumu kolaylaştırdığı, ağrıya etki etmekle birlikte spazm çözücü özelliği olduğu ifade edilmektedir (17). Tedavi edici makamların kullanıldığı bazı çalışmalar bulunmaktadır (18–20). Doğumda dinletilen müziğin annenin cesaretinin arttırılmasına, güveninin gelişmesine, stres ve kaygısının azalmasına, ağrı ile başetmesine yardımcı olmasıyla birlikte anne-bebek bağlanmasını da desteklemektedir (21,22).

Anne-bebek ilişkisini açıklayan kuramların başında bağlanma kuramı gelmektedir. Bağlanma kuramı, insan beyninin etkileşim yoluyla şekillenmeye başladığını ve bu şekillenmenin yaşamı boyunca insana olan etkilerini açıklamaktadır. Bağlanma, anne karnında başlayan, doğum sonrası ilk yıllarda ağırlıklı olmak üzere yaşam boyunca devam eden etkileşimsel bir süreç olup, ebeveyn ile bebeği arasında oluşan karşılıklı bağı temsil etmektedir. Bu bağın güvenli veya güvensiz olma durumu ve güçlü olup olmaması, yenidoğanın yaşantısı için çok önemli bir belirleyici olmaktadır (23,24). Anne-bebek bağlanmasında önemli yeri olan annenin bebeğine sarılması ve dokunmasının yanı sıra yapılan son çalışmalarda bu sürece müziğin de önemli etki ve katkı sağladığı belirtilmektedir (20,25,26).

Bağlanmayı sağlayan erken ten teması uygulamasının, hem kısa hem de uzun

vadede birçok faydasından söz edilmektedir. Yapılan çalışmalar, anne ile bebek arasında doğumdan sonraki erken dönemde ten temasının sağlanamaması ve doğumdan hemen sonra emzirmenin etkili olarak başlatılamamasının en önemli nedeninin sezaryen ile yapılan doğumlar olduğunu göstermektedir. Sezaryen oranları arttıkça, anne ile bebeğin buluşmasının ve doğumdan sonraki ilk saatte emzirme imkanının azaldığı belirtilmektedir. Buna bağlı olarak sezaryen sonrası anne ile bebeğin arasındaki ten temasının ve erken dönemde etkili emzirmenin sağlanabilmesi, üzerinde dikkatli şekilde durulması ve daha da önemsenmesi gereken bir konu haline gelmektedir (27,28).

Anne ve bebeğin sağlığının sürdürülmesi, güvenliğinin arttırılması, aşırı ağrı ile ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi ve anne, bebek, aile arasındaki ilişkilerin güçlenmesini sağlamak hemşirelerin ve ebelerin amaçları arasında yer almaktadır (18). Bu konuda dünyada ve Türkiye'de sınırlı sayıda çalışma (18,20,25,29,30) olup planlanan bu çalışma ile bu alana önemli katkılar sağlanacağı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışma, spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda dinletilen müziğin ve erken ten temasının annelerin ağrı düzeyine, memnuniyetine ve maternal bağlanmaya etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda dinletilen müziğin ve erken ten temasının annelerin ağrı düzeyine, memnuniyetine ve maternal bağlanmaya etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruplar arasında LATCH emzirme ve tanılama düzeyleri açısından fark vardır.

H2: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde erken ten teması uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında LATCH emzirme ve tanılama düzeyleri açısından fark vardır.

H3: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruplar arasında ağrı düzeyleri açısından fark vardır.

H4: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde erken ten teması uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında ağrı düzeyleri açısından fark vardır.

H5: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruplar arasında anne memnuniyetleri açısından fark vardır.

H6: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde erken ten teması uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında anne memnuniyetleri açısından fark vardır.

H7: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruplar arasında maternal bağlanma düzeyleri açısından fark vardır.

H8: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde erken ten teması uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında maternal bağlanma düzeyleri açısından fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen

2.1.1. Sezaryen Tanımı

Sezaryen ameliyatı, vajinal yolla doğumun gerçekleşmesinin mümkün olmadığı ya da annenin veya fetüsün sağlığı açısından risk taşıyan durumlarda, abdomen ve uterus duvarında cerrahi olarak kesi açılması yoluyla fetüsün doğurtulması şeklinde tanımlanmaktadır (31). Türk Dil Kurumu (TDK)'nun "sezaryen" tanımında ise; "doğumun doğal olmadığı durumlarda karın ve döl yatağının kesilerek bebeğin doğurtulması'' şeklinde açıklanmaktadır (32). Sezaryen ameliyatı, normal koşullarda yaklaşık 45 dakika sürmektedir. Fetüs ise ameliyat başladıktan yaklaşık 10-15 dakika sonra çıkarılmaktadır (3).

Günümüzde sezaryen en sık uygulanan ameliyatlardan biri iken, yapılma oranlarının %20-25 arasında değiştiği belirtilmektedir (3). Betrán ve arkadaşlarının, 1990-2014 yılları arasındaki artan sezaryen oranlarıyla ilgili yaptıkları çalışmada, tüm dünyada sezaryen oranlarının yükseldiğine ilişkin veriler yer almaktadır. Bu çalışmada, 150 ülkeden elde edilen en son verilere göre, şu anda tüm doğumların %18,6'sı sezaryen ile gerçekleşmekle birlikte, bu oranın sırasıyla en az ve en gelişmiş bölgelerde %6 ila %27,2 arasında değiştiği belirtilmektedir. Elde edilen veriler sonucunda en düşük sezaryen oranının %7,3 ile Afrika'da olduğu belirlenirken, en yüksek sezaryen oranının %42,9 ile Güney Amerika kıtasında olduğu saptanmıştır. En yüksek sezaryen oranına sahip diğer ülkelerin ise; Dominik Cumhuriyeti (%56,4), Brezilya (%55,6), Mısır (%51,8), İran (%47,9), Türkiye (%47,5), İtalya (%38,1), Birleşik Devletler (%32,8) ve Yeni Zelanda (%33,4) olduğu görülmektedir (33). Ülkemizde ise TNSA'nın 1993, 1998, 2003, 2008, 2013 ve 2018 yıllarındaki verilerine göre sezaryen oranlarının arttığı görülmektedir. 1993 yılındaki sezaryen doğum oranı yaklaşık olarak %7 iken, 1998 yılındaki verilere göre genel sezaryen doğum oranının %13,9 olduğu ve bölgeler arası önemli farklar bulunduğu belirtilmektedir. Diğer yıllarda yapılan çalışmalarda ise bu oranın 2003'te %21,2, 2008'de %36,7, 2013'te %48 iken, 2018'de %52 olarak tespit edildiği belirtilmektedir (7). Türkiye İstatistik

Kurumu'nun (TÜİK) 2019 verilerine bakıldığında ise sezaryen doğum oranı 2014'te %51,1 iken, 2018 verilerinde %54,9'a yükseldiği belirtilmiştir (8).

2.1.2. Sezaryen Tarihçesi

Sezaryen tarihçesinde bu isimle ilgili farklı görüşler olduğu görülmektedir. İlk görüşe göre, M.Ö. 100 yılında Sezar'ın sezaryen ile doğduğu şeklindedir. Diğer görüşe göre M.Ö. 8. yüzyılda Numa Pompilius'un gebelik sürecinin son haftalarında ölen kadınların bebeklerinin, annenin karnının kesilerek çıkarılmasını emrettiğine dair bir kanun çıkararak, bu işleme "lex caesarea" denildiği şeklindedir. Bunların yanı sıra orta çağ döneminde latince kesmek anlamında kullanılan "caedere" yükleminden, "caesarean" sözcüğünün türetildiği belirtilmektedir (34,35).

'Sezaryen ile doğum' terimi ilk kez Fransız hekim Rousset tarafından 1581 yılında kullanılmıştır. Lebas'ın 1769 yılında kesilen uterusa dikiş atması sayesinde sezaryen doğumlardaki yüksek olan mortalite oranlarının düşürülmesi sağlanmıştır. Ancak, mortalite oranlarındaki bu düşüşe rağmen uygulamanın uzunca bir süre kullanılmadığı görülmüştür. 1817 yılında ise uterus yarasına dikiş koyan ikinci kişinin İngiltere'de Barlow olduğu ve uygulamanın tekrar gündeme gelmesini sağladığı belirtilmektedir. Sezaryende dönüm noktası olarak ise 1882 yılında, asistan olarak görev yapan ve henüz 28 yaşında iken, Max Sanger'in uterus duvarının dikilmesi konusundaki düşüncelerini paylaşmasıyla görülmüştür (36,37). Bu sayede ortaya çıkan önemli gelişmelerle birlikte kanama ve sepsis kaynaklı mortalite oranlarında önemli bir düşüş görülmüştür (36,38). Ülkemizde ilk kez başarılı olarak gerçekleştirilen sezaryen ameliyatının ise, 1900'lü yıllarda saray cerrahı olarak görev yapan Cemil Topuzlu tarafından yapıldığı, hem anne hem de bebeğinin yaşamlarını sürdürdüğü ve doğumun İstanbul Nişantaşı'nda bir konakta gerçekleştirildiği bilinmektedir (38).

2.1.3. Sezaryen Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Anne adaylarının gebe olduklarını öğrendikleri günden itibaren, doğum ağrısına yönelik olumsuz tutumları nedeniyle, doğum sancısını hissetmemek ve acı çekmemek için sezaryen ile doğum yapmayı istedikleri görülmektedir. Ancak,

sezaryen ameliyatının bazı önemli komplikasyonları bulunmaktadır. Buna bağlı olarak, Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) sezaryen endikasyonlarını annenin sistemik hastalıkları, ilerlemeyen doğum eylemi, çoğul gebelik, maternal enfeksiyonlar, umbilikal kord prolapsusu, fetal distres, plasentaya ait sorunlar, iri bebek ve prezentasyon anomalisi olarak belirtmektedir (39). Bununla birlikte, Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FİGO) ise sezaryen doğumun, yalnızca anne ve bebeğinin refah düzeyini arttırmak ve mevcut sonuçları iyileştirmek için yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu nedenle, anne istemine göre sezaryen yapmanın gösterilmiş bir faydası bulunmadığı için etik yönden doğru olmadığını bildirmektedir (40).

Ülkemizde ise sezaryen doğumun, cerrahi bir girişim olması sebebiyle tıbbi endikasyon olmaksızın yapılmaması gerektiği ve vajinal doğuma alternatif bir seçenek olmadığı düşüncesi savunulmaktadır. Buna yönelik sezaryen oranlarının düşürülmesi hedeflenerek protokoller hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberinde; doğumun annenin ya da fetüsün sağlığı bakımından risk taşıdığı ve güvenli olmadığı, baş-pelvis uygunsuzluğu gibi sebeplerle eylemin indüklenemediği, vajinal doğumun belirli riskler oluşturacağı iri bebek ya da fetal distresin varlığı gibi durumlarda, fetal prezantasyon anomalilerinde, çoğul gebeliklerde, anneye ait diyabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıkların olması durumunda veya geçirilmiş uterus cerrahisi gibi durumlarda ve acil olarak doğumun gerçekleşmesinin gerektiği sorunların varlığında, sezaryenle doğum yapılması gerektiği belirtilmektedir (41).

Sezaryen kontraendikasyonlar ise şiddetli sepsis, anestezi komplikasyonları, pulmoner emboli gibi tromboembolik sorunlar, pıhtılaşmayla ilgili bozukluklar, endometrit, daha önce geçirilmiş cerrahiye bağlı ciddi yapışıklıklar, ameliyathane koşullarının uygun olmaması, personel ve gerekli ekipmanın bulunmaması şeklinde belirtilmektedir (3,34,42–44).

2.1.4. Sezaryende Kullanılan Anestezi Türleri

Günümüzde sezaryen ameliyatında genel ve rejyonel anestezi türleri kullanılmaktadır. Sezaryen için ideal olan kesin bir anestezi yönteminin olmadığı

belirtilmekle birlikte, her iki yöntemin de avantaj ve dezavantajlarının olduğu vurgulanmaktadır. Hastanın anestezi değerlendirmesi, anestezist tarafından hastanın fiziksel muayenesinin gerçekleştirilmesiyle ve daha önce yaşamış olduğu anestezi deneyimleri, ameliyatın aciliyeti gibi birçok faktörün dikkate alınmasıyla yapılmaktadır. Buna bağlı olarak ameliyat öncesi hazırlıkta, anestezi açısından hastanın birçok yönden değerlendirilmesi oldukça büyük bir öneme sahiptir. Diğer cerrahi işlemlerde anestezi uygulamasında yalnızca hasta olan bir bireyin yaşam güvenliği söz konusu iken, sezaryen ile yapılan doğumlarda annenin yanı sıra fetüsün de güvenliğinin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle, her ikisi için de en güvenilir olan, yenidoğanı en az etkileyecek anestezik maddelerinin seçilmesi ve cerrah için uygun olan çalışma koşullarının sağlanması gerekmektedir (45–47).

Preoperatif süreçte hastaların sınıflandırılmasında ve uygun anestezi yaklaşımına karar verilmesinde kullanılan sistem Amerikan Anestezistler Birliği (ASA) değerlendirme sistemidir. Bu sınıflamaya göre;

ASA 1. Cerrahi patoloji haricinde sistemik bir bozukluğu olmayan

ASA 2. Hafif düzeyde anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, diyabet gibi cerrahi girişim sebebine veya başka bir sebebe bağlı hafif sistemik bozukluğu bulunan

ASA 3. Hipovolemi, miyokard infarktüsü geçirmiş olma, diyabet gibi aktivitelerinde kısıtlama gerektiren ama güçsüz bırakmayan hastalığı bulunan

ASA 4. Böbrek ve karaciğer yetmezliği, şok, dekompanse kalp veya solunum sistemi hastalıkları gibi yaşamına devamlı bir tehdit olarak, gücünü yitirmesine neden olan bir hastalığı bulunan

ASA 5. Ameliyat olmasına rağmen 24 saatten fazla hayatta kalması beklenmeyen, son çare olarak cerrahi girişim yapılan ve ölüm halinde olan

ASA 6. (En son eklenmiştir.) Beyin ölümünün gerçekleştiği ve organ nakli için uygun olan hastaları ifade etmektedir (47).

2.1.5. Genel Anestezi

Genel anestezinin ilk kez obstetrik cerrahide uygulanması, 1847 yılında Edinburgh'da, Dr. James Yong Simpson'ın doğumda eter kullanmasıyla başlamıştır (48). Genel anestezi acil ya da kanama riski taşıyan hastalarda hem hızlı hem de güvenilir olması bakımından avantaj sağlamakla birlikte, hipotansiyonun nadir ortaya çıkması ve solunum ile hava yolu kontrolünün daha iyi sağlanması gibi olumlu yanları bulunmaktadır (49). En önemli dezavantajları ise entübasyon güçlüğü ya da ventilasyon başarısızlığı şeklinde görülebilmektedir. Bununla birlikte, annede aspirasyon, uyanma sırasında görülebilecek hava yolu problemleri, annenin bilincinin tam kaybolmama durumu, hipertansiyon, hemodinamik ve dolaşımsal bozukluklar, ağrı ve bulantı-kusma, yenidoğanda ise solunum depresyonunun görülmesi gibi dezavantajlarının bulunduğu belirtilmektedir (50–54).

2.1.6. Rejyonel Anestezi

Rejyonel anestezi türünde hastalar bilinç kaybı yaşamadan, vücut bölgesinde analjezi, refleks kaybı ve kasların gevşemesi sağlanmaktadır. Bu yöntemde, ameliyat bölgesinde ve çevresinde, lokal anestetiklerin enjekte edilmesiyle oluşan geri dönüşümlü duyu kaybı sağlanmaktadır (55). Son yıllarda obstetrik ameliyatlarında ve sezaryende kullanılması daha sık tercih edilen yöntemin rejyonel anestezi olduğu görülmektedir. Anestezi sonrası hastada uyanıklık durumu devam ettiği için aspirasyon riski taşımazken, santral blokaj uygulaması nedeniyle en sık görülen komplikasyonu hipotansiyondur. Doğum süresince gebenin uyanık olması, annede ve yenidoğanda solunum depresyonuna neden olmaması, doğumdan sonraki süreçte annenin daha erken mobilizasyonunun gerçekleşmesi gibi avantajları bulunmaktadır (50,56–58).

Müzik terapi rejyonel anestezi alan hastalara uygulanabilmektedir. İlaç dışı uygulamalardan olan bu girişim, hem kolaylıkla uygulanabilen hem de invaziv olmayan bir yöntemdir. Ameliyattan önce, sırasında ya da sonrasında hastalara birçok açıdan yarar sağlamaktadır (11,59–61). Hastanede hemşireler tarafından kolaylıkla uygulanabildiği ve bu sayede hastanın anksiyete, ağrı ve yaşamsal bulguları üzerinde olumlu etkiler sağladığı görülmektedir (62,63). Özellikle spinal ve epidural anestezi tekniklerinin kullanılarak gerçekleştirildiği cerrahi işlemlerde hastayı ameliyat

sırasında ortaya çıkabilecek stresten ve bunun vücut üzerinde oluşturabileceği zararlı etkilerden uzaklaştırmak, rahatlamayı ve dikkatinin başka yöne çekilmesini sağlamak, ameliyattan sonraki süreçte yaşanan ağrıyı kontrol altında tutmak ve analjezik gereksinimini azaltmak için kullanılan, kolay uygulanabilen, yüksek maliyet gerektirmeyen, yan etkisi bulunmayan ve farmakolojik olmayan bir yöntemdir (13,59).

2.2. Erken Ten Teması Uygulaması

Ten tene temas (TT), bebeğin kurulanmış ve çıplak halde, genellikle annesinin çıplak göğsüne, yüz üstü pozisyonda yatırılmasını içermektedir. Bebeğin başına şapkası/beresi giydirilmiş ve altı bezle kapatılmış olmalı ve üzerine ılık bir örtü ya da havlu örtülmelidir (64–66). Derhal ten tene temas (DTT) bebeğin doğumundan sonraki ilk 10 dakika içerisinde ten tene temas uygulamasına başlanması şeklinde tanımlanırken, erken ten tene temas (ETT) ise bebeğin doğumdan sonraki ilk 10 dakika ile 24 saat arasında ten tene temas uygulamasına başlanması anlamına gelmektedir (64). Daha çok prematüre yenidoğanlarda yapılan bir uygulama olsa da, sağlıklı ve termde olan yenidoğanlar için de önemli faydalar sağladığı belirtilmektedir (67).

Ten tene temas, bebeğin doğumdan hemen sonraki süreçte yıkanmadan ve sadece silinerek annenin tenine yatırılmasından dolayı, yenidoğanda amnion mayi ve doğumda bulaşan kan olması sebebiyle bazı kültürlerde "kirli bir uygulama" olarak nitelendirilmektedir. Ancak, farklı kültüre sahip kadınlarla yapılan çalışmalara bakıldığında, kültüre bağlı olmaksızın ten tene temas uygulamasının tüm kadınlar tarafından olumlu karşılandığı görülmektedir (68). Yenidoğanın doğumdan sonraki süreçte annesinin göğsüyle en erken sürede buluşturulması, doğumdan hemen sonraki ilk yarım ve en geç bir saatte emzirilmesi sayesinde, annenin reflekslerinin daha erken uyarılarak süt yapımına ve akımına olumlu etkiler sağladığı bildirilmektedir (69). Bununla birlikte, bebeğin doğumundan sonraki ilk dakikalarda ve annenin uyaranlara oldukça duyarlı olduğu süreçte başlayan bu uygulamanın, birkaç gün içinde gelişen önemli bir bağlılık unsuru olduğu ve bu sayede annenin bebeğine ve onun sağlığına yönelmesi bakımından katkı sağladığı ortaya konulmuştur (70,71).

2.2.1. Sezaryende Erken Ten Teması

Sezaryen doğumda erken ten teması uygulamasında, yenidoğanın umblikal kordu klemplenip kesildikten sonra, bebeğin altı bir bezle kapatılıp çocuk hekimi ve hemşiresi tarafından ilk değerlendirilmesi hızlıca yapılmaktadır. Hemşirenin, ilk muayene ve müdahalelerden sonra bebeği çıplak olarak, yüzüstü ve yatay pozisyonda, annenin çıplak göğsüne yatırması ile uygulama başlamaktadır (64,72,73).

İlk muayene sırasında çocuk hekimi tarafından bebeğin apgar skoru değerlendirilmektedir. Bu skor 7 ve üzerinde ise anne-bebek arasındaki erken ten temasının sağlanmasını engelleyecek yenidoğana ait bir sağlık sorununun bulunmadığını göstermektedir (74). Apgar skoru değerlendirmesi, yenidoğanın sağlığına yönelik doğumdan hemen sonraki birinci ve beşinci dakikalarda olmak üzere iki kez yapılması gerekmektedir. Günümüzde ise bu skorlamanın halen hem çocuk hekimi hem de hemşireler ve ebeler tarafından yenidoğanın sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla kullanımı devam etmektedir (74,75).

Sezaryende ETT güvenli, yararlı ve anneler tarafından da talep edilen bir uygulama olmasına rağmen yaygınlaştırılmasında, hemşire ve ebe sayısının yetersiz olması, mevcut ameliyathane koşulları ve kültürü, uygulamada belirsizliklerin olması gibi bazı engeller bulunmaktadır (76). Buna bağlı olarak, vajinal doğumdan hemen sonra birçok hastanede ETT uygulanmasına rağmen, sezaryen doğum sırasında, ameliyathanede bu uygulamanın gerçekleştirildiği az sayıda hastane bulunmaktadır (64,76,77). Uygulamaya yönelik engellerin ortadan kaldırılması için öncelikle hemşire ve ebe sayısının arttırılması, kurum içi eğitimlerin yapılması, meslekler arası çalışma gruplarının oluşturulması ve uygulamaya yönelik standartların oluşturulması gibi planlamaların yapılması ve uygulamaların arttırılması gerekmektedir (76).

2.3. Müzik Dinletisi

Müziğin otonom sinir sistemine ve nöroendokrin sistem üzerine bazı etkileri olabilmektedir. Buna bağlı olarak, insan vücudunda fizyolojik ya da psikolojik yönden değişikliklere sebep olmaktadır. Müzik, geçmişten günümüze kadar, hem iyileştirici hem de sakinleştirici etkileri sayesinde tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Ritmin ise müziğin tedavi amaçlı kullanılmasındaki en önemli etken olduğu belirtilmektedir.

Ayrıca, müziğin parasempatik sinir sistemini de aktive etmesine bağlı olarak katekolaminlerin salgılanmasını azalttığı, bu sayede yaşamsal bulgular üzerinde olumlu etkileri olduğu, kaygı, korku ve ağrıyı azalttığı, yaşam kalitesinin arttırılmasına katkı sağladığı belirtilmektedir. Müzikte yer alan sesler ve titreşimler sayesinde temas ettiği bireyin tüm vücudunda etkiler göstermektedir. Kulaktan girip, etki edeceği sinir sistemi üzerine ve diğer tüm duyulara, organlara ve kaslara dağılım göstermektedir. Sesin ve titreşimin frekans vb. fiziksel özelliklerine göre vücudun vereceği tepkiler belirlenmektedir (78–80).

Müzik, günümüzde panik atak, stres, anksiyete ve bazı nörolojik hastalıkların tedavi sürecinde rehabilitasyonu desteklemek amacıyla kullanılırken, sindirim sistemi hastalıklarında ise oluşan konstipasyon, bulantı-kusma gibi semptomların tedavisinde destekleyici amaçla uygulanabilmektedir. Bunun yanı sıra bazı uyku bozukluklarında, immün sistemin güçlendirilmesinde, kas iskelet sistemindeki ağrıları ve doğum sırasında ve sonrasındaki süreçte ortaya çıkan ağrıların azaltılmasında da etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır (80). Ayrıca, müziğin damarların genişlemesini sağladığı, endorfin ve nitrit oksit salınımının artmasını sağlayarak mental stresi azalttığı belirtilmektedir (81). Müzikle ilgili yapılan bu alandaki bazı çalışmalara bakıldığında ise müziğin kan basıncı, nabız, solunum gibi yaşamsal bulgular üzerinde olumlu etkiler sağladığı belirlenmiştir (20,82,83).

Müzikle tedavi uygulaması, bireylerin aktif olarak katılım göstermesi ya da pasif olarak yer alması şeklinde iki farklı yöntemde yapılabilmektedir. Aktif uygulamada, hasta ve uygulamayı yapan terapist, aktif olarak müzik aletlerini, vücutlarını ve seslerini kullanarak müziği birlikte yapmakta iken, pasif uygulamada terapistin yönlendirmesi ve seçimiyle, sakinleştirici ve rahatlatıcı müziği hastaya dinletmekte ve bu esnada hastanın dinlenmesi sağlanmaktadır (84). Literatüre bakıldığında ise uygulama şekli katılımcıların kendi seçimleriyle aktif olarak (85–89) ya da araştırmacıların belirlediği müziğin uygulanması şeklinde pasif olarak gerçekleştirilen çalışmalar yer almaktadır (18,20,90–94).

Müzikle tedavi uygulamalarında, birçok farklı alanda ve hasta grubunda Türk Müziğinin de ağrı ve anksiyeteyi azaltan, kan basıncını düşüren etkiler gösterdiğini belirleyen ve psikoloji üzerinde olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalar yer

almaktadır (18–20,95). Türk Müziğinde kullanılmakta olan bazı makamlar ve etkileri ise şöyle açıklanmaktadır (17);

- ✓ **Acemaşiran Makamı:** İlham duygusu vermekle birlikte durgun düşünce ve duyguları canlandırmaktadır. Doğumun kolaylaştırmasına yardımcı olmaktadır. Ağrı kesici ve spazm çözücü olarak etkisi bulunmaktadır.

- ✓ **Rehavi Makamı:** Baş ağrısına ve sıkıntıya iyi gelmektedir. Doğuma yardımcı olmaktadır.

- ✓ **Nihavend Makamı:** Barış ve kuvvet duygusu verdiği, akıl hastalıklarında etkili olduğu belirtilmektedir.

- ✓ **Rast Makamı:** Fazla uyumayı engellemekte, nabzın yükselmesine yardımcı olmaktadır. Akıl hastalıklarında etkili olmakla birlikte sefa, neşe, huzur ve rahatlık gibi hisler vermektedir.

- ✓ **Hüseyni Makamı:** İyilik, sessizlik, güzellik, rahatlık vermekte ve ferahlatıcı etki göstermektedir. Barış duygusu vermekte ve tabiatla birleştirmektedir. Kendine güven ve kararlılık duygusu vermektedir.

- ✓ **Hicaz Makamı:** Ürogenital sisteme ve böbreklere etki etmekte, düşük nabız atımını yükseltmekte ve alçakgönüllülük duygusu vermektedir.

- ✓ **Isfahan Makamı:** Güven hissi, uyumu kolaylaştırma, hareket yeteneğini artırma, zihin açıklığı, zekayı artırma ve hatıraları tazeleme gibi özellikleri bulunmaktadır.

- ✓ **Neva Makamı:** Üzüntüyü giderme, olumsuz fikirleri ya da düşünceleri uzaklaştırma, cesareti artırma ve gönül sevinci oluşturma gibi etkileri olduğu ileri sürülmektedir. Kuvvet ve kahramanlık duyguları meydana getirmektedir. Akıl hastalıklarının tedavisinde faydası bulunmaktadır.

- ✓ **Irak Makamı:** Lezzet vermekte, düşünme ve kavrama konularında etki göstermektedir. Korkuyu gidererek, saldırganlığı önleyerek ve nevrotik hastalıklara etki ederek tedavi edici etkisi bulunmaktadır. Spiritüel tesiri görülmektedir.

- ✓ **Uşşak Makamı:** Kahramanlık, kuvvet, sevinç ve gülme duyguları vermektedir.

- ✓ **Büzürk Makamı:** Zihni temizlemekte, vesvese ve korkuyu uzaklaştırmaktadır. Fikre yön verme ve güç kazandırma etkileri bulunmaktadır.

- ✓ **Segah Makamı:** Beyin nöronlarına etkisi bulunmaktadır.

- ✓ **Saba Makamı:** Kalp ve ayak ağrılarının giderilmesinde ve ruhsal hastalıkların iyileştirilmesinde kullanılmaktadır. Kuvvet, cesaret ve rahatlık vermektedir.

- ✓ **Zirefkend Makamı:** Neşeyi arttırmakta ve derin duygu hissi vermektedir.

- ✓ **Zengüle Makamı:** Hayal ve sırlar telkin etme, uyku verme etkileri bulunmaktadır.

2.3.1. Müziğin Obstetri ve Kadın Sağlığında Kullanımı

Kadınlar özellikle ilk gebeliklerinde, daha önce tecrübe etmedikleri, bilinmeyen bir doğum süreciyle karşılaşmaları nedeniyle sık sık anksiyete ve korku yaşayabilmektedir (18,62). Anksiyeteyle birlikte, doğum ağrısının yaşanması kadınlarda rahatsız edici etkiler göstermektedir. Bu durum, anne-fetüs üzerinde önemli sorunlara yol açabilmektedir. Müziğin ise bu gibi olumsuzluklara yönelik, beden-zihin üzerindeki terapötik etkileri olduğu bilinmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları, ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında müziği aktif bir yöntem olarak kullanmaktadır (96). Literatür incelendiğinde gebelikte yapılan müzik uygulamasının maternal anksiyete üzerinde olumlu yönden etkileri olduğunu belirten çalışmalar (20,26,85,86,88,90,92,94) olduğu görülmektedir. Bununla birlikte müziğin gebelikte ve doğum sonrası yaşanan depresyona yönelik yararları olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (85,97).

Müziğin obstetride kullanımına yönelik bazı çalışmalar incelendiğinde, gebelikte stres ve maternal bağlanma faktörleri (26), sezaryen doğumda anksiyete ve stres (91), gebelikte anksiyete ve fetal parametreler (92), epizyotomideki ağrı ve

anksiyete (93), maternal distres ve prenatal bağlanma (98), doğumda ağrı ve stres yönetimi (20,99,100), erken postpartum dönemde emzirme (101) ve prematüre bebeği olan annelerin anne sütünün üretimi (102) gibi alanlarda müziğin etkisine yönelik araştırmaların yapıldığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, diğer kadın sağlığına yönelik müzikle tedavi alanları incelendiğinde ise transvajinal ultrasonografi (90), in vitro fertilizasyon (103), gebeliğin terminasyonu (104), non-stress test (105) ve jinekolojik cerrahi (106) gibi konularda yapılan çalışmalar yer almaktadır.

2.4. Sezaryen Sonrası Bakımda ve Emzirmede Hemşirenin Rolü

Sezaryen sonrası süreçte, anne-bebek arasında yeterli temasın sağlanarak aralarındaki bağın kurulması, bebeğin yeterli şekilde beslenmesi ve annenin iyileşme süresi açısından postoperatif ağrının yeterli tedavisinin sağlanması önem taşımaktadır (56). Anne ve bebeğin sağlığının sürdürülmesi ve güvenliğinin arttırılması, ağrının kontrolünün sağlanması, bebek ile ailenin diğer üyelerinin arasındaki ilişkilerin güçlenmesi sağlık ekibinin doğumda ve sonraki süreçte gerçekleştirmeye çalıştığı hedefler arasında yer almaktadır (18). Sezaryen sonrası hissedilen ağrının, annelerin olumsuz duygular yaşamalarına ve emzirmeye karşı isteksizlik duymalarına sebep olduğu görülmektedir (107).

Nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması sayesinde doğum sürecindeki ağrının hafifletilmesi sağlanabilmektedir. Hastaya bakım veren sağlık personelleri bu yöntemleri ekonomik, ulaşılabilir ve güvenilir olmalarından dolayı doğum ağrısıyla başetmede kolaylıkla kullanabilmektedirler (108). Bu yöntemlerden biri olan ve endorfin ile kapı kontrol teorileri yönünden açıklanan müziğin, insan bedeninin yanı sıra zihni üzerindeki terapötik etkileri sayesinde anksiyete, stres, ağrı ve korku gibi istenmeyen durumların önlenmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (109).

Destekleyici hemşirelik bakımının, annenin gücünün artırılarak cesaret kazanmasına, güven duymasına, kendini daha rahat ifade etmesine, yaşadığı stres, kaygı ve ağrının azaltılmasında yardımcı olmasına ve annenin ekiple olan işbirliğinin artırılarak doğumu olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir (110).

Doğum öncesi dönemde hemşireler tarafından anneye ilk emzirmeyi nasıl yapabileceği anlatılmaktadır. Anneyle birlikte babanın da katıldığı, bebeğin

doğumundan sonraki ilk yarım saat içinde ya da doğum sürecindeki en erken dönemde annenin ilk emzirmeyi başlatabilmesi konusunda eğitimler verilerek emzirmeye teşvik edilmesi sağlanmalıdır. Doğumdan sonraki yapılan ilk ten teması sayesinde anne-bebek arasındaki ilk bağın kurulması sağlanmaktadır. Hemşire ve ebeler tarafından yapılacak olan ten temasının önemi ve gerekliliği hakkında anneye bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte, tüm sağlık ekibine hizmet içi eğitim planlanarak erken ten teması uygulaması ile birlikte bağlanma, emzirme konularının ve uygulamanın önemi vurgulanmalıdır (3,21,30,111,112).

Anne-bebek arasında başlatılan erken ten temasının süresi ne kadar uzun olursa aralarındaki iletişimin de o kadar iyi kuvvetlenmesi beklenmektedir. Ten teması sırasında memedeki montgomery adı verilen kabarcıklardan salgılanan kokuyla yenidoğanın meme maşını daha kolay bulması ve bu sayede daha erken süreçte emmeye başlaması sağlanmaktadır. Bununla birlikte, bebeğin sakinleşmesi, nabzının düzenli olması ve vücut sıcaklığının dengede kalması sağlanarak, dış ortama adaptasyonu da daha kolay olmaktadır. Erken ten temasının, anne-bebek bağlanmasının daha erken dönemde başlatılmasında etkili olması beklenmektedir. Aynı zamanda oksitosin hormonun salgılanması tetiklenerek süt yapımı ve salınımı sağlanmış olup, bu sayede annenin uterusu daha etkili toplanarak, ağrılarının azalmasına katkı sağlanmaktadır (3,29,30,99,111–115).

.

Doğum sürecinde anne ve bebeği için güvenilir ve komplikasyon yaşanmayan bir doğumun sağlanmasının yanı sıra, annelerin süreçten memnun kaldıkları ve gereksinimlerinin karşılandığı bir doğum yapma deneyimi yaşamaları giderek önem kazanmıştır. Annelerin doğum memnuniyetini ise sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin yanı sıra doğum şekli ve doğumdan beklentileri de etkilemektedir (116). Sezaryen doğum, hastanede kalma süresinin uzaması, annenin iyileşmesinde gecikme ve artan maliyet, anne-bebek ilişkisinin kurulmasında gecikme, emzirme ile ilgili ve annelik rolüne uyumda yaşanabilecek bazı olumsuzlukların yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle, hastanede hemşireler tarafından verilecek olan bakım ve uygulamaların, tüm bu sorunların önlenmesinde, annelerin doğum deneyimlerine yönelik memnuniyetlerinin değerlendirilmesinde ve doğumdan sonraki süreçte yaşam kalitelerinin arttırılmasında önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir (117–120).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda dinletilen müziğin ve erken ten temasının annelerin ağrı düzeyine, memnuniyetine ve maternal bağlanmaya etkisini belirlemek üzere yapılmış randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

Araştırma, Ankara'da özel bir hastanenin sezaryen ameliyathanesinde ve doğum sonu kliniklerinde yapılmıştır. Araştırmanın uygulama aşaması, yazılı izinler alındıktan sonra Eylül 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Hastanenin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 10 hekim, yenidoğan sağlığını değerlendirmek üzere iki pediatrist bulunmaktadır. Hastanenin beş katında toplam 46 hasta odasından oluşan Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinikleri bulunmaktadır. Kliniklerde 25 ebe ve hemşire, ameliyathanede ise 5 ebe/hemşire görev yapmaktadır. Klinik ve ameliyathanede ebe ve hemşireler 08.00-08.00, 08.00-18.00, 18.00-08.00 şeklinde üç vardiya olarak çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Örneklem Seçim Yöntemi

Araştırmanın evrenini, Ankara'da özel bir hastanede spinal anestezi ile doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır.

Çalışma desenine benzer şekilde ülkemizde bir çalışma yapılmadığı için güç analizi kapsamında değerlendirilememekle birlikte örneklem büyüklüğü hesaplamasında, çalışmadan elde edilen verilerle hesaplanan etki büyüklüğü kullanılarak yapılan G*Power 3.0.10 programı yardımıyla; güç analizi sonucunda %80 güç, %5 hata payı ile toplamda en az 60 örnek sayısı yeterli bulunmuştur (n_1=20; n_2=20; n_3=20). Bu örnek sayısına ek olarak toplanan verilerde çalışmanın gücünü arttıracaktır. Belirlenen süre içerisinde araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan

20 müzik grubu, 30 erken ten temas grubu ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 80 kadına ulaşılmıştır.

Müzik, erken ten teması ve kontrol grubunun randomizasyonunda; çalışma kapsamına alınmak istenen her gebeye veri toplama formu uygulanmıştır. Araştırmanın örneklem seçim kriterlerine uygun olan kadınlar belirlendikten ve araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra, üzerlerine rastgele olarak müzik, erken ten teması ve kontrol grubu yazılarak hazırlanan ve torba içinde yer alan zarflardan biri kura ile seçilerek gebe zarfta yazılı bulunan gruba dahil edilmiştir.

Grup 1: Müzik dinletisi yapılan spinal sezaryen doğum

Grup 2: Erken ten teması uygulaması yapılan spinal sezaryen doğum

Grup 3: Spinal sezaryen ameliyatında hastane prosedürü uygulanan grup (kontrol grubu)

Örneklem Seçim Kriterleri

Anneler için;

- Sezaryen doğumda sadece spinal anestezi uygulanan,
- Spontan kontraksiyonu başlamadan planlı sezaryen yapılmış olan,
- En az okur-yazar olan,
- Miadında (37.–41. haftalar arasında),
- 18 yaşını doldurmuş olan,
- Gebelik komplikasyonu bulunmayan,
- Herhangi bir sistemik hastalığı bulunmayan,
- İşitme problemi olmayan,
- İletişimi güçleştirecek bir engeli bulunmayan,
- Araştırmaya katılmaya istekli kadınlar.

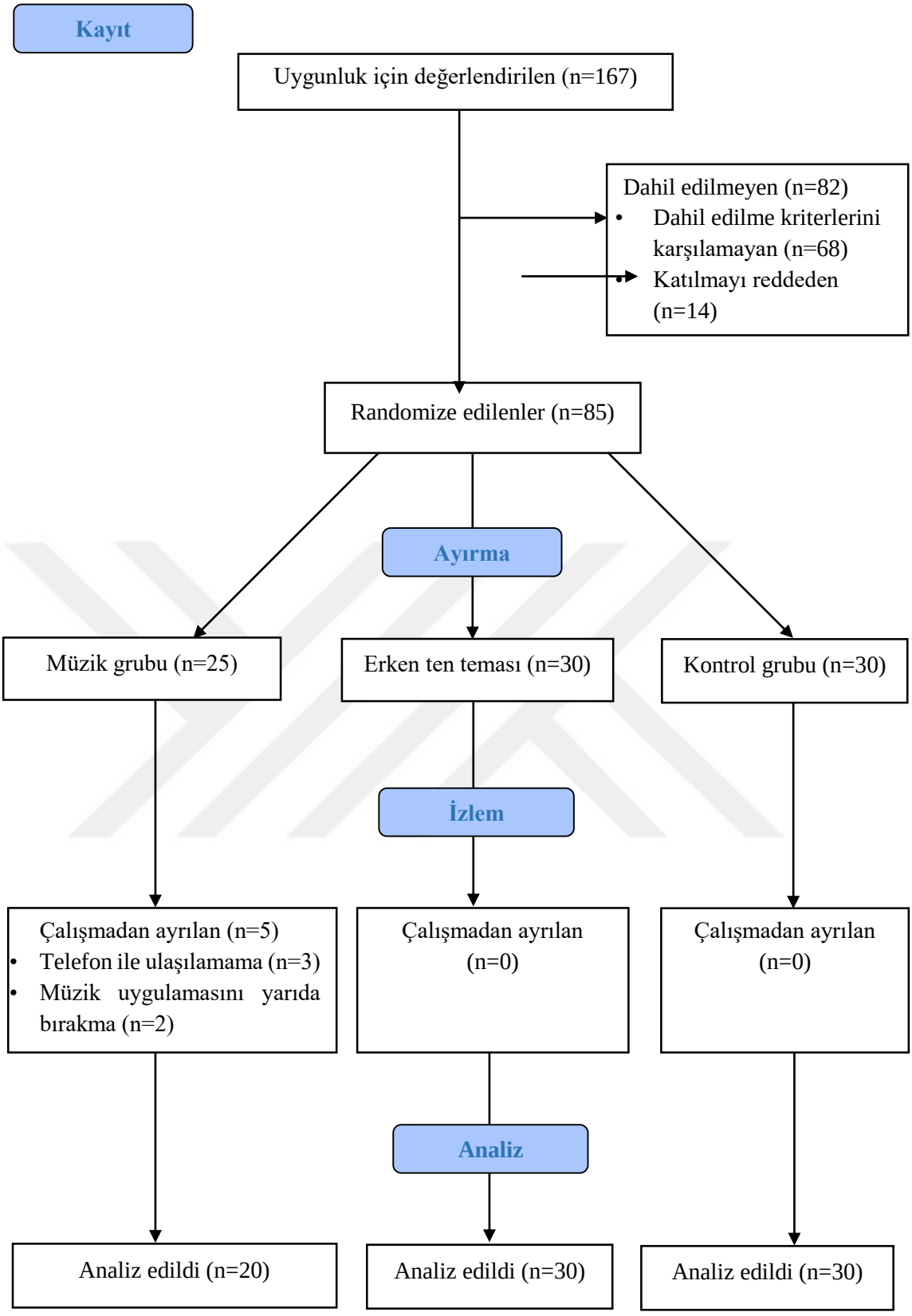
Bebekler için;

- Canlı, tek olan,
- Birinci dk. apgar skoru 7 ve üzeri olan (herhangi bir müdahale

gerektirmeyen),

- Herhangi bir sağlık sorunu veya konjenital hastalığı olmayan,
- Doğum ağırlığı 2500 - 4000 gr arası olan yenidoğanlar.

Sezaryen için başvuran 167 gebeden 68'i gebe örneklem kriterlerine uymadığı, 14 gebe araştırmaya katılmayı kabul etmediği için örneklem kapsamına alınmamıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında, müzik grubundan 3 hastaya telefonla ulaşılamadığı, 2 hastaya müzik uygulama aşaması tamamlanamadığı için çıkarılmıştır. Araştırma müzik grubundan 20, erken ten teması grubundan 30, kontrol grubundan 30 kadın ile tamamlanmıştır. Araştırmanın Consort akış diyagramı Şekil 3.1.'de yer almaktadır.



Şekil 3.1. CONSORT akış diyagramı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, Veri Toplama Formu (EK-2), Gebenin Müzik ile Olan İlişki Formu (EK-3), Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visüel Analog Skalası/VAS) (EK-4), Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ) (EK-5), Yenidoğana Ait Bilgi ve Emzirme Formu (EK-6), LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği (EK-7), Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) (EK-8) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Formu (EK-2)

Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen veri toplama formu 25 sorudan oluşmaktadır (18,20,106,121).

3.4.2. Gebenin Müzik ile Olan İlişki Formu (EK-3)

Müzikten hoşlanma durumları, dinledikleri müzik türleri, iyi hissettiren müzik türleri, müzik eğitimi alıp almadığı, müzik aleti çalabilme durumu, eşinin müzik aleti çalabilme durumu, doğum öncesi müziğin doğuma etkileri, nasıl etkilediği, dinletilen müzikten hoşlanma durumu olmak üzere toplam 9 soru içermektedir. Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen bir formdur (18–20,78,106).

3.4.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)(Visüel Analog Skalası/VAS)(EK-4)

Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ), 1983 yılında Price ve ark. tarafından geliştirilmiştir (122). Skalanın bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda ise olabilecek en şiddetli ağrı yazmakla birlikte, 10 cm uzunluğunda olan bu cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretlemektedir. Bu ölçeğin bir dilinin olmaması ve kolay uygulanabilmesi gibi önemli avantajları bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda ölçeğin dikey olarak kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşılmasının yanı sıra diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha güvenilir ve duyarlı olduğu belirtilmektedir (123). Testin bir dilinin olmamasından dolayı Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmamıştır.

3.4.4. Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ) (EK-5)

Güngör ve Beji (124) tarafından geliştirilerek, geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış olan SDAMDÖ 5'li likert tipi bir ölçektir. Çalışmaya katılan annelerin maddelerdeki ifadelere katılıp katılmama durumuna göre verdikleri yanıtlar "1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum" şeklinde puanlanmaktadır. Bu ölçek, 42 madde ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçekte yer alan on iki madde (8,9,10,19,20,21,22,34,35,37,40,41) ters puanlı olup, bu maddeler çevrildikten sonra ölçekteki bütün maddelerin puanının toplamıyla ''toplam ölçek puanı" elde edilirken, her alt boyutu oluşturan maddelerin toplamıyla ise "toplam alt boyut puanı" elde edilmektedir. Ölçeğin toplam ham puanı 42-210 arasında değişmekle birlikte, ölçekten alınan toplam puanın yükselmesi, annelerin sezaryen doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeylerinin arttığını göstermektedir. Ölçekte hesaplanan kesme noktası puanı ise 146,5 olarak belirlenmiştir. Buna göre, ölçekten alınan 146,5 puan ve üzeri memnuniyet düzeyi yüksek, 146,5 puanın altı ise memnuniyet düzeyi düşük olarak değerlendirilmektedir (124).

Bu çalışmada, Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ) için Cronbach's Alpha=0,90 olarak bulunmuştur.

3.4.5. Yenidoğana Ait Bilgi ve Emzirme Formu (EK-6)

Anne ile bebeğin ilk temas ettiği zaman, ilk emzirdiği zaman ve süre, ilk 24 saat içindeki idrar, gaita, emzirme sayısı, mama miktarı vs. ile ilgili olarak toplam 25 soru içermektedir. Bu form, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilmiştir (18,20,71,106,121).

3.4.6. LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği (EK-7)

LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği Jensen ve ark. (125) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe güvenirliği ise Yenal ve Okumuş tarafından yapılmıştır (126).

Bu ölçeğin Cronbach alfa değeri Türkçe uyarlama çalışmasında 0.95 olarak saptanmıştır (126). Ölçeğin İngilizce karşılığındaki (LATCH) ilk harflerinin birleşiminden oluşan beş kriter yer almaktadır;

- **L:** Memeyi tutma (Latch on the breast),
- **A:** Bebeğin yutma hareketinin görülmesi (Audible swallowing),
- **T:** Meme ucunun tipi (Type of the nipple),
- **C:** Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı (Comfort breast/nipple),
- **H:** Bebeği tutuş pozisyonu (Hold) şeklindedir.

Ölçekte yer alan beş kriterden her biri, 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten en yüksek 10 puan alınırken, puanın yükselmesi emzirmenin başarılı olduğunu göstermektedir (125,126).

Araştırmamızda ölçeğin değerlendirilmesi doğum sonrası ilk emzirmede ve yirmi dördüncü saatteki emzirmenin izlenmesi sırasında yapılmıştır. Bu çalışmada, LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği için Cronbach's Alpha=0,78 olarak bulunmuştur.

3.4.7. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) (EK-8)

Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), Mary E. Muller tarafından 1994 yılında geliştirilmiş olup, maternal sevgiyle bağlanmayı ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin içerik geçerliliği kadın doğum ve çocuk hemşireleri, dil uzmanları, teorisyenler ve yeni bebeği olan annelerden oluşan bir grup tarafından değerlendirilmiştir (127).

MBÖ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise Kavlak ve Şirin tarafından, postpartum 30–40 gün arasında sağlıklı bebeği olan 165 anne üzerinde uygulanmıştır. İlk aşamada dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yapılmıştır. İkinci aşamada ise Kavlak, MBÖ'nin postpartum periyottan sonra da kullanılıp kullanılamayacağını incelemek amacıyla, 165 anneden 78'ine doğumdan sonraki dördüncü ayda ölçeği tekrar uygulamıştır. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin iç tutarlılığı incelenmiş ve ilk aşamada Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.77 iken, doğum sonrası dördüncü ayda Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur. Her ikisinde de Cronbach Alpha güvenirlik katsayılarının oldukça

yüksek olduğu tespit edilmiştir (128).

MBÖ, sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçmekle birlikte, kişinin kendisinin uyguladığı bir ölçek olduğu için, okuma-yazma bilen ve okuduğunu anlayabilen kadınlara uygulanabilmektedir. MBÖ, her bir madde "her zaman" ile "hiçbir zaman" arasında değişen, 4'lü likert tipi 26 maddeden oluşan bir ölçek olup, her madde doğrudan ifadeleri içermektedir. Her zaman (a)= 4 puan, Sık sık (b)= 3 puan, Bazen (c)= 2 puan ve Hiçbir zaman (d)= 1 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26 iken, en yüksek puan 104'tür. Ölçekten alınan puanın yüksek olması ise maternal bağlanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (128).

Bu çalışmada, Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) için Cronbach's Alpha=0,84 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

3.5.1. Araştırmanın Ön Uygulama Aşaması

Araştırmanın ön uygulaması müzik grubu için 3, erken ten teması grubu için 3 ve kontrol grubu için 3 olmak üzere toplam 9 gebe ve/veya anne ile yapılmıştır. Yapılan ön uygulama sonrasında veri toplama formlarıyla ilgili hastalardan herhangi bir olumsuz geri dönüş olmadığı ve formların doldurulmasında sorun yaşanmadığı için ön uygulamaya alınan hastalar da çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5.2. Araştırmanın Uygulama Adımları

Hemşirelik Girişim Materyali

Hemşirelik girişim materyali olarak, TÜMATA (Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu)'dan temin edilen CD kullanılmıştır. Hazırlanan 30 dakikalık müzik, 60 desibel şiddetinde, akıcı ve sözsüz, ağrı giderici etkisi olan acemaşiran makamından oluşturulmuştur. Literatüre bakıldığında ameliyat sonrası müzikle tedavinin süresi 5 dakika ile 4 saat arasında olup, en sık 15-30 dakikalık sürenin

yeterli olacağı belirtilmektedir (17,129) Alınan uzman görüşleri ve literatür doğrultusunda müzik grubuna ameliyat öncesinde 30 dakika, ameliyat sırasında 15 dakika ve ameliyattan sonraki 4. saatte ise 30 dakika, aynı makamdaki müzik, dışarıdan gelen sesleri engellemek için mp3 çalar ve kulaklık ile dinletilmiştir.

Acemaşiran makamının seçiminde TÜMATA ile iletişime geçilerek bu makamın seçilmesine karar verilmiştir. Acemaşiran Makamı, doğumu kolaylaştırıcı etkisi olduğu, ağrının azaltılmasında ve spazm çözücü özelliği sayesinde gevşemeye yardımcı olduğu belirtilmektedir (17). Müzik uygulama sırasında mp3 çalar ve kulaklık kullanılırken, ses düzeyinin belirlenmesi annelerin tercihine bırakılmıştır.

Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu (TÜMATA), 1976 yılında Türk Müziği ile tedavi çalışmalarına başlamış olup, günümüzde halen çalışmalarını sürdürmektedir. Bu grup, 1991 yılında İstanbul Üniversitesi Etnomüzikoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bağlı olarak faaliyetlerine başlarken, 1996 yılına kadar buradaki faaliyetlerine devam etmiştir. Daha sonra, Marmara Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü'nde, Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Birimi olarak faaliyetlerini sürdürmüştür. Klinik çalışmalarına ise 1993 yılında başlayarak kardiyoloji, onkoloji, geriatri ve immünoloji alanları üzerinde devam etmiştir (17).

Araştırmanın Uygulama Adımları

a) ***Grup 1'deki Uygulama:*** Müzik dinletisi yapılan sezaryen doğum

- **Ameliyattan önce;** Bilgilendirilmiş onam formu (EK-1), veri toplama formu (EK-2), gebenin müzik ile olan ilişki formu (EK-3) uygulanmıştır. Ameliyattan önce acemaşiran makamda müzik 30 dakika boyunca mp3 çalar ile dinletilmiştir.

- **Ameliyat sırasında;** Acemaşiran makamda müzik 15 dakika boyunca mp3 çalar ile dinletilmiştir.

- **Ameliyattan sonra;** GKÖ (EK-4) ile hastanın ağrı düzeyi postoperatif 1, 2, 4, 4.5, 6, 8, 12 ve 24. saatte belirlenmiştir.

- **Ameliyattan 4 saat sonra;** GKÖ (EK-4) ile hastanın ağrı düzeyi belirlenmiştir. Hastalara 30 dakika müzik dinletildikten sonra ağrı düzeyleri GKÖ ile tekrar değerlendirilmiştir.

- **Taburculuktan önce;** Sezaryen doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeği (EK-5) ve yenidoğana ait bilgi ve emzirme formu (EK-6), LATCH emzirme ve tanılama ölçeği (EK-7) uygulanmıştır.

- **Taburculuktan bir ay sonra;** telefon görüşmesi yapılarak anne-bebek bağlanmasını değerlendirmek için maternal bağlanma ölçeği (EK-8) uygulanmış ve bebeğin kilo bilgileri alınmıştır.

b) Grup 2'deki Uygulama: Erken ten teması uygulaması yapılan sezaryen doğum

- **Ameliyattan önce;** Bilgilendirilmiş onam formu (EK-1), veri toplama formu (EK-2), gebenin müzik ile olan ilişki formu (EK-3) uygulanmıştır.

- **Ameliyat sırasında;** Bebeğin doğumundan sonra, bebeğin ilk birinci ve beşinci dakikalardaki APGAR skoru değerlendirilmesi, bakım ve muayenesi yapılmıştır. Bebeğin idrar ve mekonyum çıkışı, anneyle ten teması sırasında gerçekleşmesi ihtimali bulunduğu için muayene ve ölçümleri biten bebeğin altına bez bağlanmıştır. Bebeğin ısı kaybını en aza indirmek için ise şapkası/beresi bebeğin başına giydirilmiştir.

Yenidoğan hekiminin ve ekibin onayı alınarak anne ile bebek arasında ilk temas sağlanmıştır. Bebek çıplak olarak yatırılarak ve ısıtılmış ince bir battaniye ile üzeri örtülerek annenin çıplak göğsüne konulmuştur. Anne servise çıkana kadar bebek ile ten teması uygulamasına devam edilmiştir. Bebeğin anneyle ten temasında kaldığı süre, doğumun ilk beşinci dakikasında bebeğin APGAR skorunun değerlendirmesi yapılıp annenin göğsüne konulmasıyla başlayarak 40 dakika boyunca devam etmiştir. Erken ten teması uygulaması

sırasında emzirmenin kendiliğinden başlamaması durumunda ise anne serviste emzirme için desteklenmiştir.

- **Ameliyattan sonra;** GKÖ (EK-4) ile hastanın ağrı düzeyi postoperatif 1, 2, 4, 4.5, 6, 8, 12 ve 24. saatte belirlenmiştir.

- **Taburculuktan önce;** Sezaryen doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeği (EK-5) ve yenidoğana ait bilgi ve emzirme formu (EK-6), LATCH emzirme ve tanılama ölçeği (EK-7) uygulanmıştır.

- **Taburculuktan bir ay sonra;** Telefon görüşmesi yapılarak anne-bebek bağlanmasını değerlendirmek için maternal bağlanma ölçeği (EK-8) uygulanmış ve bebeğin kilo bilgileri alınmıştır.

c) Grup 3'teki Uygulama: Sezaryen ameliyatında hastane prosedürü uygulanan grup (kontrol grubu)

- **Ameliyattan önce;** Bilgilendirilmiş onam formu (EK-1), Veri toplama formu (EK-2), gebenin müzik ile olan ilişki formu (EK-3) uygulanmıştır.

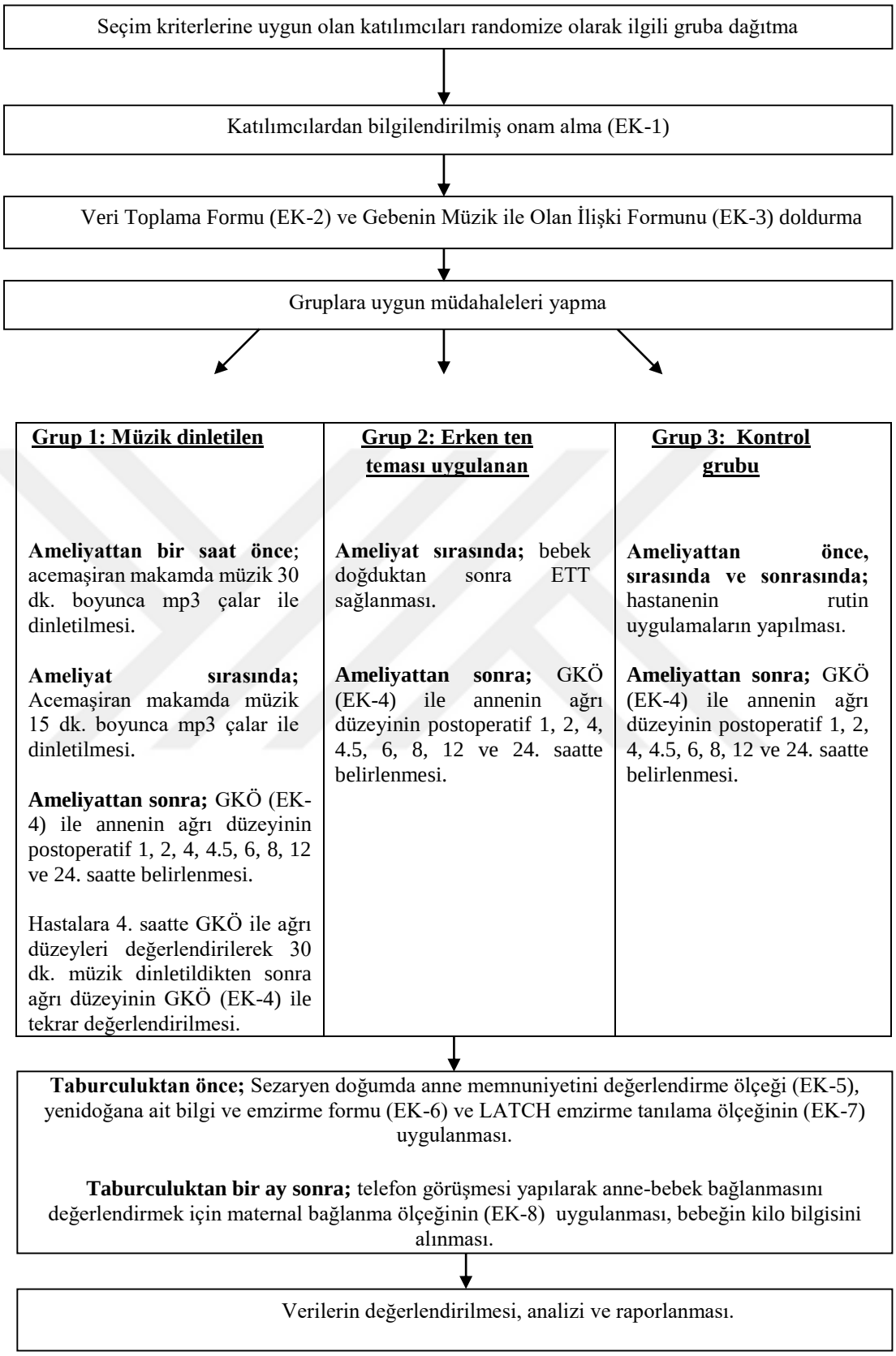
- **Ameliyattan önce, sırasında ve sonrasında;** hastanenin rutin uygulamaları yapılmıştır.

- **Ameliyattan sonra;** GKÖ (EK-4) ile hastanın ağrı düzeyi postoperatif 1, 2, 4, 4.5, 6, 8, 12 ve 24. saatte belirlenmiştir.

- **Taburculuktan önce;** Sezaryen doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeği (EK-5) ve yenidoğana ait bilgi ve emzirme formu (EK-6), LATCH emzirme ve tanılama ölçeği (EK-7) uygulanmıştır.

- **Taburculuktan bir ay sonra;** Telefon görüşmesi yapılarak anne-bebek bağlanmasını değerlendirmek için maternal bağlanma ölçeği (EK-8) uygulanmış ve bebeğin kilo bilgileri alınmıştır.

ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ŞEMASI



Şekil 3.2. Araştırmanın uygulama şeması.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (EK-9) ve araştırmaya başlamadan önce kurumdan yazılı izin alınmıştır (EK-10). Veri toplama formunu uygulamaya başlamadan önce bireylere araştırmanın amacı ve formun içeriği hakkında sözlü açıklamada bulunup, yazılı onam formunu okumaları ve onaylamaları istenmiştir (EK-1). Katılımcılara, formlardaki kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı ve hiçbir şekilde açıklanmayacağı, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. İki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Paired Sample-t" test (t-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ($\chi 2$ -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. İki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Wilcoxon" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test ($\chi 2$ -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Normal dağılıma sahip iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson"; en az birinin normal dağılım göstermediği durumlarda ilişkilerin

incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

İki nitel değişken arasındaki ilişkilerin incelenmesinde “χ2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Müzik grubundaki annelere müzik uygulaması yapılırken hastane ortamında bulunan ses ve gürültü, ziyaretçi ve yakınlarının odada bulunması gibi çevresel faktörler araştırmanın uygulanma aşamasında bazı güçlüklerin yaşanmasına neden olmuştur.
- Araştırmayı kabul etmesine rağmen müzik uygulamasını yarıda bırakmak isteyen anneler olmuştur.
- Bazı annelere telefonda ulaşılamamıştır, bu nedenle çalışmadan çıkarılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma verilerinin istatistiksel analizi sonucu elde edilen bulgular verilmiştir.

Tablo 4.1. Gruplara göre annelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=80).

Grup	Müzik (n=20)		Erken ten teması (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistiksel analiz*
Değişkenler	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Olasılık**
Yaş							
<30	13	65,0	15	50,0	13	43,3	χ^2=2,285
≥30	7	35,0	15	50,0	17	56,7	p=0,319
Eğitim Düzeyi							
Lise	5	25,0	2	6,7	4	13,3	χ^2=4,893
Ön lisans/Lisans	12	60,0	26	86,6	23	76,7	p=0,298
Lisansüstü	3	15,0	2	6,7	3	10,0	
Çalışma Durumu							
Aktif çalışan	12	60,0	22	73,3	23	76,7	χ^2=1,729
Ev hanımı	8	40,0	8	26,7	7	23,3	p=0,421
Sosyal Güvence							
Var	20	100,0	30	100,0	30	100,0	p=1,000
Gelir Düzeyi							
Gelir giderden az	1	5,0	2	6,7	-	-	χ^2=3,306
Gelir gidere eşit	13	65,0	23	76,6	24	80,0	p=0,508
Gelir giderden fazla	6	30,0	5	16,7	6	20,0	
Aile Şekli							
Çekirdek aile	20	100,0	30	100,0	28	93,4	χ^2=3,419
Geniş aile	-	-	-	-	1	3,3	p=0,490
Parçalanmış aile	-	-	-	-	1	3,3	
Eşinin yaşı							
<30	7	35,0	10	33,3	7	23,3	χ^2=1,032
≥30	13	65,0	20	66,7	23	76,7	p=0,597
Eşinin Eğitim Düzeyi							
Lise	5	25,0	4	13,3	3	10,0	χ^2=2,639
Ön lisans/Lisans	14	70,0	24	80,0	26	86,7	p=0,620
Lisansüstü	1	5,0	2	6,7	1	3,3	
Eşinin Mesleği							
İşsiz	-	-	-	-	1	3,3	
Memur	12	60,0	21	70,0	22	73,3	χ^2=3,988
İşçi	2	10,0	4	13,3	2	6,7	p=0,678
Serbest meslek	6	30,0	5	16,7	5	16,7	
Evlilik Süresi							
≤1 yıl	9	45,0	5	16,7	7	23,3	χ^2=6,229
2-4 yıl	9	45,0	17	56,6	18	60,0	p=0,183
≥5 yıl	2	10,0	8	26,7	5	16,7	
İlk Gebelik Yaşı							
<30	13	65,0	17	56,7	19	63,3	χ^2=0,439
≥30	7	35,0	13	43,3	11	36,7	p=0,803

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2" çapraz tabloları kullanılmıştır.

Tablo 4.1'de çalışmaya katılan annelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Çalışmada müzik grubundaki annelerin %65'inin, erken ten teması grubundaki annelerin %50'sinin, kontrol grubundaki annelerin %43.3'ünün 30 yaşın altında olduğu belirlenmiştir. Müzik grubundaki annelerin %60'ı, erken ten teması grubundaki annelerin %86.6'sı, kontrol grubundaki annelerin %76.7'si önlisans/lisans mezunudur. Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundaki annelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi, aile şekli, eşinin yaşı, eşinin eğitim düzeyi, eşinin mesleği, evlilik süresi ve ilk gebelik yaşı) ile ilgili yapılan değerlendirme sonucunda, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Gruplar, bu özellikler açısından birbirinden bağımsız ve homojendir.

Tablo 4.2. Gruplara göre annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=80).

Grup	**Müzik (n=20)**		**Erken ten teması (n=30)**		**Kontrol (n=30)**		**İstatistiksel analiz* Olasılık**
Değişkenler	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Bebeğin Cinsiyeti							
Kız	8	40,0	13	43,3	15	50,0	χ^2=0,539
Erkek	12	60,0	17	56,7	15	50,0	p=0,764
İstenen Cinsiyet							
Evet	4	20,0	2	6,7	11	36,7	χ^2=11,136
Hayır	1	5,0	-	-	-	-	**p=0,025**
Fark etmez	15	75,0	28	93,3	19	63,3	
Doğum Bilgisinin Olma Durumu							
Evet	13	65,0	23	76,7	21	70,0	χ^2=4,926
Hayır	-	-	3	10,0	3	10,0	p=0,295
Kısmen	7	35,0	4	13,3	6	20,0	
Doğum Bilgisini Aldığı Yer [a]							
Anne	2	6,3	6	12,8	8	12,3	χ^2=7,256
Arkadaş	3	9,4	7	14,8	10	15,4	p=0,701
Yakını	6	18,8	2	4,3	8	12,3	
Sağlık personeli	11	34,3	16	34,0	15	23,1	
TV/Radyo	1	3,1	2	4,3	4	6,2	
İnternet	9	28,1	14	29,8	20	30,7	
Doğum Korkusu							
Evet	8	40,0	16	53,3	18	60,0	χ^2=2,595
Hayır	7	35,0	10	33,4	7	23,3	p=0,628
Kısmen	5	25,0	4	13,3	5	16,7	
Sezaryen Endikasyonu							
Makat geliş	6	30,0	4	13,3	10	33,3	χ^2=6,074
Baş pelvis uyumsuzluğu	5	25,0	9	30,0	5	16,7	p=0,415
Doğum korkusu	9	45,0	15	50,0	12	40,0	
Diğer	-	-	2	6,7	3	10,0	
Gebelik Haftası							
37-38	6	30,0	17	56,7	16	53,3	χ^2=3,819
39-40	14	70,0	13	43,3	14	46,7	p=0,148
ASA skoru							
I	1	5,0	4	13,3	8	26,7	χ^2=4,439
II	19	95,0	26	86,7	22	73,3	p=0,109

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2" çapraz tabloları kullanılmıştır.
[a] Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2.'de çalışmaya katılan annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan annelere doğum bilgisinin olup olmadığı sorulduğunda, müzik grubunun %65'inin, erken ten teması grubunun %76.7'sinin, kontrol grubunun %70'inin doğumla ilgili bilgisinin olduğu belirlenmiştir. Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundaki annelerin obstetrik özellikleri (bebeğin cinsiyeti, doğum bilgisinin olma durumu, doğum bilgisini aldığı yer, doğum korkusu, sezaryen endikasyonu, gebelik haftası ve ASA skoru) ile ilgili yapılan değerlendirme sonucunda gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Gruplar, bu özellikler açısından birbirinden bağımsız ve homojendir.

Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundaki anneler ile bebeğin istenen cinsiyette olması durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (χ^2=11,136; p=0,025). Kontrol grubundaki 11 kadının (%36,7) bebeğinin istediği cinsiyette olduğu, müzik grubundaki 1 kadının (%5,0) bebeğinin istediği cinsiyette olmadığı ve erken ten teması grubundaki 28 kadının (%93,3) bebeğin cinsiyetinin önemli olmadığını düşündüğü tespit edilmiştir. Bebeği istediği cinsiyette olanların ağırlıklı olarak kontrol grubunda, bebeği istediği cinsiyette olmayanların tamamının müzik grubunda ve cinsiyetin fark etmediğini söyleyenlerin ise ağırlıklı olarak erken ten teması grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Gruplara göre annelerin müzik ile olan ilişki özelliklerinin dağılımı (n=80).

Grup	**Müzik (n=20)**		**Erken ten teması (n=30)**		**Kontrol (n=30)**		**İstatistiksel analiz***
Değişkenler	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Olasılık**
Müzik Dinlemekten Hoşlanma Durumu							
Evet	20	100,0	29	96,7	28	93,3	χ^2=1,501
Hayır	-	-	1	3,3	2	6,7	p=0,472
Dinlediği Müzik Türü							
Klasik Türk müziği	2	10,0	4	13,3	3	10,0	
Klasik batı müziği	-	-	-	-	2	6,7	
Türk halk müziği	1	5,0	3	10,0	4	13,3	χ^2=10,337
Pop müzik	10	50,0	18	60,0	11	36,7	p=0,408
Tasavvuf	-	-	1	3,4	-	-	
Hepsi	7	35,0	4	13,3	10	33,3	

Tablo 4.3. (devamı) Gruplara göre annelerin müzik ile olan ilişki özelliklerinin dağılımı (n=80).

Dinlediğinde İyi Hissettiği Müzik Türü							
Klasik Türk müziği	5	25,0	7	23,3	6	20,0	χ^2=7,896
Klasik batı müziği	-	-	-	-	3	10,0	p=0,639
Türk halk müziği	2	10,0	2	6,8	4	13,3	
Pop müzik	12	60,0	19	63,3	16	53,3	
Tasavvuf	1	5,0	1	3,3	-	-	
Diğer	-	-	1	3,3	1	3,4	
Müzik Eğitimi Alma Durumu							
Evet	2	10,0	-	-	-	-	χ^2=5,702
Hayır	18	90,0	30	100,0	30	100,0	p=0,058
Müzik Aleti Çalma Durumu							
Evet	4	20,0	2	6,7	3	10,0	χ^2=2,212
Hayır	16	80,0	28	93,3	27	90,0	p=0,331
Eşin Müzik Aleti Çalma Durumu							
Evet	7	35,0	4	13,3	7	23,3	χ^2=3,250
Hayır	13	65,0	26	86,7	23	76,7	p=0,197

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2" çapraz tabloları kullanılmıştır.

Tablo 4.3.'te çalışmaya katılan annelerin müzik ile ilişki özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Müzik grubundaki annelerin %100'ünün, erken ten teması grubundaki annelerin %96.7'sinin, kontrol grubundaki annelerin %93.3'ünün müzik dinlemekten hoşlandığı saptanmıştır.

Annelerin müzik dinleme özellikleri açısından (müzik dinlemekten hoşlanma durumu, dinlediği müzik türü, dinlediğinde iyi hissettiği müzik türü, müzik eğitimi alma durumu, müzik aleti çalma durumu ve eşin müzik aleti çalma durumu) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Gruplar, bu özellikler açısından birbirinden bağımsız ve homojendir.

Tablo 4.4. Gruplara göre annelerin doğum öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerlerinin karşılaştırılması (n=80).

Grup	Müzik (n=20)		Erken ten teması (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistiksel analiz*
Değişkenler	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	Olasılık
Sistolik Kan Basıncı							
Doğum öncesi	128,30±10,44	130,0 [110,0-147,0]	126,33±10,90	126,5 [105,0-150,0]	126,87±10,91	128,5 [110,0-150,0]	F=0,204 p=0,816
Doğum sonrası	121,55±9,56	123,5 [103,0-136,0]	121,00±11,15	120,0 [92,0-140,0]	119,40±15,24	120,0 [67,0-146,0]	χ^2=0,593 p=0,743
Analiz	t=2,385		t=2,232		Z=-2,531		
Olasılık	**p=0,028**		**p=0,033**		**p=0,011**		
Diyastolik Kan Basıncı							
Doğum öncesi	81,30±9,37	80,0 [50,0-95,0]	78,50±9,53	80,0 [59,0-100,0]	77,47±12,87	75,0 [60,0-120,0]	χ^2=4,266 p=0,119
Doğum sonrası	72,75±8,37	70,5 [56,0-88,0]	69,53±10,24	70,0 [40,0-85,0]	67,70±11,08	70,0 [36,0-85,0]	χ^2=1,769 p=0,413
Analiz	Z=-2,472		Z=-3,079		Z=-2,292		
Olasılık	**p=0,013**		**p=0,002**		**p=0,022**		
Nabız							
Doğum öncesi	97,05±14,26	98,0 [70,0-130,0]	91,47±10,97	90,0 [78,0-120,0]	89,30±11,38	90,0 [70,0-110,0]	χ^2=5,459 p=0,065
Doğum sonrası	88,05±17,72	85,0 [65,0-137,0]	82,70±11,69	80,0 [64,0-122,0]	86,53±14,61	81,0 [61,0-120,0]	χ^2=1,338 p=0,512
Analiz	t=2,608		Z=-3,328		Z=-1,169		
Olasılık	**p=0,017**		**p=0,001**		p=0,242		

*Normal dağılıma sahip iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Paired Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Wilcoxon" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.4.'te çalışmaya katılan annelerin doğum öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerlerinin karşılaştırılmasına yönelik bulguların dağılımı yer almaktadır. Annelerin doğum öncesi ve sonrası sistolik, diyastolik kan basıncı ve nabız değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundaki annelerin ayrı ayrı doğum öncesi ve doğum sonrası sistolik kan basıncı değerleri açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundakilerin ayrı ayrı doğum sonrası sistolik kan basıncı değerleri, doğum öncesi değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.4.).

Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundakilerin ayrı ayrı doğum öncesi ve doğum sonrası diyastolik kan basıncı değerleri gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundakilerin ayrı ayrı doğum sonrası diyastolik kan basıncı değerleri, doğum öncesi değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.4.).

Müzik ve erken ten teması grubundaki annelerin ayrı ayrı doğum öncesi ve doğum sonrası nabız değerleri açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müzik ve erken ten teması grubundakilerin ayrı ayrı doğum sonrası nabız değerleri, doğum öncesi değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.4.)

Kontrol grubundaki annelerin doğum öncesi ve doğum sonrası nabız değerleri açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Gruplara göre annelerin bebeklerine ve emzirmeye ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=80).

Grup	**Müzik (n=20)** (1)		**ETT (n=30)** (2)		**Kontrol (n=30)** (3)		**İstatistiksel analiz* Olasılık**
Değişkenler	$\overline{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	$\overline{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	$\overline{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	
Apgar 1.dk	8,75±0,55	9,0 [7,0-9,0]	8,80±0,48	9,0 [7,0-9,0]	8,77±0,43	9,0 [8,0-9,0]	χ^2=0,317 p=0,853
Apgar 5.dk	9,75±0,55	10,0 [8,0-10,0]	9,83±0,38	10,0 [9,0-10,0]	9,77±0,43	10,0 [9,0-10,0]	χ^2=0,409 p=0,815
Bebeğin vücut ısısı (℃)	35,89±0,21	35,9 [35,5-36,2]	36,23±0,33	36,2 [35,5-37,0]	36,02±0,25	36,0 [35,6-36,5]	F=9,533 **p=0,000 [2-1,3]**
Bebeğin nabzı (atım/dk)	142,35±10,63	141,5 [121,0-165,0]	145,80±12,53	144,5 [115,0-170,0]	142,60±13,12	143,0 [111,0-174,0]	F=0,675 p=0,512
Solunum sayısı	54,75±6,74	54,0 [40,0-70,0]	52,70±6,58	52,0 [42,0-70,0]	54,87±6,76	54,5 [38,0-70,0]	F=0,945 p=0,393
Satürasyon (%)	97,50±1,32	98,0 [95,0-100,0]	97,37±3,06	98,0 [85,0-100,0]	96,93±2,59	97,0 [87,0-100,0]	χ^2=1,987 p=0,370
Doğum ağırlığı (gr)	3281,50±374,46	3265,0 [2700,0-400,0]	3217,33±454,96	3205,0 [2500,0-400,0]	3178,67±376,01	3110,0 [2710,0-400,0]	χ^2=0,777 p=0,678
Boy (cm)	50,45±1,99	50,0 [46,0-55,0]	49,17±2,31	49,0 [45,0-55,0]	49,43±1,61	49,0 [47,0-54,0]	χ^2=5,144 p=0,076
Baş çevresi (cm)	35,35±1,46	35,0 [33,0-38,0]	35,03±1,47	35,0 [33,0-39,0]	35,48±1,22	36,0 [33,0-38,0]	χ^2=2,955 p=0,228
İlk temas (dk.)	52,30±20,06	45,0 [30,0-107,0]	-	-	54,80±16,38	53,5 [33,0-106,0]	Z=-0,852 p=0,394
İlk emzirmeye başlama (dk.)	56,95±24,58	50,0 [30,0-120,0]	43,30±14,78	45,0 [15,0-94,0]	57,00±18,60	56,0 [33,0-106,0]	χ^2=7,259 **p=0,027 [2-3]**

Tablo 4.5. (devamı) Gruplara göre annelerin bebeklerine ve emzirmeye ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=80).

İdrar sayısı (İlk 24 saat)	3,90±1,71	4,0 [1,0-7,0]	3,67±1,03	4,0 [1,0-5,0]	3,57±1,70	3,5 [1,0-8,0]	χ^2=0,679 p=0,712
Gaita sayısı (İlk 24 saat)	3,95±1,57	4,0 [2,0-8,0]	2,93±1,51	3,0 [0,0-6,0]	2,97±1,70	3,0 [0,0-7,0]	χ^2=5,848 p=0,054
Bez sayısı (İlk 24 saat)	5,20±1,61	5,0 [3,0-9,0]	4,30±1,18	4,0 [1,0-6,0]	4,50±1,61	4,0 [2,0-8,0]	χ^2=2,957 p=0,228
Emme sayısı (İlk 24 saat)	10,60±3,38	10,5 [4,0-20,0]	11,57±2,67	12,0 [7,0-20,0]	11,50±3,19	11,0 [7,0-22,0]	χ^2=1,193 p=0,551
İlk emzirme süresi (dk.)	39,75±10,82	38,0 [15,0-60,0]	43,63±18,31	40,0 [5,0-100,0]	32,27±14,44	32,5 [5,0-78,0]	χ^2=8,311 **p=0,016 [2-3]**
Mama miktarı (cc)	28,64±40,62	10,0 [5,0-130,0]	23,13±12,52	20,0 [5,0-40,0]	18,92±15,91	10,0 [2,0-50,0]	χ^2=1,487 p=0,475
Kan şekeri 2.saat (mg/dl)	64,65±16,02	62,0 [38,0-104,0]	62,83±11,27	65,5 [34,0-81,0]	61,30±16,06	61,5 [31,0-98,0]	F=0,325 p=0,240
Bebeğin ilk 24 saatteki kilo kaybı (gr)	127,00±81,38	122,5 [0,0-350,0]	91,83±67,58	80,0 [10,0-250,0]	63,17±38,54	60,0 [0,0-140,0]	χ^2=9,200 **p=0,010 [1-3]**
Bebeğin 5.gün kilosu (gr)	3229,25 ±329,63	3290,0 [2500,0-3790,0]	3098,50±447,39	3082,5 [2425,0-3815,0]	3124,67±345,96	3055,0 [2600,0-3900,0]	F=0,740 p=0,481
Bebeğin 1.ayda kilosu (gr)	4096,00 ±535,87	4112,5 [3000,0-5345,0]	4096,33±557,46	4175,0 [2900,0-5070,0]	4104,67±558,66	4050,0 [3140,0-5010,0]	F=0,002 p=0,998

*Normal dağılıma sahip iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.5.'te çalışmaya katılan annelerin bebeklerine ve emzirmeye ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundaki annelerin bebeklerine ve emzirmeye ilişkin özellikleri ile ilgili yapılan değerlendirme sonucunda, bebeğin vücut ısısı açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=9,533; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ETT grubunda olanlar ile müzik ve kontrol grubunda olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ETT grubunda olanların bebeğinin vücut ısısı, müzik ve kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerini ilk emzirmeye başlama zamanı (dk.) açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (χ^2=7,259; p=0,027). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ETT grubunda olanlar ile kontrol grubunda olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit

edilmiştir. ETT grubunda olanların ilk emzirmeye başlama zamanı (dk.), kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erkendir (Tablo 4.5).

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerini ilk emzirme süresi (dk.) açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (χ^2=8,311; p=0,016). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ETT grubunda olanlar ile kontrol grubunda olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ETT grubunda olanların ilk emzirme (dk.) süresi, kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha uzundur (Tablo 4.5).

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin ilk 24 saatteki kilo kaybı (gr) açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (χ^2=9,200; p=0,010). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; müzik grubunda olanlar ile kontrol grubunda olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Müzik grubunda olanların ilk 24 saatteki kilo kaybı (gr), kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Gruplara göre annelerin bebeklerini ilk emzirme şekli, mama verme durumu ve kontrol kan şekeri ölçümlerine ilişkin bulguların dağılımı (n=80).

Grup	**Müzik (n=20)**		**Erken ten teması (n=30)**		**Kontrol (n=30)**		**İstatistiksel analiz***
Değişkenler	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Olasılık**
İlk emzirmenin gerçekleşme şekli							
TT sırasında spontan	-	-	5	16,7	-	-	χ^2=32,646
TT sırasında yardımla	-	-	10	33,3	-	-	**p=0,000**
Serviste spontan	1	5,0	1	3,3	-	-	
Serviste yardımla	19	95,0	14	46,7	30	100,0	
Mama verme durumu (İlk 24 saat)							
Evet	11	55,0	8	26,7	11	36,7	χ^2=4,124
Hayır	9	45,0	22	73,3	19	63,3	p=0,127
Kontrol kan şekeri ölçüm durumu							
Evet	3	15,0	8	26,7	7	23,3	χ^2=3,812
Hayır	17	85,0	22	73,3	23	76,7	p=0,432

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2" çapraz tabloları kullanılmıştır.

Tablo 4.6.'da çalışmaya katılan annelerin bebeklerini ilk emzirme şekli, mama verme durumu ve kontrol kan şekeri ölçümlerine ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan annelerin bebeklerini ilk emzirme şekli açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol (%100) ve müzik (%95) grubundakilerin ağırlıklı serviste yardımla, ETT grubunda ise TT sırasında spontan, yardımla ve serviste spontan, yardımla olmak üzere dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerine mama verme durumu, kontrol kan şekeri ölçüm durumu arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Gruplara göre annelerin doğum sonu ilk emzirme ve yirmi dördüncü saatte LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanlarının dağılımı (n=80).

		İlk emzirme LATCH		**24.saat LATCH**		**İstatistiksel**
Grup	**n**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	**analiz* Olasılık**
Müzik (1)	20	6,35±1,63	6,0 [3,0-9,0]	8,05±1,10	8,0 [6,0-10,0]	t=-5,840 **p=0,000**
ETT (2)	30	7,93±1,41	8,0 [3,0-10,0]	9,37±0,77	10,0 [8,0-10,0]	Z=-4,099 **p=0,000**
Kontrol (3)	30	6,07±1,48	6,0 [4,0-10,0]	6,93±1,55	7,0 [4,0-10,0]	Z=-2,972 **p=0,003**
Analiz		χ^2=22,474		χ^2=35,935		
Olasılık		**p=0,000**		**p=0,000**		
Fark		**[2-1,3]**		**[1-2,3] [2-3]**		

*Normal dağılıma sahip iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Paired Sample-t" test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Wilcoxon" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.7.'de çalışmaya katılan annelerin doğum sonu ilk emzirme ve yirmi dördüncü saatte LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Gruplara göre doğum sonu ilk emzirme LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (χ^2=22,474; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmalar sonucunda; ETT grubunda olanlar ile müzik ve kontrol grubunda olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ETT grubunda olanların doğum sonu ilk emzirme

LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları, müzik ve kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Gruplara göre yirmi dördüncü saat LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (χ^2=35,935; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmalar sonucunda; müzik grubunda olanlar ile ETT ve kontrol grubunda olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Müzik grubunda olanların yirmi dördüncü saat LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları, ETT grubunda olanlara göre daha düşük; kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.7.).

Müzik, ETT ve kontrol grubundaki annelerin ayrı ayrı doğum sonu ilk emzirme ve yirmi dördüncü saat LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundakilerin ayrı ayrı yirmi dördüncü saat LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları, ilk emzirme puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.7.).

Tablo 4.8. Gruplara göre annelerin Görsel Ağrı Skalası (VAS) puanlarının dağılımı (n=80).

Grup	**Müzik (n=20)** [(1)]		**ETT (n=30)** [(2)]		**Kontrol (n=30)** [(3)]		**İstatistiksel analiz* Olasılık**
VAS	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	
1.saat	0,75±2,24	0,0 [0,0-9,0]	1,73±2,56	0,5 [0,0-10,0]	2,80±3,31	1,0 [0,0-10,0]	χ^2=7,661 **p=0,022 [1-3]**
2.saat	3,25±2,15	4,0 [0,0-8,0]	4,50±2,65	4,5 [0,0-10,0]	4,77±2,78	4,5 [0,0-9,0]	χ^2=4,959 p=0,084
4.saat	4,40±1,31	4,5 [2,0-7,0]	4,57±2,27	5,0 [1,0-8,0]	5,20±2,02	5,0 [0,0-10,0]	χ^2=2,408 p=0,300
4.5 saat	2,90±1,12	3,0 [0,0-5,0]	4,50±2,32	5,0 [0,0-9,0]	4,07±2,48	4,0 [0,0-10,0]	χ^2=13,637 **p=0,001 [1-2,3]**
6.saat	2,85±2,28	3,0 [0,0-8,0]	4,10±2,07	4,0 [0,0-7,0]	3,77±1,70	3,0 [0,0-7,0]	χ^2=5,037 p=0,081
8.saat	2,80±2,40	2,0 [0,0-8,0]	4,13±2,30	4,0 [0,0-8,0]	3,40±2,14	3,5 [0,0-7,0]	χ^2=4,562 p=0,102

Tablo 4.8. (devamı) Gruplara göre annelerin Görsel Ağrı Skalası (VAS) puanlarının dağılımı (n=80).

12.saat	2,75±2,43	2,0 [0,0-8,0]	4,70±2,81	5,0 [0,0-9,0]	4,37±2,44	4,0 [0,0-10,0]	χ^2=6,974 **p=0,031 [1-2]**
24.saat	1,40±1,85	1,0 [0,0-6,0]	2,93±2,48	3,5 [0,0-7,0]	2,83±2,45	2,5 [0,0-8,0]	χ^2=5,185 p=0,075
Analiz	χ^2=41,667		χ^2=33,154		χ^2=37,248		
Olasılık	**p=0,000**		**p=0,000**		**p=0,000**		
Fark	**[1-2,4] [4-4.5,6,12,24]**		**[1-2,4,4.5,6,8,12]**		**[1-2,4,12] [4-6,8,24]**		

*Normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

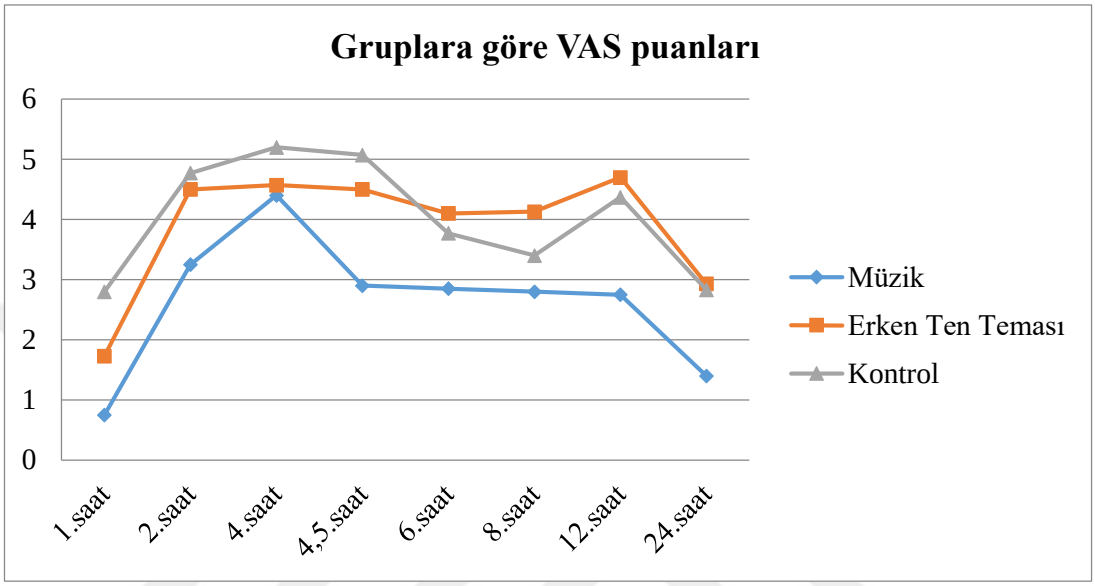
Tablo 4.8.'de çalışmaya katılan annelerin görsel ağrı skalası (VAS) puanlarının dağılımı yer almaktadır. Müzik grubu için VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=41,667; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; VAS puanları 1. saat ile 2 ve 4. saat arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. VAS puanları 2 ve 4. saatte, 1. saate göre istatistiksel olarak daha yüksektir. Aynı şekilde, müzik grubu için VAS puanları 4. saat ile 4.5, 6, 8, 12 ve 24. saat arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. VAS puanları 4. saatte, 4.5, 6, 8, 12 ve 24. saate göre istatistiksel olarak daha yüksektir.

ETT grubu için VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=33,154; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; VAS puanları 1.saat ile 2, 4, 4.5, 6, 8, 12. saat arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. VAS puanları 2, 4, 4.5, 6, 8, 12. saatte, 1. saate göre istatistiksel olarak daha yüksektir (Tablo 4.8).

Kontrol grubu için VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=37,248; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; VAS puanları 1.saat ile 2, 4 ve 12. saat arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. VAS puanları 2, 4 ve 12. saatte, 1. saate göre istatistiksel olarak daha yüksektir. Aynı şekilde, VAS puanları 4. saat ile 6, 8 ve 24. saat arasında anlamlı farklılık tespit

edilmiştir. VAS puanları 4. saatte, 6, 8 ve 24. saate göre istatistiksel olarak daha yüksektir (Tablo 4.8).

Grafik 4.1. Gruplara göre annelerin Görsel Ağrı Skalası (VAS) puanlarının dağılımı (n=80).



Grafik 4.1.'de çalışmaya katılan annelerin görsel ağrı skalası (VAS) puanlarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.9. Gruplara göre annelerin müzik öncesi ve sonrası Görsel Ağrı Skalası (VAS) puanlarının dağılımı (n=80).

Grup / **VAS**	**Müzik (n=20)** [(1)] $\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	**ETT (n=30)** [(2)] $\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	**Kontrol (n=30)** [(3)] $\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	**İstatistiksel analiz*** **Olasılık**
Müzik öncesi (4.saat)	4,40±1,31	4,5 [2,0-7,0]	4,57±2,27	5,0 [1,0-8,0]	5,20±2,02	5,0 [0,0-10,0]	χ^2=2,408 p=0,300
Müzik sonrası (4.5 saat)	2,90±1,12	3,0 [0,0-5,0]	4,50±2,32	5,0 [0,0-9,0]	4,07±2,48	4,0 [0,0-10,0]	χ^2=13,637 **p=0,001 [1-2,3]**
Analiz Olasılık	Z=-3,353 **p=0,001**		Z=-0,082 p=0,934		t=0,571 p=0,573		

Tablo 4.9.'da çalışmaya katılan annelerin müzik öncesi ve sonrası Görsel Ağrı Skalası (VAS) puanlarının dağılımı yer almaktadır. Müzik grubundakilerin müzik

öncesi ve sonrası VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-3,353; p=0,001). Müzik sonrası VAS puanları, müzik öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Tablo 4.10. Gruplara göre annelerin Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ) toplam puanı ve alt boyutları puanlarının dağılımı (n=80).

Grup	Müzik(n=20)		Erken ten teması (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistiksel analiz*
Değişkenler	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	Olasılık
Toplam-SDAMDÖ	168,60±20,00	169,5 [112,0-195,0]	174,00±17,09	172,0 [134,0-209,0]	166,67±22,58	165,0 [129,0-209,0]	F=1,063 p=0,350
Sağlık Ekibini Algılayışı	21,25±2,53	21,0 [15,0-25,0]	21,73±2,59	22,0 [17,0-25,0]	20,53±3,52	20,5 [8,0-25,0]	χ^2=1,381 p=0,501
Sezaryene Hazırlık	8,75±1,02	8,0 [7,0-10,0]	8,67±1,18	8,0 [6,0-10,0]	8,40±1,98	8,0 [2,0-10,0]	χ^2=0,008 p=0,996
Rahatlatma	10,55±2,95	11,5 [5,0-15,0]	9,70±3,64	9,5 [3,0-15,0]	10,53±2,86	11,0 [4,0-15,0]	F=0,648 p=0,526
Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	32,45±5,67	32,0 [17,0-40,0]	32,90±5,29	33,5 [17,0-40,0]	30,53±6,38	30,0 [16,0-40,0]	F=1,363 p=0,262
Bebekle Tanışma	12,40±2,82	13,0 [7,0-15,0]	12,53±3,56	15,0 [4,0-15,0]	13,17±2,85	15,0 [6,0-15,0]	χ^2=1,387 p=0,500
Postpartum Bakım	22,90±6,02	25,0 [9,0-30,0]	25,03±3,39	25,0 [19,0-30,0]	22,30±4,68	22,0 [14,0-30,0]	χ^2=5,198 p=0,074
Hastane Odası	11,55±3,05	12,0 [4,0-15,0]	12,87±1,94	12,0 [8,0-15,0]	12,33±2,73	12,0 [6,0-15,0]	χ^2=2,267 p=0,322
Hastane Olanakları	10,70±2,68	11,5 [3,0-15,0]	11,23±2,58	12,0 [4,0-15,0]	10,50±3,16	11,0 [5,0-15,0]	χ^2=1,968 p=0,374
Mahremiyete Saygı	18,05±1,93	19,0 [14,0-20,0]	18,07±2,59	19,0 [10,0-20,0]	18,77±1,52	19,0 [15,0-20,0]	χ^2=2,072 p=0,355
Beklentilerin Karşılanması	20,00±2,53	20,0 [15,0-23,0]	21,27±3,11	22,0 [13,0-25,0]	19,60±3,93	19,5 [11,0-25,0]	χ^2=4,161 p=0,125

*Normal dağılıma sahip iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Paired Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Wilcoxon" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.10.'da annelerin Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ) toplam puanı ve alt boyutları puanlarının dağılımı yer almaktadır. Gruplara göre sezaryen doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.11. Gruplara göre annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) puanlarının dağılımı (n=80).

Grup	Müzik(n=20)		Erken ten teması (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistiksel analiz*
Değişken	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	Olasılık
Maternal Bağlanma Ölçeği	99,35±4,44	100,0 [88,0-104,0]	100,30±4,52	101,5 [88,0-104,0]	99,10±5,27	100,5 [82,0-104,0]	χ^2=1,521 p=0,467

*Normal dağılıma sahip iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Paired Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Wilcoxon" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.11.'de annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) puanlarının dağılımı yer almaktadır. Gruplara göre maternal bağlanma ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.12. Gruplara göre annelerin bebeklerini ilk emzirmeye başlama zamanı ile ilk emzirme ve yirmi dördüncü saat LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanlarının dağılımı (n=80).

		İlk emzirme LATCH		24.saat LATCH	
	Grup	r	p	r	p
İlk emzirmeye başlama zamanı	**Müzik**	-0,449	**0,047**	-0,203	0,392
	ETT	-0,668	**0,000**	-0,278	0,136
	Kontrol	0,210	0,266	0,290	0,120

*Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 4.12.'de annelerin bebeklerini ilk emzirmeye başlama zamanı ile ilk emzirme ve yirmi dördüncü saat LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Müzik grubundaki annelerin ilk emzirmeye başlama zamanı ile ilk emzirme LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=-0,449; p=0,047). İlk emzirmeye başlama zamanı geciktikçe, ilk emzirme LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanı azalacaktır. Aynı şekilde, ilk emzirmeye başlama zamanı daha erken oldukça, ilk emzirme LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanı artacaktır.

ETT grubundakiler ilk emzirmeye başlama zamanı ile ilk emzirme LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanı arasında negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=-0,668; p=0,000). İlk emzirmeye başlama zamanı daha geç oldukça, ilk emzirme LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanı azalacaktır. Aynı şekilde, ilk emzirme zamanı daha erken oldukça ilk emzirme LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanı artacaktır (Tablo 4.12.)

Tablo 4.13. Gruplara göre annelerin SDAMDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile Maternal Bağlanma Ölçeği, VAS (24.saat), LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği (24.saat) puanları ilişkilerinin incelenmesi (n=80).

Korelasyon*	Grup	Müzik (n=20)			Erken ten teması (n=30)			Kontrol (n=30)		
	Ölçek	Maternal bağlanma	VAS (24.saat)	LATCH (24.saat)	Maternal bağlanma	VAS (24.saat)	LATCH (24.saat)	Maternal bağlanma	VAS (24.saat)	LATCH (24.saat)
Toplam-SDAMDÖ	*r*	0,063	-0,238	-0,133	-0,028	0,054	0,195	-0,141	0,127	0,050
	p	0,792	0,312	0,576	0,883	0,777	0,302	0,459	0,503	0,795
Sağlık Ekibini Algılayışı	*r*	0,074	-0,107	0,090	-0,099	-0,011	0,329	0,108	-0,048	0,180
	p	0,757	0,652	0,706	0,601	0,953	0,076	0,570	0,800	0,342
Sezaryene Hazırlık	*r*	0,126	0,061	0,048	0,082	0,035	0,105	-0,224	-0,035	0,016
	p	0,596	0,797	0,842	0,668	0,855	0,581	0,234	0,856	0,935
Rahatlatma	*r*	0,184	-0,364	-0,106	-0,215	-0,079	0,088	0,034	0,133	0,039
	p	0,438	0,115	0,655	0,253	0,679	0,644	0,859	0,485	0,836
Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	*r*	0,035	-0,298	0,038	0,111	0,003	0,209	-0,034	0,212	0,126
	p	0,885	0,202	0,872	0,558	0,988	0,267	0,859	0,260	0,508
Bebekle Tanışma	*r*	-0,220	0,138	-0,388	0,013	0,047	0,070	0,078	-0,301	-0,211
	p	0,351	0,562	0,091	0,947	0,806	0,712	0,682	0,106	0,264
Postpartum Bakım	*r*	0,093	-0,168	-0,033	0,114	-0,221	-0,029	-0,185	0,228	-0,035
	p	0,698	0,480	0,890	0,549	0,241	0,878	0,328	0,226	0,854
Hastane Odası	*r*	0,024	-0,143	-0,369	0,232	-0,063	0,040	-0,160	0,109	-0,204
	p	0,920	0,549	0,109	0,217	0,742	0,835	0,397	0,567	0,279
Hastane Olanakları	*r*	-0,240	-0,203	-0,039	0,070	-0,153	0,196	-0,139	0,060	0,115
	p	0,308	0,391	0,869	0,715	0,421	0,300	0,463	0,753	0,545
Mahremiyete Saygı	*r*	0,053	0,078	-0,128	-0,006	-0,152	-0,085	-0,109	-0,075	-0,172
	p	0,824	0,744	0,591	0,973	0,422	0,655	0,567	0,694	0,364
Beklentilerin Karşılanması	*r*	0,027	-0,052	-0,057	0,028	0,150	0,181	-0,095	0,037	0,069
	p	0,910	0,828	0,812	0,882	0,429	0,337	0,619	0,846	0,717

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson" korelasyon katsayısı; normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 4.13.'te annelerin SDAMDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile Maternal Bağlanma Ölçeği, VAS (24.saat), LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği (24.saat) puanları ilişkilerinin incelenmesi yer almaktadır. Gruplara göre ayrı ayrı SDAMDÖ ile Maternal Bağlanma, VAS (24.saat), LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği (24.saat) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.14. Gruplara göre annelerin SDAMDÖ toplam puanı ile Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), VAS, LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanları arasındaki bazı ilişkilerin incelenmesi (n=80).

	Toplam-SDAMDÖ	
Grup	**r**	**p**
Müzik		
VAS (1.saat)	-0,226	0,337
VAS (4.saat)	0,046	0,846
VAS (4.5 saat)	-0,079	0,740
VAS (6.saat)	-0,098	0,680
VAS (12.saat)	-0,315	0,177
VAS (24.saat)	-0,238	0,312
MBÖ	0,063	0,792
LATCH (İlk emzirme)	0,151	0,524
LATCH (24.saat)	-0,133	0,576
Erken ten teması		
VAS (1.saat)	-0,117	0,539
VAS (4.saat)	0,154	0,416
VAS (4.5 saat)	0,459	**0,011**
VAS (6.saat)	0,233	0,215
VAS (12.saat)	0,304	0,102
VAS (24.saat)	0,054	0,774
MBÖ	-0,028	0,833
LATCH (İlk emzirme)	0,128	0,501
LATCH (24.saat)	0,195	0,302
Kontrol		
VAS (1.saat)	-0,037	0,847
VAS (4.saat)	-0,116	0,541
VAS (4.5 saat)	-0,043	0,822
VAS (6.saat)	-0,109	0,565
VAS (12.saat)	-0,095	0,619
VAS (24.saat)	0,127	0,503
MBÖ	-0,141	0,459
LATCH (İlk emzirme)	0,315	0,090
LATCH (24.saat)	0,050	0,795

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson" korelasyon katsayısı; normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 4.14.'te annelerin SDAMDÖ toplam puanı ile Maternal Bağlanma Ölçeği, VAS, LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puanları arasındaki bazı ilişkilerin incelenmesi yer almaktadır. ETT grubundaki annelerin SDAMDÖ puanları ile VAS (4.5 saat) puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,459; p=0,011). VAS (4.5 saat) puanları arttıkça, SDAMDÖ puanları artacaktır. Aynı şekilde, VAS (4.5 saat) puanları azaldıkça, SDAMDÖ puanları azalacaktır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda dinletilen müziğin ve erken ten temasının annelerin ağrı düzeyine, memnuniyetine ve maternal bağlanmaya etkisini belirlemek üzere randomize kontrollü deneysel çalışma olarak yapılmıştır. Araştırma sonuçları literatür bilgileri doğrultusunda aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de verilmiştir. Çalışmada müzik grubundaki annelerin %65'inin, erken ten teması grubundaki annelerin %50'sinin, kontrol grubundaki annelerin %43.3'ünün 30 yaşın altında olduğu belirlenmiştir. Müzik grubundaki annelerin %60'ı, erken ten teması grubundaki annelerin %86.6'sı, kontrol grubundaki annelerin %76.7'si önlisans/lisans mezunudur. Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundaki annelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence, gelir düzeyi, aile şekli, eşin yaşı, eşin eğitim düzeyi, eşin mesleği, evlilik süresi ve ilk gebelik yaşı) ile ilgili yapılan değerlendirme sonucunda, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Gruplar, bu özellikler açısından birbirinden bağımsız ve homojendir. Sürücü ve Güloğlu'nun, sezaryen doğum yapan kadınlarda erken ten tene teması uyguladıkları çalışmalarında, ETT grubundaki kadınların yaş ortalaması 29,68±5,19 yıl, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 28,82±5,80 yıl ve çalışmaya katılan tüm kadınların yaş ortalaması ise 29,28±5,47 yıl bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (99). Takahashi ve ark.'nın erken ten tene temas çalışmasında ise çeşitli çalışma gruplarına ayrılmış olan kadınların yaş ortalamaları 28,1 yıl, 30,5 yıl, 29,1 yıl, 30,5 yıl olarak bulunmuştur (130). Çalışmadan elde edilen bulguların literatür ile uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Müzik, talamus ve retiküler aktivasyon sistemi arasında etkileşime ve buna bağlı olarak duygusal değişimlere neden olabilmektedir. Bununla birlikte, vücudun otonomik sistemleri üzerine etki göstererek kas sisteminde, kan basıncında, kalp atım hızında ve solunumda değişiklikler meydana gelmesini sağlamaktadır (85). Çalışmaya katılan annelerin doğum öncesi ve sonrası kan basıncı ve nabız değerlerinin karşılaştırılmasına yönelik bulguların dağılımı Tablo 4.4.'te verilmiştir. Annelerin doğum öncesi ve sonrası sistolik, diyastolik kan basıncı ve nabız değerleri açısından

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Literatür incelendiğinde, Toker ve Kömürcü'nün hipertansif sorunu olan gebelerle yapılan çalışmasında müziğin sistolik kan basıncını azaltmada zayıf iken, diyastolik kan basıncını azaltmada orta etki büyüklüğüne sahip olduğu bulunmuştur (20). Hastanede yatan yüksek riskli gebelerle yapılan başka bir çalışmada ise müziğin sistolik kan basıncını azaltmada etkisiz olduğu tespit edilirken, diyastolik kan basıncını azaltmada orta düzey etkisi olduğu bulunmuştur (86). Müzik uygulamasının annelerin kan basıncı üzerine etkilerini belirleyebilmek için daha fazla sayıda ve kapsamlı çalışmalar planlanarak yapılması gerektiği önerilebilir.

Çalışmamızda müzik, erken ten teması ve kontrol grubundaki annelerin ayrı ayrı doğum öncesi ve doğum sonrası sistolik kan basıncı değerleri açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken (p<0,05); müzik, erken ten teması ve kontrol grubundakilerin ayrı ayrı doğum sonrası sistolik kan basıncı değerleri, doğum öncesi değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.4.). Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundakilerin ayrı ayrı doğum öncesi ve doğum sonrası diyastolik kan basıncı değerleri gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken (p<0,05); müzik, erken ten teması ve kontrol grubundakilerin ayrı ayrı doğum sonrası diyastolik kan basıncı değerleri, doğum öncesi değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.4.). Çatalgöl ve ark.'nın, indüksiyon uygulanan primipar gebelerde travayda dinletilen ney sesinin doğum süresine etkisini inceledikleri çalışmalarında, müzik ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki ve bitişindeki ortalama diyastolik kan basıncı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bildirilmiştir. Müzik grubundaki gebelerin uygulama başlangıcı ve bitişindeki ortalama diyastolik kan basıncı değerlerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (p<0.05) (131).

Müzik ve erken ten teması grubundaki annelerin ayrı ayrı doğum öncesi ve doğum sonrası nabız değerleri açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Müzik ve erken ten teması grubundakilerin ayrı ayrı doğum sonrası nabız değerleri, doğum öncesi değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.4.) Çatalgöl ve ark.'nın, indüksiyon uygulanan primipar gebelerde travayda dinletilen ney sesinin doğum süresine etkisini

inceledikleri çalışmalarında, müzik ve kontrol gruplarına göre gebelerin müzik uygulamasına başlamadan önceki ortalama nabız değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken (p>0,05), müzik uygulaması bittikten sonraki ortalama nabız değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bildirilmiştir. Çalışma grubundaki gebelerin ortalama nabız değerleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşüktür (p<0,01) (131). Çalışma sonuçlarımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdaki annelerin bebeklerinin vücut ısısı ortalaması müzik grubunda 35,89±0,21 ℃, ETT grubunda 36,23±0,33 ℃, kontrol grubunda 36,02±0,25 ℃ olarak bulunmuş olup bebeğin vücut ısısı açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=9,533; p=0,000) (Tablo 4.5). ETT grubunda olanlar ile müzik ve kontrol grubunda olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ETT grubunda olanların bebeğinin vücut ısısı, müzik ve kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.5.). Sarper ve Akkuzu'nun sezaryen doğumlarda anne ile bebek arasında erken ten temasının emzirmeye etkisini inceledikleri çalışmalarında, doğumdan sonra bebeğin aksiller vücut ısısının ETT grubunda ortalama 36,6℃ iken, kontrol grubunda ortalama 36,4℃ olduğu bulunurken, vücut ısısı bakımından gruplar arasında farkın anlamlı olduğu görülmüştür (121). Sürücü ve Güloğlu'nun çalışmalarında ise, bebeklerin aksillar vücut ısısı ortalaması, ETT uygulanan grupta doğum sonu 20. dk'da 36,64±0,20 ℃, kontrol grubunda 36,49±0,30 ℃ ve ETT grubunda doğum sonu 2. saatte 36,72±0,13 ℃, kontrol grubunda 36,57±0,13 olarak bulunmuş, gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (99). Çalışma sonuçlarımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Erken ten teması uygulanan grupta, annenin bebeğini doğumdan kısa süre sonra kucağına almış olmasıyla birlikte bebeğin dış ortama daha kolay uyum sağladığından dolayı vücut ısısının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerini ilk emzirmeye başlama zamanı (dk.) açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (χ^2=7,259; p=0,027). ETT grubunda olanlar ile kontrol grubunda olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ETT grubunda olanların ilk emzirmeye başlama zamanı (dk.), kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak

anlamlı düzeyde daha erkendir (Tablo 4.5). Sürücü ve ark.'nın yaptığı çalışmada, bebeğin ilk emdiği dakika, ETT uygulanan grupta ortalama 8,04±1,10 dk iken, kontrol grubunda ortalama 94,78±14,28 dk olarak bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir ($p<0,001$) (99). Çatalgöl ve ark.'nın, indüksiyon uygulanan primipar gebelerde travayda dinletilen ney sesinin doğum süresine etkisini inceledikleri çalışmalarında ise müzik ve kontrol grubunda yer alan annelerin çoğunluğunun doğumdan sonra hemen emzirmeye başladığı tespit edilmiştir (131). Çalışmamızda, kontrol grubunda emzirmeye daha geç başlanmasının sebebinin, sezaryen ameliyatı sonrasında hastane prosedürünün fazla olması ve annenin odaya alınıp ilk takibi ve tedavisi yapılmadan emzirmenin başlatılmamasından dolayı olabileceği düşünülmüştür (Tablo 4.5).

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerini ilk emzirme süresi (dk.) açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2=8,311$; $p=0,016$). ETT grubunda olanlar ile kontrol grubunda olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ETT grubunda olanların ilk emzirme (dk.) süresi, kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha uzundur (Tablo 4.5). Essa ve İsmail'in çalışmalarında ilk emzirme süresini deney grubunda 20.06±2.084 dk, kontrol grubunda 6.36±1.306 dk. olarak bildirmişlerdir ($p<0.01$) (111). Sürücü ve Güloğlu'nun çalışmalarında ise ilk emzirme süresi ETT uygulanan grupta ortalama 7,82±2,49 dk, kontrol grubunda 5,60±1,90 dk olarak bulunmuş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bildirilmiştir ($p<0,001$) (99). İlk emzirme süresinin ETT grubunda, kontrol grubundan uzun sürmesi ve gruplar arasında anlamlı fark olması bakımından çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin bebeklerini ilk emzirme şekli ilişkin bulguların dağılımına Tablo 4.6.'da yer verilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin bebeklerini ilk emzirme şekli açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol (%100) ve müzik (%95) grubundakilerin ağırlıklı serviste yardımla, ETT grubunda ise TT sırasında spontan, yardımla ve serviste spontan, yardımla olmak üzere dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.6). Sürücü ve Güloğlu'nun yaptığı çalışmada, bebeğin ilk emme şekli ETT uygulanan grupta 20 (%42,6) yardımla, 27 (%57,4) kendiliğinden; kontrol grubunda ise bebeğin ilk emme

şekli 31 (%75,6) yardımla, 10 (%24,4) kendiliğinden olarak olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($x2$=9,820 p=0,002) (99). Sarper ve Akkuzu'nun çalışmalarında ise ETT uygulanan bebeklerin %23,5'inin ten temasında spontan olarak, %35,3'ünün ten teması sırasında yardımla, %41,2'sinin ise serviste yardımla emdiği tespit edilirken, kontrol grubundaki bebeklerin tamamının serviste yardımla emdiği bildirilmiştir (121). Çalışma sonuçlarımızın literatür ile benzer şekilde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6.). Bu uygulamanın yaygınlaştırılarak emzirmenin doğumdan sonraki süreçte daha erken başlatılması ve anne ile bebek arasında bağlanmanın sağlanmasına olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin doğum sonu ilk emzirme ve yirmi dördüncü saatte LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanlarının dağılımına Tablo 4.7.'de yer verilmiştir. Gruplara göre doğum sonu ilk emzirme LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (χ^2=22,474; p=0,000). ETT grubunda olanların doğum sonu ilk emzirme LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları, müzik ve kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Gruplara göre yirmi dördüncü saat LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (χ^2=35,935; p=0,000). Müzik grubunda olanların yirmi dördüncü saat LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları, ETT grubunda olanlara göre daha düşük; kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.7.). Kivik ve ark.'nın primipar 60 annenin (30 deney, 30 kontrol grubu) yer aldığı çalışmasında, LATCH ölçek puanının birinci ve yirmi dördüncü saat puanlarının gruplar arası karşılaştırıldığında LATCH toplam puanları arasındaki fark birinci saat anlamlı bulunmazken, yirmi dördüncü saat LATCH toplam puanları bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (29). Şimşek ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise, ETT grubunun ortalama puanının 9.70±0.64, kontrol grubunun ortalama puanının ise 7.80±1.29 olduğu tespit edilirken, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmiştir (p<0.000) (30). Çalışma sonuçlarımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu durumun nedeni olarak, hastanede çalışan hemşire ve ebelerin bebeğin emzirilmesi konusunda anneyi desteklemesinden kaynakladığı düşünülmektedir.

Bu durumda "H1: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruplar arasında LATCH emzirme ve tanılama düzeyleri açısından fark vardır.'' ve ''H2: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde erken ten teması uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında LATCH emzirme ve tanılama düzeyleri açısından fark vardır.'' hipotezleri kabul edilmiştir.

Müzik, ETT ve kontrol grubundaki annelerin ayrı ayrı doğum sonu ilk emzirme ve yirmi dördüncü saat LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundakilerin ayrı ayrı yirmi dördüncü saat LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları, ilk emzirme puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.7.). Sarper ve Akkuzu'nun ETT uygulamasının emzirme yeterliliğine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında ise Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) ile yaptıkları değerlendirmede ilk emzirme puanı ve yirmi dördüncü saatteki emzirme puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte, kontrol grubundaki ilk emzirme puanı 9,8 iken, ETT grubundaki ilk emzirme puanı 10,7 olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunun yirmi dördüncü saatteki emzirme puanı 9,3 iken, ETT grubunun yirmi dördüncü saatteki emzirme puanı 10,4 olarak bildirilmekle birlikte, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (121). Kivik ve Kürtüncü'nün çalışmalarında ise, ETT ve kontrol grubunun grup içi karşılaştırmalarında, birinci saate göre yirmi dördüncü saat puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (29). Çalışma sonuçlarımızın literatür ile benzer şekilde olduğu saptanmıştır. Müzik dinletisi ve ETT uygulaması gibi yöntemlerin etkili ve erken emzirmeye olumlu katkılar sağlayabileceği için rutin hastane uygulamaları arasında yer alması gerektiği önerilebilir.

Çalışmamıza katılan annelerin görsel ağrı skalası (VAS) puanlarının dağılımına Tablo 4.8.'de yer verilmiştir. Müzik grubu için VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=41,667$; $p=0,000$). VAS puanları 2. ve 4. saatte, 1. saate göre istatistiksel olarak daha yüksektir. Aynı şekilde, müzik grubu için VAS puanları 4. saat ile 4.5, 6, 8, 12 ve 24. saat arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. VAS puanları 4. saatte, 4.5, 6, 8, 12 ve 24. saate göre

istatistiksel olarak daha yüksektir. Kırca ve Gül'ün epizyotomi onarımı sırasında müzik ve erken ten teması uygulaması yaptıkları çalışmalarında ağrı düzeylerinin deney gruplarında kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla, VAS 2 3.92 ± 1.46 ve 5.42 ± 1.73, VAS 3 2.64 ± 1.63 ve 5.14 ± 1.77, VAS 4 1.38 ± 1.46 ve 4.14 ± 2.04, $p<0.05$)(132). Yiğit ve İlçe'nin spinal anestezide ameliyat sırasında dinletilen müziğin etkisini inceledikleri çalışmalarında ise ameliyat bittiğinde ve hastanın ameliyat sonrası yatağa ilk alındığı süreçte yapılan ağrı değerlendirmesinde anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$), ameliyattan sonraki 8. saatte yapılan değerlendirmede gruplar arası istatiksel olarak anlamlı bir farklılık görüldüğü belirtilmiştir ($p<0.05$)(133). Şen ve ark.'nın 70 elektif sezaryen ameliyatında yaptığı çalışmada ise, müzik grubunda hasta kontrollü analjezi (HKA) cihazındaki alım sayıları ve tramadol tüketim miktarları ameliyattan sonraki 4. saatte ve 24 saatlik total tramadol tüketim miktarları ve ek analjezik tüketim miktarları müzik grubunda, kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, VAS değerleri (4, 8, 12, 16, 20 ve 24. saatlerdeki) müzik grubunda, kontrol grubunda ile kıyaslandığında anlamlı olarak bulunmuştur (134).

Bu durumda '' H3: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruplar arasında ağrı düzeyleri açısından fark vardır.'' hipotezi kabul edilmiştir.

ETT grubu için VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=33,154; p=0,000). VAS puanları 1.saat ile 2, 4, 4.5, 6, 8, 12. saat arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. VAS puanları 2, 4, 4.5, 6, 8, 12. saatte, 1. saate göre istatistiksel olarak daha yüksektir (Tablo 4.8). Sürücü ve Güloğlu'nun çalışmalarında, kadınların doğum sonu ilk ağrı tariflediği zamandaki ağrı puan ortalaması, ETT grubunda 5,31±1,085, kontrol grubunda 6,53±0,95; doğum sonu 2. saat ağrı puan ortalamaları ETT grubunda 4,76±1,16, kontrol grubunda 5,60±1,18; doğum sonu 12.saat ağrı puan ortalaması ETT grubunda 3,57±1,03 iken kontrol grubunda 4,53±0,97; doğum sonu 24.saat ağrı puan ortalaması ise ETT grubunda 2,53±0,90, kontrol grubunda 3,07±0,72 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (99).

Bu durumda ‘’H4: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde erken ten teması uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında ağrı düzeyleri açısından fark vardır.’’ hipotezi kabul edilmiştir.

Çalışmamıza katılan annelerin müzik öncesi ve sonrası Görsel Ağrı Skalası (VAS) puanlarının dağılımına Tablo 4.9.’da yer verilmiştir. Müzik grubundakilerin müzik öncesi ve sonrası VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-3,353; p=0,001). Müzik sonrası VAS puanları, müzik öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Eren ve ark.’nın çalışmalarında ise sezaryen öncesi ve sırasında deney grubunun kontrol grubuna göre VAS puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (135). Çalışma bulguları Eren ve ark.’nın yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Müzik dinletisinin sezaryen sonrası ağrıya yönelik etkilerinin belirlenmesi ve güçlü kanıtlar elde edilmesi amacıyla, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında uygulamanın gerçekleştirildiği daha fazla randomize kontrollü çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Çalışmamızda annelerin Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ) alt boyutları puanlarının dağılımına Tablo 4.10.‘da yer verilmiştir. Gruplara göre sezaryen doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Can ve Apay’ın yaptığı çalışmada, vajinal doğum yapan lohusaların NDAMDÖ toplam puan ortalaması 133.52±23.96, sezaryen olanların ise SDAMDÖ toplam puan ortalaması 130.73±23.64 bulunup, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (136). Yanıkkerem ve ark.‘nın sezaryen doğumda aldıkları bakıma yönelik memnuniyetlerinin incelediği çalışmasında, kadınların SDAMDÖ ölçek puan ortalamasının 144.9±18.7 olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (137). Bu durumun sebebi olarak, tüm annelerin doğuma ve bakıma yönelik beklenti düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu durumda ‘H5: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruplar arasında anne memnuniyetleri açısından fark vardır.’’ ve ‘’H6: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde erken ten teması uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında anne memnuniyetleri açısından fark vardır.’’ hipotezleri reddedilmiştir.

Çalışmamızda annelerin maternal bağlanma ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.11.). Chang ve ark. tarafından yapılan çalışmada, ikinci veya üçüncü trimesterdeki müzik uygulaması yapılan kadınlarda, maternal fetal bağlanma skalasına göre elde edilen sonuçlar doğrultusunda, müzik ve kontrol grubunda anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (p>0.05) (26). Lee'nin 60 kadında yaptığı müzik terapi çalışmasında ise müzik grubunda yer alan kadınların maternal bağlanma düzeyinin kontrol grubundaki kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (138). Bu çalışmanın bulguları Chang ve ark.'nın araştırma sonuçları ile benzerlik gösterirken, Lee'nin çalışma sonuçlarına göre farklılık göstermektedir.

Bu durumda; 'H7: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde müzik dinletilen ve dinletilmeyen gruplar arasında maternal bağlanma düzeyleri açısından fark vardır.'' ve ''H8: Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerde erken ten teması uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında maternal bağlanma düzeyleri açısından fark vardır.'' hipotezleri reddedilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmanın sonucunda;

- ✓ Çalışmada müzik grubundaki annelerin %65'inin, erken ten teması grubundaki annelerin %50'sinin, kontrol grubundaki annelerin %43.3'ünün 30 yaşın altında olduğu belirlenmiştir. Müzik grubundaki annelerin %60'ı, erken ten teması grubundaki annelerin %86.6'sı, kontrol grubundaki annelerin %76.7'si önlisans/lisans mezunu olduğu,

- ✓ Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundaki annelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri yönünden birbirinden bağımsız ve homojen olduğu,

- ✓ Müzik grubundaki annelerin %100'ünün, erken ten teması grubundaki annelerin %96.7'sinin, kontrol grubundaki annelerin %93.3'ünün müzik dinlemekten hoşlandığı saptanmıştır. Annelerin müzik dinleme özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$) ve bu özellikler yönünden birbirinden bağımsız ve homojen olduğu,

- ✓ Müzik, erken ten teması ve kontrol grubundaki annelerin bebeklerine ve emzirmeye ilişkin özellikleri değerlendirildiğinde, bebeğin vücut ısısı açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,000$) ve ETT grubunda olanların bebeğinin vücut ısısı, müzik ve kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,

- ✓ Çalışmaya katılan annelerin bebeklerini ilk emzirmeye başlama zamanı (dk.) açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,027$) ve ETT grubunda olanların ilk emzirmeye başlama zamanı (dk.), kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erken olduğu,

- ✓ Çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin ilk emzirme süresi (dk.) açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,016$) ve ETT grubunda olanların

ilk emzirme (dk.) süresi, kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha uzun olduğu,

- ✓ Çalışmaya katılan annelerin bebeklerini ilk emzirme şekli açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve kontrol (%100) ve müzik (%95) grubundakilerin ağırlıklı serviste yardımla, ETT grubunda ise TT sırasında spontan, yardımla ve serviste spontan, yardımla olmak üzere dağılım gösterdiği,

- ✓ Gruplara göre doğum sonu ilk emzirme LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,000$) ve ETT grubunda olanların doğum sonu ilk emzirme LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları, müzik ve kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,

- ✓ Gruplara göre yirmi dördüncü saat LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,000$) ve müzik grubunda olanların yirmi dördüncü saat LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanları, ETT grubunda olanlara göre daha düşük iken, kontrol grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,

- ✓ Müzik grubundaki annelerin müzik öncesi ve sonrası VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilirken ($p=0,001$), müzik sonrası VAS puanları, müzik öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu,

- ✓ Gruplara göre sezaryen doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p>0,05$).

- ✓ Gruplara göre maternal bağlanma ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Sezaryen ile yapılan doğumlarda annelerin ağrı düzeyine, memnuniyetine, anne-bebek bağlanmasına ve emzirmeye olumlu etkileri olduğu belirlenen müzik dinletisi ve erken ten teması uygulamasının rutin hale getirilmesi için kurum protokollerinin hazırlanması,

- ✓ Müzik dinletisi ve erken ten teması uygulaması gibi doğum sonu dönemde anne-bebek üzerinde olumlu etkiler sağlayan nonfarmakolojik yöntemlere yönelik farkındalığın kazandırılması amacıyla lisans eğitiminde bu konuların yer alması,

- ✓ Doğum sürecinde dinletilen müziğin ve uygulanan erken ten temasının anne-bebek sağlığı üzerindeki uzun dönem etkilerini değerlendiren çalışmaların planlanması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Pain Management. *Textbook of Medical Surgical Nursing*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 258–299.

2. Wentz J. Pain Management. In: Potter PA, Perry AG (eds). *Fundamental of Nursing*, 7th ed. St. Louis: Mosby Elseiver, 2009: 1051-1085.

3. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı*, VIII. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007.

4. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf 20 Haziran 2019.

5. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf 20 Haziran 2019.

6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf 20 Haziran 2019.

7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf 20 Haziran 2019.

8. Türkiye İstatistik Kurumu https://www.tuik.gov.tr/ 14 Eylül 2020.

9. Şimşek HE, Alpar ŞE. Sezaryen sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı, *IGUSABDER,* 2020, 11:267-278.

10. Günay İ. Sezaryen sonrası emzirme, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 2011, 8(1):28-30.

11. Nilsson U. The anxiety- and pain-reducing effects of music ınterventions: a systematic review, *AORN J.*, 2008, 87(4):780–807.

12. Gündüz CS, Çalışkan N. Ağrı kontrolünde uygulanan non-farmakolojik yöntemler: etkinliği hakkındaki kanıtlar yeterli mi?, *J Tradit Complem Med.,* 2018, 1(2):76-81.

13. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 2011, 18(1):83–92.

14. Uçan Ö, Ovayolu N. Müzik ve tıpta kullanımı, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 2006, 1(3):14–22.

15. Yavuz M. Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. İçinde: Eti Aslan F (editör). *Ağrı Doğası ve Kontrolü,* İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 135–147.

16. Music as an Intervention in Hospitals, http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=493. 24 Temmuz 2019.

17. TÜMATA. Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu. https://tumata.com/ 17 Şubat 2017.

18. Ersanlı C. İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim ile Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.

19. Karaaslan Ş. Müziğin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2014.

20. Toker E, Kömürcü N. Effect of Turkish classical music on prenatal anxiety and satisfaction: a randomized controlled trial in pregnant women with pre-eclampsia, *Complement Ther Med.*, 2017, 30:1–9.

21. Karabulutlu Ö. Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler, *Caucasian Journal of Science,* 2014, 1(1):43-50.

22. Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor, *Evid Based Complement Alternat Med.,* 2007, 4(4):409–417.

23. Bowlby J. Attachment and loss. Vol.1. *Attachment.* Great Britain. New York: Basic Books., 1969.

24. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 2. *Separation: Anxiety and anger.* New York: BasicBooks, 1973.

25. Akbulut CÜ. Müzik terapinin anne-çocuk güvenli bağlanma sürecine yansımaları, *Social Sciences Studies Journal,* 2020, 6(64):2751-2756.

26. Chang H-C, Yu C-H, Chen S-Y, Chen C-H. The effects of music listening on psychosocial stress and maternal–fetal attachment during pregnancy, *Complement Ther Med.,* 2015, 23(4):509–515.

27. Zhang F, Cheng J, Yan S, Wu H, Bai T. Early Feeding behaviors and breastfeeding outcomes after cesarean section, *Breastfeed Med.,* 2019, 14(5):325-333.

28. Örün E, Yalçın SS, Madendağ Y, Eras ZÜ, Kutluk Ş, Yurdakök K. Factors associated with breastfeeding initiation time in a baby-friendly hospital, *Turkish J Pediatr.,* 2010, 52(1):10-16.

29. Kivik SY, Kürtüncü M. Epidural anestezi ile doğum yapan primipar annelerde erken ten tene temasın emzirme üzerindeki etkisi, *EGE HFD.*, 2019, 35(2):37–47.

30. Şimşek S, Karahan N. Doğumda anne-bebek ten temasının emzirme üzerine etkileri, *Konuralp Tıp Dergisi,* 2017, 9(1):70–77.

31. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. *Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy* In: Williams Obstetrics, 21st ed. USA, 2001: 537–565.

32. Türk Dil Kurumu. http: //tdk.org.tr/tdksozluk/ 20 Ağustos 2020.

33. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014, *PLoS One,* 2016, 11(2):1–12.

34. Özcan K. Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Sezaryene İlişkin Bilgi Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2006.

35. Banasiewicz J, Wójtowicz S. The quality of life after cesarean section, *Acta Neuropsychologica,* 2010, 8(3):273-283.

36. Cesarean section-a brief history, 1993. https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html, 15 Şubat 2020.

37. Konakçı SK, Kılıç B. Sezaryen ile doğumlar artıyor, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi,* 2002, 11(8):286–288.

38. Ceylantekin Y. Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2006.

39. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Caserean birth FAQ006, 2018. https://www.acog.org/womens-health/faqs/cesarean-birth 20 Ekim 2019.

40. The International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO Statement on Caesarean Section, 2017. https://www.figo.org/ sites/default/files/uploads/Project-publications/SMN/FIGO_cesar_230107%20% 282%29.pdf 17 Ekim 2019.

41. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2010. Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi. Ankara, AÇSAP.

https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/318 18 Mayıs 2019.

42. Hut F. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2000-2004 Yıllarında Gerçekleşen 6727 Doğum Vakasının Retrospektif Analizi ve Sezaryen Oranları, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2005.

43. Çağlayan EK, Kara M, Gürel YC. Kliniğimizdeki sezaryen operasyonlarında görülen komplikasyonlar ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2011, 7(2): 64-67.

44. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.

45. Sia AT, Fun WL, Tan TU. The ongoing challenges of regional and general anaesthesia in obstetrics, *Best Pract. Clin. Obstet Gynaecol.*, 2010; 24(3): 303-312.

46. Gibbs SR, Karlan YB, Haney FA, Nygaard I. *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji*, 10. baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, Ayhan A (Ed) İçinde: Güven S (Böl. Ed). *Sezaryenle Doğum*, 2010: 491–503.

47. TARD. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları Preoperatif Değerlendirme, 2015. https://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/preoperatifdegerlendirme.pdf 20 ocak 2020.

48. Bilgin TE. Anestezide öncüler ve keşifler tarihi, *Lokman Hekim Journal*, 2013, 3(2):37-52.

49. Erdem MK, Özgen S, Coşkun F. Obstetrik Anestezi ve Analjezi. İçinde: Kişnişçi H, Gökşin E (Editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi,* Ankara, Melisa Matbaacılık, 1996: 173-186.

50. Sener EB, Guldogus F, Karakaya D, Baris S, Kocamanoglu S, Tur A. Comparison of neonatal effects of epidural and general anesthesia for cesarean

section, *Gynecol Obstet Invest*., 2003, 55(1):41-45.

51. Birnbach DJ, Browne IM. Anesthesia For Obstetrics. In: Miller RD (ed). *Miller's Anesthesia,* 7. Edition. New York, Churchill Livingstone, 2009: 68-72.

52. Kocamanoğlu IS, Sarıhasan B, Şener B, Tür A, Şahinoğlu H, Sunter T. Sezaryen operasyonlarında uygulanan anestezi yöntemleri ve komplikasyonları: 3552 Olgunun retrospektif değerlendirilmesi, *Turkiye Klinikleri J Med Sci.,* 2005, 25(6):810–816.

53. Purtuloğlu T, Özkan S, Teksöz E, Dere K, Şen H, Yen T, Dağlı G. Elektif sezaryen uygulanan olgularda genel ve spinal anestezinin maternal ve fetal etkilerinin karşılaştırılması, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2008, 50:91–97.

54. Tekin İ, Laçin S, Arıcan İ, Ok G. Sezaryen operasyonu geçirmiş olguların "anestezi yöntemi"nin seçimi üzerine etkileri, *Turkiye Klinikleri J Anest Reanim.*, 2005, 3(1):1–6.

55. Özatamer O, Alkıs N, Batıislam Y, Yörükoğlu Küçük D. *Anestezide Güncel Konular*. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2002: 510-516.

56. Morgan GE, Mikhail MS. Obstetric Anesthesia. In: *Clinical Anesthesiology*, 4th ed. Stamford, Appleton & Lange, 2002, 705-712.

57. Toker K, Yılmaz AS, Gürkan Y, Baykara N, Canatay H, Özdamar D, Yıldız TS. Sezaryen ameliyatlarında anestezi uygulaması, 5 yıllık retrospektif değerlendirme, *Türk Anest Rean Cem Mecmuası*, 2003, 31(1):26–30.

58. Balcı EG, Oskay ÜY. Sezaryen Doğumlarda Uygulanan Anestezi Yönteminin Erken Postpartum Dönemde Anne ve Yenidoğana Etkileri, *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2020, 3(3):1-8.

59. Matsota P, Christodoulopoulou T, Smyrnioti ME, Pandazi A, Kanellopoulos I, Koursoumi E, Karamanis, P Kostopanagiotou G. Music's use for anesthesia and analgesia, *J Altern Complement Med.,* 2013, 19(4):298–307.

60. Koç H, Erk G, Apayadın Y, Horasanlı E, Yiğitbaşı B, Dikmen B. Epidural anestezi ile herni operasyonu uygulanan hastalarda klasik Türk müziğinin intraoperatif sedasyon üzerine etkileri, *Türk Anest Rean Der Dergisi,* 2009, 37(6):366-373.

61. Binns-Turner PG, Wilson LL, Pryor ER, Boyd GL, Prickett CA. Perioperative music and its effects on anxiety, hemodynamics, and pain in women undergoing mastectomy, *AANA J.*, 2011, 79(4): 21-27.

62. Surucu SG, Ozturk M, Vurgec BA, Alan S, Akbas M. The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: a study from Turkey, *Complement Ther Clin Pract.*, 2018, 30:96-102.

63. Ciğerci Y, Kurt H, Çelebi Ş. Tamamlayıcı bakım ve alternatif tedavi yöntemi olan müzik terapiye ilişkin sağlık profesyonellerinin görüşleri, A*fyon Kocatepe Üniversitesi Akademik Müzik Araştırmaları Dergisi,* 2016, 2(4):13-26.

64. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review). *Cochrane Database Syst Rev.*, Intervention Version published, 2016, 11(11): CD003519.

65. Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, Takahashi Y. An implementation algorithm to improve skin-toskin practice in the first hour after birth, *Matern Child Nutr.*, 2018, 14(2):1-15.

66. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature, *Matern Child Nutrition*, 2014, 10(4):456–473.

67. International Childbirth Education Association. Skin-to-Skin Contact. ICEA position Paper, 2015, 1-4. https://icea.org/wp-content/uploads/2016/01/Skin_to_Skin_Contact_PP.pdf 5 Mayıs 2019.

68. Finigan V, Long T. Skin-to-skin contact: multicultural perspectives on birth fluids and birth 'dirt', *Int Nurs Rev.*, 2014, 61(2):270–277.

69. Coşkun AM. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı.* 1. baskı,

İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012.

70. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development, *Pediatrics,* 2002, 110(1):16–26.

71. Çoban A, Saruhan A. Anne-bebek etkileşiminde hemşirenin rolü, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* 2005, 21(2): 89-96.

72. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2012.

73. Brady K, Bulpitt D, Chiarelli C. An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.,* 2014, 43(4):488–496.

74. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant, *Current Researches in Anesthesia & Analgesia,* 1953, 32(4):260–267.

75. Robays JV. The story of Virginia Apgar, *Facts Views Vis Obgyn.,* 2015, 7(3):192–197.

76. Frederick A, Fry T, Clowtis L. Intraoperative mother and baby skin-to-skin contact during cesarean birth: systematic review, *The American Journal of Maternal Child Nursing,* 2020, 45(5):296-305.

77. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants, *Cochrane Database Syst Rev.* 2016, 8: CD002771.

78. Akın E. Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Anksiyetenin Fizyolojik Belirtilerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2007.

79. Bruscia EK. *Müzik Terapiyi Tanımlamak*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2016.

80. T.C. Sağlık Bakanlığı Müzikterapi Eğitim Modülü, 2016. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/duyurular/belge/muzik_terapi_28112016.pdf 27 Mart 2019.

81. Miller SP, Vigneron DB, Henry RG, Bohland MA, Ceppi-Cozzio C, Hoffman C, et al. Serial quantitative diffusion tensor MRI of the premature brain: Development in newborns with and without injury, *J Magn Reson Imaging,* 2002, 16(6):621–632.

82. Lee OKA, Chung YFL, Chan MF, Chan WM. Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study, *J Clin Nurs*., 2005, 14(5):609–620.

83. Ugur HG, Aktaş YY, Orak OS, Saglambilen O, Avci İA. The effect of music therapy on depression and physiological parameters in elderly people living in a Turkish nursing home: a randomized-controlled trial, *Aging Ment. Health,* 2017, 21(12):1280-1286.

84. Öztürk L, Erseven H, Atik MF. *Makamdan Şifaya: Müzikle Tedavide Türk Müziğinin Kullanımı,* İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2009.

85. Chang MY, Chen CH, Huang KF. Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy, *J Clin Nurs.* 2008, 17(19):2580–2587.

86. Yang M, Li L, Zhu H, Alexander IM, Liu S, Zhou W, Ren X. Music therapy to relieve anxiety in pregnant women on bedrest: a randomized, controlled trial, *MCN Am J Matern Child Nurs.*, 2009, 34(5):316–323.

87. Raglio A, Zaliani A, Baiardi P, Bossi D, Sguazzin C, Capodaglio E, Imbriani C, Gontero G, Imbriani M. Active music therapy approach for stroke patients in the post-acute rehabilitation, Neurol Sci., 2017, 38(5):893-897.

88. Kafali H, Derbent A, Keskin E, Simavli S, Gözdemir E. Effect of maternal anxiety and music on fetal movements and fetal heart rate patterns, *J Matern*

Fetal Neonatal Med., 2011, 24(3):461–464.

89. Liu Y-H, Lee CS, Yu C-H, Chen C-H. Effects of music listening on stress, anxiety, and sleep quality for sleep-disturbed pregnant women, *Women Health,* 2016, 56(3):296–311.

90. Shin HS, Kim JH. Music therapy on anxiety, stress and maternal-fetal attachment in pregnant women during transvaginal ultrasound, *Asian Nurs Res.*, 2011, 5(1):19–27.

91. Hepp P, Hagenbeck C, Gilles J. et al. Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study, *BMC Pregnancy and Childbirth,* 2018;18(1): 435.

92. González JG, Miranda MIV, Mullor MR, Carreño TP, Rodriguez RA. State-trait anxiety levels during pregnancy and foetal parameters following intervention with music therapy, *J Affect Disord.,* 2018, 232:17-22.

93. Anğın AD, Oruç MA, Öktem A, Gürsu T, Alan Y, Sakin O, Gökkaya M, Gün İ, Akalın EE, Koyuncu K, Denizli R. Müziğin epizyotomideki ağrı ve anksiyeteye etkisi, *Ankara Med J.,* 2020, 20(3):541-552.

94. González JG, Miranda MIV, Mullor MR, Carreño TP, Rodriguez RA. Effects of prenatal music stimulation on state/trait anxiety in full-term pregnancy and its influence on childbirth: a randomized controlled trial, *J Matern Fetal Neonatal Med.,* 2018, 31(8):1058–1065.

95. Bekiroğlu T, Ovayolu N, Ergün Y, Ekerbiçer HÇ. Effect of Turkish classical music on blood pressure: a randomized controlled trial in hypertensive elderly patients, *Complement Ther Med.,* 2013, 21(3):147-154.

96. Cheung W, Ip WY, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women, *Midwifery,* 2007, 23(2):123–130.

97. Fancourt D, Perkins R. Could listening to music during pregnancy be protective against postnatal depression and poor wellbeing post birth? Longitudinal

associations from a preliminary prospective cohort study, *BMJ Open*, 2018, 8(7):1-8.

98. Cömert M. Gebelikte Müzik Dinlemenin Maternal Distrese ve Prenatal Bağlanmaya Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2020.

99. Sürücü ZS. Sezaryen Doğum Yapan Kadınlarda, Erken Ten Tene Temasın, Emzirme ve Doğum Sonu Kanama Üzerıne Etkisinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2019.

100. Dehcheshmehi FS, Rafiei H. Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: a comparative study between music therapy and Hoku point ice massage, *Complement Ther Clin Pract.,* 2015, 21(4):229–232.

101. Chawanpaiboon S, Titapant V, Pooliam J. A randomized controlled trial of the effect of music during cesarean sections and the early postpartum period on breastfeeding rates, *Breastfeed Med.,* 2021.

102. Varışoğlu Y. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annelere Dinletilen Müziğin Anne Sütü Üretimine Etkisi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2019.

103. Aba YA, Avci D, Guzel Y, Ozcelik SK, Gurtekin B. Effect of music therapy on the anxiety levels and pregnancy rate of women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer : a randomized controlled trial, *Appl Nurs Res.,* 2017, 36:19–24.

104. Belloeil V, Cazeneuve CT, Leclercq A, Mercier MB, Legendre G, Corroenne R. Impact of music therapy before first-trimester instrumental termination of pregnancy: a randomised controlled trial, *BJOG,* 2020, 127(6):738-745.

105. Dolker HE, Basar F. The effect of music on the non-stress test and maternal anxiety, *Complement Ther Clin Pract.,* 2019, 35, 259-264.

106. Xu X, Sun BL, Huang F, Chia HLA, Sultana R, Teo A, Tuner BS. The ımpact of music on patient satisfaction, anxiety, and depression in patients undergoing gynecologic surgery, *J Perianesth Nurs., 2020,* 1-6.

107. Çakır D, Alparslan Ö. Doğum tipi değişkeninin anne-bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi, *J Contemp Med.,* 2018, 8(2):139–147.

108. Taşçı E, Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar, *Genel Tıp Derg.,* 2007, 17(3):181–186.

109. Liu Y-H, Chang M-Y, Chen C-H. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers, *J Clin Nurs.,* 2010, 19(7-8):1065-1072.

110. Gençalp NS. Doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisi, *Hemşirelik Forumu,* 1999, 2:109–113.

111. Essa RM, İsmail NIAA. Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding, *Journal of Nursing Education and Practice,* 2015, 5(4):98–107.

112. Yılmaz C, Taşpınar A. Doğum sonrası erken dönemde ebeveynlere verilen emzirme eğitiminin bebeklerin ilk altı ay anne sütü alma durumuna etkisi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2017, 6(3):25-34.

113. Akarsu RH, Tuncay B, Alsaç SY. Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2017, 6(4):275-279.

114. Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi, *TAF Prev Med Bull.,* 2013, 12(2):177–182.

115. Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, Nurfarah BZMC, Shefaly S. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and

skin - to - skin contact on early breastfeeding initiation, *Matern Child Nutr.*, 2018, 14(1):1–11.

116. Bilgin NÇ, Ak B, Potur DC, Ayhan F. Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi,* 2018, 5(3):342-352.

117. Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcivan N. Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar, *İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, 2004, 13(53):185-197.

118. Balkaya NA. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6(2):42–49.

119. Özcan Ş, Aslan E. Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesi, *F.N. Hem. Derg.*, 2015, 23(1):41-48.

120. Karabulutlu Ö, Yavuz C. Annelerin doğum sonu dönemde aldıkları ebelik/hemşirelik bakımında memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi, *Caucasian Journal of Science,* 2019, 6(2):182-199.

121. Sarper C. Spinal Anestezi ile Yapılan Sezaryen Doğumlarda Erken Ten Temasının, Emzirme Yeterliliğine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2015.

122. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain, *Pain,* 1983, 17(1):45–56.

123. Eti-Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6(1):9–16.

124. Gungor I, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth, *Midwifery,* 2012, 28(3):348–357.

125. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 1994, 23(1):27–32.

126. Yenal K, Okumuş H. LATCH emzirme tanılama ölçeğinin güvenirliğini inceleyen bir çalışma, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,* 2003, 5(1):38–44.

127. Muller ME. A questionnaire to measure mother- to- infant attachment, *J Nurs Meas*., 1994, 2(2):129–141.

128. Kavlak O, Şirin A. Maternal bağlanma ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi,* 2009, 6(1):188–202.

129. Arslan S. Dokunma, Müzik Terapi ve Aromaterapinin Yoğun Bakım Hastalarının Fizyolojik Durumlarına Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2007.

130. Takahashia Y, Tamakoshia K, Matsushimab M, Kawabe T. Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants, *Early Hum Dev.*, 2011, 87(3):151–157.

131. Çatalgöl Ş. İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Dinletilen Ney Sesinin Doğum Sürecine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2013.

132. Kırca AŞ, Gül DK. The effect of music and skin contact with the newborn on pain and anxiety during episiotomy repair in primiparous women: a double-blind randomized controlled study, *Explore,* 2020, 1-7.

133. Yiğit Ü. Spinal Anestezide Ameliyat Sırasında Dinletilen Müziğin Hastaların Ameliyat Sırası Yaşam Bulguları ile Ameliyat Sonrası Ağrı ve Anksiyetesi Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2017.

134. Şen H, Yanarateş Ö, Sızlan A, Kılıç E, Özkan S, Dağlı G. The efficiency and duration of the analgesic effects of musical therapy on postoperative pain, *Ağrı,* 2010, 22(4):145–150.

135. Eren H, Sahiner NC, Bal MD, Dissiz M. Effects of music during multiple cesarean section delivery, *J Coll Physicians Surg Pak.*, 2018, 28(3):247–249.

136. Can EK, Apay SE. Doğum şekli: doğum sonu konfor ve doğumdan memnuniyet düzeylerini etkiler mi?, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergi*si, 2020, 8(3):547–565.

137. Yanıkkerem E, Göker A, Piro N. Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti, *Selçuk Tıp Dergi*si, 2013, 29(2):75–81.

138. Lee SM. The effects of music therapy on postpartum blues and maternal attachment of puerperal women, *J Korean Acad Nurs.*, 2010, 40(1):60-68.

8. EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi İlknur Demirhan ve Birgül Özkan tarafından yürütülen "Spinal Anestezi ile Yapılan Sezaryen Doğumlarda Dinletilen Müziğin ve Erken Ten Temasının Annenin Ağrı Düzeyine, Memnuniyetine ve Maternal Bağlanmaya Etkisi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı: Spinal Anestezi ile Yapılan Sezaryen Doğumlarda Dinletilen Müziğin ve Erken Ten Temasının Annenin Ağrı Düzeyine, Memnuniyetine ve Maternal Bağlanmaya Etkisini Belirlemek
b. Araştırmanın İçeriği: Müzik dinletisi ve erken ten teması uygulaması
c. Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma □ Tez çalışması
d. Araştırmanın Öngörülen Süresi:
e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:
f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Özel Koru Hastanesi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

(Varsa)Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin; Veli veya Vasisinin(kendi el yazısıile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

EK-2. Veri Toplama Formu

Anket No: **Tarih:**

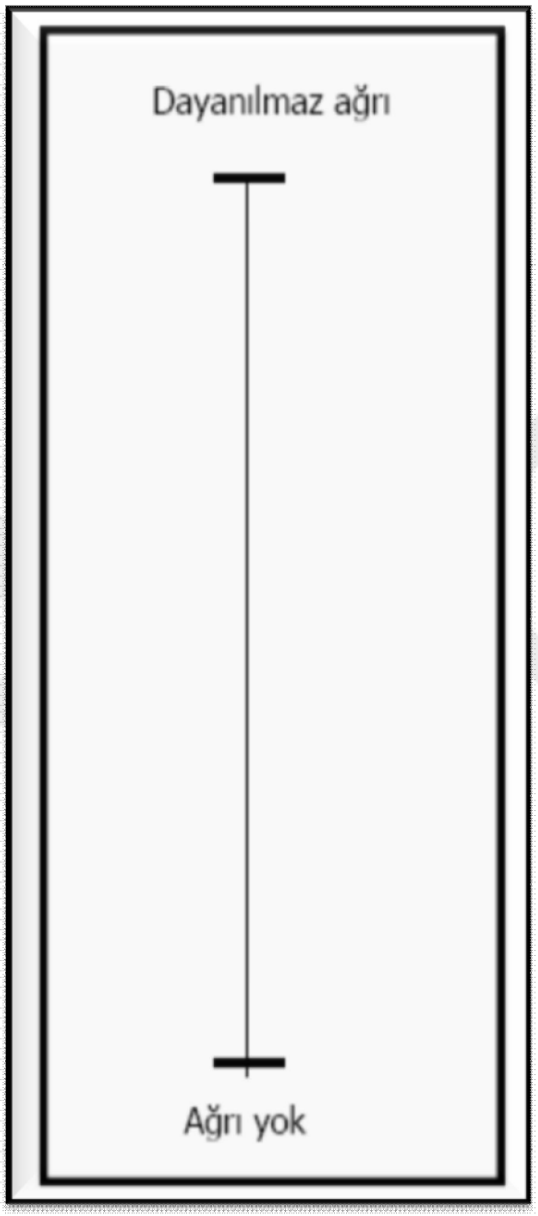
GEBELERİN SOSYODEMOGRAFIK, DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ VE DOĞUM SÜRECİ	
1. Yaşınız nedir?	….....
2. Eğitim durumunuz nedir?	1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlköğretim 4)Lise 5)Üniversite/Yüksekokul 6)Y.lisans/Doktora
3. Mesleğiniz nedir?	1) Aktif Çalışan 2) Ev Hanımı
4. Sosyal güvenceniz var mı?	1)Var 2)Yok
5. Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime eşit 3) Gelirim giderimden fazla
6. Aile şekliniz nedir?	1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile 3) Parçalanmış Aile 4) Diğer….....
7. Eşinizin yaşı nedir?	….....
8. Eşinizin eğitim durumu nedir?	1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlköğretim 4)Lise 5)Üniversite/Yüksekokul 6)Y.lisans/Doktora
9. Eşinizin mesleği nedir?	1) İşsiz 2) Memur 3) İşçi 4) Emekli 5) Serbest meslek 6) Diğer ……..
10. Kaç yıldır evlisiniz?	….....
11. İlk gebelik yaşınız nedir?	….....
12. Bu bebeğinize isteyerek mi gebe kaldınız?	1) Evet 2) Hayır 3) İlk önce istemedim daha sonra istedim
13. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?	1) Kız 2) Erkek
14. Bebeğinizin cinsiyeti sizin istediğiniz gibi mi?	1) Evet 2) Hayır 3) Farketmez
15. Doğum hakkında yeterince bilginiz var mı? *(cevabınız 'hayır'ise 17. soruya geçiniz)*	1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen
16. Doğum hakkında bilgiyi nereden aldınız? *(birden fazla cevap verilebilir)*	1) Annemden 2) Arkadaşımdan 3) Yakınımdan 4) Sağlık personeli 5) TV-radyo 6) İnternet
17. Doğum korkunuz var mı?	1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen
18. Doğum korkunuzun nedeni nedir?	……..
19. Sezaryen endikasyonu	1) Makat geliş 2) Baş pelvis uyumsuzluğu 3) Doğum korkusu 4) Diğer……
20. Gebelik haftası	……..
21. ASA skoru	……..
22. Doğum öncesi kan basıncı	……..
23. Doğum öncesi nabzı	……..
24. Doğum sonrası kan basıncı	……..
25. Doğum sonrası nabzı	……..

EK-3. Gebenin Müzik ile Olan İlişki Formu

(İkinci ve üçüncü gruba 7., 8. ve 9. sorular sorulmayacaktır.)

1. Müzik dinlemekten hoşlanır mısınız?	1) Evet 2) Hayır
2. Hangi tür müzik dinlersiniz?	1) Klasik Türk Müziği 2) Klasik Batı Müziği 3) Türk Halk Müziği 4) Arabesk 5) Pop Müzik 6) Tasavvuf 7) Diğer……
3. Hangi tür müzik dinlediğinizde kendinizi iyi hissedersiniz?	1) Klasik Türk Müziği 2) Klasik Batı Müziği 3) Türk Halk Müziği 4) Arabesk 5) Pop Müzik 6) Tasavvuf 7) Diğer……
4. Müzik eğitimi aldınız mı?	1) Evet 2) Hayır
5. Müzik aleti çalıyor musunuz?	1) Evet 2) Hayır
6. Eşiniz müzik aleti çalıyor mu?	1) Evet 2) Hayır
7. Doğum öncesi size dinletilecek olan müziğin doğumunuza etki edeceğini düşünüyor musunuz?	1) Evet 2) Hayır
8. Nasıl etkisi olacağını düşünüyorsunuz?	1) Olumlu 2) Olumsuz 3) Kısmen olumlu
9. Dinletilen müzikten hoşlandınız mı? *(Taburculuk öncesi sorulacaktır)*	1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen Evet

EK-4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)



EK-5. Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ)

Yönerge: Bu ankette annelerin doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyetlerini değerlendiren sorular bulunmaktadır. Lütfen, aşağıda verilen ifadelerle katılıp katılmadığınıza karar veriniz ve her sorunun yanındaki *Katılmıyorum, Kısmen Katılıyorum, Kararsızım, Katılıyorum ve Kesinlikle katılıyorum* seçeneklerinden birini işaretleyiniz. Boş soru bırakmamaya özen gösteriniz. Kimliğiniz ve cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

1. Hastanede kaldığım sürece benimle ilgilenen doktor ve hemşirelerin sayısı yeterliydi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
2. Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler bana iyi davrandılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
3. Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler aileme iyi davrandılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
4. Doktorların doğumum sırasında gerekli olan tüm tıbbi müdahaleleri yaptığına inanıyorum.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
5. Sezaryen için ameliyathaneye planlanan saatte bekletilmeden alındım.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
6. Sezaryene hazırlanmam için hemşireler bana yeterince zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
7. Sezaryenden önce gereksinimlerimi karşılamak için hemşireler bana yeterince zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
8. Sezaryenden önce herkes bana sadece ne yapmam gerektiğini söylüyordu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
9. Sezaryenden önce stresimi azaltmak için benimle daha fazla ilgilenilmesini isterdim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
10. Sezaryenden önce ailemin yaşadığı stresi azaltmak için onlarla daha fazla ilgilenilmesini isterdim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
11. Sezaryenden önce hangi doktor ve ebe/hemşirenin benimle ilgileneceğini biliyordum.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
12. Sezaryenden önce yapılan / yapılacak tüm gerekli işlemler hakkında bana bilgi verildi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
13. Sezaryenden önce yapılan / yapılacak tüm gerekli işlemler	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

hakkında eşime/aileme bilgi verildi.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sezaryenden önce doktorlar ve ebe/hemşireler onlara söylediğim her şeyi dikkate aldılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
15. Sezaryenden önce doktorlar ve hemşireler sezaryen ile ilgili herşeyi bana açıkladılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
16. Sezaryenden önce doktorlar ve hemşireler sezaryen ile ilgili herşeyi aileme açıkladılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
17. Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde benim onayım alındı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
18. Bana yapılan bakımla ilgi girişimlerde eşimin/ailemin onay alındı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
19. Doğumdan sonra bebeğimi daha er kucağıma alabilmeyi isterdim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
20. Doğumdan sonra ailemin bebeğimizi daha erken görebilmesini isterdim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
21. Doğumdan sonra bebeğimi daha erken emzirmeyi isterdim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
22. Doğumdan sonra yaşadığım ağrı ve rahatsızlıkları azaltmak için daha fazla girişim (ilaç vb) yapılabilirdi	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
23. Doğumdan sonraki dönemde hemşireler gereksinimlerini yeterince karşıladı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
24. Hemşireler bana loğusalıkta kendi bakımım konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
25. Hemşireler bana bebek bakımı konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
26. Hemşireler bebeği emzirmeme / beslememe yardım etmek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
27. Loğusalık ve bebek bakımı ile ilgili konularda farklı doktor/hemşirelerin verdikleri bilgiler tutarlıydı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
28. Sezaryene hazırlık sırasında kaldığım oda gereksinimlerimin karşılanması için uygun ve temiz bir yerdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
29. Doğumdan sonra kaldığım oda ihtiyaçlarıma uygun ve rahat bir yerdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
30. Doğumdan sonra kaldığım oda ailemin ve yakınlarımın ziyareti için uygun ve rahat bir yerdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐

31. Ben doğumdayken ailemin hastanede rahatça bekleyebileceği uygun bir yer vardı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
32. Hastanede ihtiyacımız olan her şeyi kolaylıkla bulabildik.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
33. Hastanede verilen yemek hizmeti iyiydi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
34. Sezaryene hazırlık sırasında gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
35. Doğumdan sonra gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
36. Sağlık personeli yaptıkları uygulamalarda mahremiyetime gerekli özeni gösterdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
37. Sezaryenden önce ve sonra ailemle yaşadığım özel anlar sağlık personelinin ertelenebilir müdahaleleri ile engellendi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
38. Hastanede aldığım bakım bundan daha iyi olamazdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
39. Doğum tamamen beklediğim gibi geçti.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
40. Doğumun süresi beklediğimden daha uzun sürdü.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
41. Doğumda hiç beklemediğim tıbbi müdahaleler yapıldı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
42. Bu doğum benim için hayatımdaki en güzel deneyimlerden biri oldu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐

EK-6. Yenidoğana Ait Bilgi ve Emzirme Formu

1. Doğum saati	……..
2. Birinci dakikada APGAR skoru	……..
3. Beşinci dakikada APGAR skoru	……..
Yenidoğanın Vital Bulguları *(Birinci ve üçüncü grup serviste, ikinci grup ten teması bittiğinde)*	
4. Vücut ısısı	……..
5. Kalp atım hızı	……..
6. Solunum sayısı	……..
7. Satürasyonu	……..
8. Doğum kilosu	……..gr
9. Boyu	……..cm
10. Baş çevresi	……..cm
11. Anne ile bebek ilk ne zaman temas etti? (*ikinci gruba sorulmayacaktır)*	……..dk
12. Annenin bebeğini ilk emzirme zamanı:	……..dk
13. İlk emme nasıl gerçekleşti?	1) Ten teması sırasında, spontan gerçekleşti 2) Ten teması sırasında, yardımla gerçekleşti 3) Serviste, spontan gerçekleşti 4) Serviste, yardımla gerçekleşti
14. İlk 24 saat içinde kaç kez idrarını yaptı?	……kez
15. İlk 24 saat içinde kaç kez gaitasını yaptı?	……kez
16. İlk 24 saat içinde kaç bez değiştirildi?	……bez
17. İlk 24 saat içinde kaç kez emdi?	……kez
18. İlk emzirmede ne kadar süre emdi?	……dk
19. Bebeğe mama verildi mi? *(cevabınız 'Hayır' ise 21. Soruya geçiniz)*	a) Evet b) Hayır
20. Kaç cc mama verildi?	……cc
21. Bebeğin 2. saatteki kan şekeri	……..
22. Bebeğin başka kan şekerine bakılma ihtiyacı oldu mu?	a) Evet …….. b) Hayır
23. Bebeğin 24. saatteki kilosu	……..gr
24. Bebeğin 5. gün kilosu	……..gr
25. Bebeğin bir aylıkken kilosu	……..gr

EK-7. LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği

	0	**1**	**2**
Memeyi tutma (L)	➢ Çok uykulu ve isteksiz ➢ Memeyi tutamıyor	➢ Memeyi tekrar tekrar tutmayı deniyor ➢ Meme başını ağzında tutuyor ➢ Emme için uyarı istiyor	➢ Dudakları açık ➢ Dil aşağıda ➢ Düzenli bir şekilde emiyor
Bebeğin yutma hareketinin görülmesi (A)	➢ Yok	➢ Uyarı ile birkaç yutma sesi duyuluyor	➢ Yutma sırasında sürekli, güçlü espirasyonlar görülür ➢ Kendiliğinden belli aralıklarla yutma sesi duyuluyor
Meme ucunun tipi (T)	➢ İçe dönük	➢ Düz	➢ Dışa dönük
Meme ve meme ucuna ilişkin rahatlık (C)	➢ Tıkanma ➢ Çatlama, kanama, kabarcık, morluk	➢ Doluluk ➢ Kırmızılaşma, küçük kabarcıklar ve morluk ➢ Hafif-orta derecede rahatsızlık	➢ Yumuşak ➢ Hassaslık yok
Bebeği tutuş pozisyonu (H)	➢ Tam yardım gerekiyor	➢ Az yardım gerekiyor	➢ Yardımsız tutabiliyor ➢ Bebeği memeye yerleştiriyor

EK-8. Maternal Bağlanma Ölçeği

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

	HER ZAMAN	**SIK SIK**	**BAZEN**	**HİÇBİR ZAMAN**
1. Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum.	a	b	c	d
2. Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum.	a	b	c	d
3. Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum.	a	b	c	d
4. Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum.	a	b	c	d
5. Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor.	a	b	c	d
6. Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum.	a	b	c	d
7. Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum.	a	b	c	d
8. Bu bebek benim olduğu için çok memnunum.	a	b	c	d
9. Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum.	a	b	c	d
10. Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum.	a	b	c	d
11. Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum.	a	b	c	d
12. Bebeğimi uyurken seyrediyorum.	a	b	c	d
13. Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum.	a	b	c	d
14. Başkalarına bebeğimi anlatıyorum.	a	b	c	d
15. Bebeğimin gönlünü almak zevklidir.	a	b	c	d
16. Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum.	a	b	c	d
17. Bebeğimle gurur duyuyorum.	a	b	c	d
18. Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum.	a	b	c	d
19. Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu.	a	b	c	d
20. Bebeğimin karakterini biliyorum.	a	b	c	d
21. Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum.	a	b	c	d
22. Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum.	a	b	c	d
23. Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum.	a	b	c	d
24. Bebeğime özel ilgi gösteriyorum.	a	b	c	d
25. Bebeğim ağladığında onu rahatlatıyorum.	a	b	c	d
26. Bebeğimi içinden gelen bir duyguyla seviyorum.	a	b	c	d