

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNDÜKSİYON UYGULANAN PRİMİPAR
GEBELERE TRAVAYDA DİNLETİLEN NEY
SESİNİN DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ

Ebelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Şeyma ÇATALGÖL

DANIŞMAN
Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ

İZMİR
2013

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNDÜKSİYON UYGULANAN PRİMİPAR
GEBELERE TRAVAYDA DİNLETİLEN NEY
SESİNİN DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ

Ebelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Şeyma ÇATALGÖL

DANIŞMAN
Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ

İZMİR
2013

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Doç. Dr Rabia EKTİ GENÇ

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

Üye : Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN



Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:1-02-2013.....

ÖNSÖZ

Uzun yıllardır gerçekleştirmeyi hayal ettiğim Yüksek Lisans Araştırma Tez konumu uygulayabilmem için her an sıcaklığını ve desteğini hissettiğim, çok değerli Danışman Hocam Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ'e, lisans döneminden beri yardımlarını aldığım ve beni kırmayıp tezimde de yanımda olan Sayın Hocam Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ'ye, Yüksek Lisans Tezimde değerli önerileriyle destek olan, örnek aldığım değerli Hocalarım Doç. Dr Hafize ÖZTÜRK CAN'a ve Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM'a,

Araştırma müzik seçiminde desteğini aldığım Türk Musikisi'nin çok değerli bestekarı Prof. Dr. Alaaddin Yavaşca'ya, ney yolculuğumda yanımda olmasından onur duyduğum, tezimin hayat bulmasında desteğini aldığım Hocam Yrd. Doç. Dr. Süleyman ERGUNER'e, amcam Yrd. Doç Dr. Zarif ÇATALGÖL'e,

Araştırmanın yürütüldüğü devlet hastanesi, doğum salonu ve postpartum kliniği'nde çalışan hekim/ebe ve tüm sağlık personeline,

Çalışmanın istatistiksel analiz aşamasında görüşleri ile yardımcı olan Emire BOR'a,

Bütün çalışmalarım sırasında desteklerini esirgemeyen aileme ve Sevgili arkadaşım Av. Hakan ÖZBEY'e, canım ablacım Sosyolog Gözde ÖZELCE'ye araştırmama gönüllü olarak katılarak araştırmamı gerçekleştirmeme fırsat veren tüm gebelere ve tezimin asıl sahibi canım Ney'ime,

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	ix
GRAFİKLER DİZİNİ.....	x
BÖLÜM I	
GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Hipotezler.....	5
1.4. Araştırmanın Önemi.....	5
1.5. Sınırlılıklar.....	9
1.6. Tanımlar.....	10
1.7. Genel Bilgiler.....	11
1.7.1. Ağrı.....	11
1.7.1.1. Doğum Ağrısı.....	12
1.7.2. Normal Vajinal Doğum.....	12
1.7.2.1. Normal Doğum Eyleminde Ebelik Yaklaşımları.....	13
1.7.3. Travay İndüksiyonu.....	17
1.7.3.1. Anne Bebek Sağlığı için İndüksiyonun Uygulandığı Durumlar....	18
1.7.3.2. Oksitosin İndüksiyonu ve Tedavisinde Ebe/Hemşirelerin Rolleride...	19
1.7.4. Doğum Ağrısının Kontrolünde Farmakolojik Yöntemler.....	20
1.7.5. Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler.....	20

1.7.5.1. Müzik.....	21
1.7.5.2. Müzikle Tedavinin Tarihçesi.....	22
1.7.5.3. Müziğin Doğumda Kullanımı.....	25
BÖLÜM II	
GEREÇ VE YÖNTEM	
2.1. Araştırmanın Tipi.....	27
2.2. Veri Toplamada Kullanılan Araçlar.....	27
2.2.1. Sosyodemografik Anket Formu.....	27
2.2.2. Gebenin Müzikle Olan İlişki Formu.....	28
2.2.3. Gebenin İzlem Formu.....	28
2.2.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ = Visual Analogue Scale=VAS)...	28
2.2.5. Doğum Sonrası Uygulama Değerlendirme Formu.....	29
2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
2.4. Araştırma Evreni.....	30
2.5. Araştırma Örneklemi.....	31
2.6. Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri.....	32
2.7. Veri Toplama Yöntemi.....	32
2.8. Veri Analizi.....	35
2.9. Süre Ve Olanaklar.....	35
2.10. Araştırma Etiği.....	36

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Ve Tanıtıcı Özelliklerinin

İncelenmesi..... 39

3.2. Gebelerin Şimdiki Gebelikleri Ve Doğumlarına İlişkin Özelliklerin

İncelenmesi..... 42

3.3. Gebelerin Uygulamada Uykuya Dalma Durumlarının

İncelenmesi 57

3.4. Gebelerin Algıladıkları Ağrıların Değerlendirmelerine İlişkin

Özelliklerin İncelenmesi..... 58

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Ve Tanıtıcı Özelliklerinin

Tartışılması..... 65

4.2. Gebelerin Şimdiki Gebelikleri Ve Doğumlarına İlişkin Özelliklerin

Tartışılması..... 68

4.3. Gebelerin Uygulamada Uykuya Dalma Durumlarının

Tartışılması 78

4.4. Gebelerin Algıladıkları Ağrıların Değerlendirmelerine İlişkin

Özelliklerin Tartışılması..... 79

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç..... 83

5.2. Öneriler..... 93

ÖZET

ABSTRACT

YARARLANILAN KAYNAKLAR

EKLER

Ek I. Sosyodemografik Anket Formu.....	105
Ek II. Gebenin Müzikle Olan İlişki Formu.....	108
Ek III. Gebenin İzlem Formu.....	109
Ek IV. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ= Visual Analogue Scale=VAS)..	110
Ek V. Doğum Sonrası Uygulama Değerlendirme Formu.....	111
Ek VI. Bilgilendirilmiş Gebe Onam Formu.....	112
Ek VII. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı.....	113
EK VIII. İstanbul T.E.V Sultanbeyli Devlet Hastanesi Etik Kurul İzni.....	114
EK IX. T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onay Yazısı.....	115

ÖZGEÇMİŞ

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 2. Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Gebelerin Şimdiki Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	42
Tablo 3. Çalışma ve Kontrol Grubu Gebelerin Müzikle İlişkilerine Göre Dağılımları.....	45
Tablo 4. Çalışma Grubundaki Gebelere Dinletilen Ney Sesinin Etki Durumlarının Dağılımı.....	47
Tablo 5. Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Servikal Dilatasyon ve Servikal Efasmana İlişkin Dağılımlar.....	48
Tablo 6. Çalışma ve Kontrol Grubu Gebelerin Kan Basıncı ve Kalp Atım Hızına İlişkin Dağılımlar.....	50
Tablo 7. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uygulama Sırasındaki Kontraksiyon Özelliklerine İlişkin Dağılımları.....	52
Tablo 8: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Yenidoğanlarının Apgar Puanlarına İlişkin Dağılımları.....	55
Tablo 9. Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Gebelerin Travay Sürelerine İlişkin Dağılımları.....	56
Tablo 10. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uygulamada Uykuya Dalma Oranlarına İlişkin Dağılımlar.....	57
Tablo 11. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Algıladıkları GKÖ Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları.....	58

Tablo 12. Çalışma ve Kontrol Grubu Gebelerden Doğum Sonrası Elde Edilen Bilgilerin Dağılımı.....	61
Tablo 13. Çalışma Grubundaki Gebelerden Doğum Sonrası Elde Edilen Bilgilerin Dağılımı.....	63
GRAFİKLER DİZİNİ	
Grafik 1. Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Travay Süresinin Karşılaştırılması.....	56
Grafik 2. Uygulama ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uygulamada Uykuya Dalma Oranları Değişimi.....	57
Grafik 3. Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre GKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	60

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Kadınların yaşam süreci biyolojik yapıları gereği erkeklerden farklıdır. Menstrüasyon, gebelik, emzirme gibi yaşam deneyimlerinden biri olan doğum eylemi, doğal bir süreç olmasıyla birlikte annenin sağlığını fiziksel ve emosyonel yönden etkileyen önemli bir deneyimdir (32,64).

Gebelik fizyolojik bir olay olmakla birlikte her kadın gebeliğe karşı kendi ruhsal sosyoekonomik ve kültürel yapısına uygun davranış gösterir. Gebelik süresince değişik zaman dilimlerinde (trimester) gebenin emosyonel reaksiyonları genellikle kararsızlık, içe dönüklük, pasiflik, kendini beğenme, bağımlılık, korku ve anksiyete olarak tanımlanmaktadır. Gebelik doğum ve doğum sonu devrelerin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesi gebelik süresince verilecek düzenli bakım, eğitim ve danışmanlık ile sağlanabilir. Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte kadın için bir yük ve stres oluşturur (19).

Anne ve fetüsün sağlığının devamlılığı için sürekli kontrolü, normalden sapmaların erken tanısı, gerekli bakım ve tedavisinin zamanında yapılması, doğumların uygun ünitelerde gerçekleştirilmesi için prenatal (antenatal) bakıma gereksinim vardır. Gebe kadın ve emzikli annenin gebelik takipleri laboratuvar muayeneleri, gebelik ve lohusalık hijyeni ve gebenin psikolojik olarak doğuma hazırlanmasını sağlar (19).

Doğum sürecinde gebenin fizyolojik psikolojik ve sosyal gereksinimleri vardır. Gebelerin eylem sürecinde duygusal desteğe ve bireysel ilgiye daha yoğun gereksinim duyduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Doğum eyleminde yeterli ve nitelikli tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı, sağlıklı ve doyurucu bir deneyim geçirerek sağlıklı bir bebeğe kavuşmayı mümkün kılacaktır. Sağlığın geliştirilmesine yönelik tüm bu girişimler sonucu kadının yaşadığı gebelik ve doğum deneyiminden bir birey olarak anlam çıkarması tat alması kendini gerçekleştirme kolaylaşacaktır (21, 62).

Çocuk sahibi olma, önemli bir yaşam olayıdır. Teknolojik gelişmeler obstetri bilimindeki ilerlemeler doğum olayını hem anne hem de bebek açısından daha güvenli kılmıştır. Doğum sürecinde doğum deneyiminin kadın açısından olumlu sonuçlanması ve daha aile merkezli yaklaşım giderek önem kazanmıştır. Bu nedenle doğum sürecinde bakımın odağı, yalnızca anne ve bebek için güvenli bir doğum sağlamak değil, aynı zamanda olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmaya yönelmiştir (30, 62).

Her kadının doğum eylemi hakkında bazı endişeleri vardır. Bu endişelerden en önemlisi doğum ağrısı ile başarılı bir şekilde başa çıkabilmektir. Doğum ağrılarıyla başeden kadınların, doğum eylemi ile ilgili görüşlerinin olumlu olduğu yapılan çalışmalarla da gösterilmiştir (21, 62).

Doğum eylemi bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Primipar olan kadınların % 60'ının, multipar olanların ise %40'ının şiddetli doğum ağrısı deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir. Dünyanın farklı bölgelerinde obstetrik ağrıya yönelik analjezi amaçlı çok farklı yöntemler kullanılmaktadır (54).

Anne adayları toplumların gelenek, görenek ve doğum ağrısının tanımlanmasına göre bu ağrıya farklı tepkiler göstermektedir. Doğumdaki kültürel farklılıklar doğum analjezisi kullanımını etkileyebilen nedenler arasındadır (54).

Kadınların doğum ağrısı deneyimleri, geçmiş ağrı deneyimleri, baş etme yetenekleri, psikososyal faktörleri içeren birçok faktör tarafından etkilenir. Yalnızlık, bilgisizlik, hassas olmayan tedaviler, geçmişte çözülmemiş psikolojik ve fizyolojik stresler, kadınların ağrı çekme oranını arttırmaktadır (54, 61).

Diğer ağrı türleri ile karşılaştırıldığında kadınlar doğum ağrısına karşı daha fazla direnç göstermekte, son ana kadar analjezik almayı reddetmektedir. Pek çok anne analjezinin yenidoğana zararlı olacağını düşünmektedir. Bu nedenlerden dolayı, doğum ağrısını gidermede çok farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler olarak iki temel başlık altında gruplanır (54).

Nonfarmakolojik yöntemler arasında yer alan müzikle gebenin gevşemesi ve dikkatini başka yöne çekme sağlanabilmektedir. İşitsel uyaranlarla ağrı doğrudan doğruya baskılanmaktadır. Bireyin aktif olarak katıldığı bir tekniktir. Müzik kişiyi hoşla gitmeyen ağrılı uyaranlardan uzaklaştırıp, endorfin salınımını arttırarak ve gevşemeyi başlatarak yardımcı olur. Yapılan çalışmalar müzik terapi yapılan kadınların doğum sırasında anksiyetelerinin, ağrı ve rahatsızlıklarının daha az olduğunu göstermektedir (7, 42, 43).

Doğumundan itibaren hayatının her aşamasında müzikle iç içe olan insanoğlu, asırlar boyunca müziği gerek ruhsal gerekse bedensel amaçları doğrultusunda kullanmıştır. Neşe, keder, kahramanlık, korku, cesaret, ümit, ümitsizlik, vb. duygularını genellikle müzikle ifade etme ve anlamlandırma gayreti içerisinde olmuştur (56).

Müzik, insan yaşamının her döneminde var olan bir kavramdır ve insan üzerindeki etkisinin çok yönlü olması tedavide de kullanılmasına neden olmuştur. Aslında müziğin kendisi tedavi edici değildir. Ancak acı çeken ağrı-stresi olan,

yardım isteyen ve müzik aracılığı ile kendini ifade yolu bulan hasta için kullanıldığında tedavi edici özellik gösterir (1, 32, 58).

İnsanlar arasındaki iletişimde ortak bir dil ve güç olan müzik sanatı, insanların duygularına yaklaşabilme, hissedebilme ve iletişim kurabilmelerinde önemli bir araçtır. Müziğin insanlar üzerinde güçlü bir etkisinin olması, doğrudan doğruya insanın duyum ve bilinçle ilgili davranışlarının merkezi olan beyni etkilemesindendir. İnsan müzikle yalnızca iletişim kurmakla kalmamış, müziği psikolojik sorunlarını gidermek için de bir yardımcı araç olarak kullanmıştır. Böylece müziğin terapik etkileri ortaya çıkmıştır (28, 41).

Müziğin pek çok alanda tedavi edici etkisinin olduğu bilinmekle beraber, doğum anında rahatlama sağladığı yapılan çalışmalarla görülmektedir. Seçilen müzik rahatlama hissini, annenin bebeğinin ihtiyaçlarını karşılama kapasitesini, kontrol hissini arttırmaktadır (33).

Doğumda müziğin kullanılmasıyla ilgili çalışmaların çoğu, bu yöntemin ağrı toleransını, destek ve güçlülük durumunu, ritmik olarak nefes almayı, hareket etme durumunu arttırdığını bildirmektedir. Bu yöntemin herhangi bilinen yan etkisi bildirilmemiştir. Doğum yapan kadınlar için tercih edildiği görülmektedir ve destekleyici olarak kullanılmalıdır (9). Araştırmalar doğum ağrısı, kronik ağrılı hastalar, kanser ağrısı, abdominal cerrahi hastalarında, postoperatif ağrının azaltılmasında müziğin etkili olduğunu göstermektedir. Phumdoung ve Good sürekli sedatif müziğin şiddetli doğum ağrısını azalttığını belirtmişlerdir (43).

Profesyonel destekleyici ekiplerin amaçları; anne ve bebeğin sağlık ve güvenliğini arttırmak, anneyi büyük bir hasar yaratmadan aşırı ağrı ve komplikasyonlardan kurtarmak ve anne, bebek, aile arasındaki ilişkilerin

güçlenmesini sağlamaktır. Günümüzde önemli olan gebenin doğum olayına mümkün olduğunca aktif şekilde katılmasını sağlamaktır (19).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma travayda indüksiyon uygulanan primipar gebelere canlı olarak dinletilen ney sesinin doğum sürecine etkilerini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

1.3. HİPOTEZLER

H1: Travayda ney müziği dinletilen gebelerde, doğum ağrısı algısı dinlemeyenlere göre daha düşüktür.

H2: Travayda ney müziği dinletilen gebelerde doğum eylemi daha kısa sürer.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Gebeler genellikle gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem hakkında yeterince bilgili değildirler. Doğum hakkındaki bilgileri eksik ve abartmalarla doludur. Bu yüzden güvensizlik ve endişe içinde yaklaşan doğum büyük korku ile beklenmektedir. Gelişmiş toplumlarda bu konuda eğitimin önemi kavrandığından anne ve baba adaylarının eğitim gereksinimlerini karşılamak üzere gebe eğitim sınıfları açılmıştır.

Bu sınıflarda doğum eylemi, doğum anında yaşanan sıkıntı verici durumlar ve doğum ağrıları ile baş edebilme konuları hakkında bilgi verilmektedir. Programa eşler de katılarak doğum eylemi sırasında gebeyi cesaretlendirecek ve destekleyecek yöntemleri öğrenmektedirler. Türkiye’de ise gebe eğitim sınıfları yaygınlaşmadığından gebeler, doğum ağrısı ve kontrolü hakkında yeterince bilgili olmadan doğumhaneye gelmektedirler (18, 62).

Doğumhanede çalışan hemşire ve ebeler, doğum eylemine hazırlanmamış gebe kadın ve ona destek sağlayacak kişilere nonfarmakolojik yöntemleri öğreterek ve

uygulatarak gebenin doğum ağrısı ile baş etmesine ve doğum eyleminin süresinin de kısalmasına yardımcı olabilirler (38, 62).

Nonfarmakolojik yöntemler tıbbi kurallara gereksinim duymazlar. Yeterli düzeyde ağrı kontrolü sağlayan nonfarmakolojik yöntemler, farmakolojik yöntemlere oranla çeşitli avantajlara sahiptir. Nonfarmakolojik yöntemler, anne ve fetus açısından zararsızdır. Doğum eylemini yavaşlatmaz ve yan etki ya da allerji riskleri yoktur. Ancak, nonfarmakolojik yöntemlerin bazı sınırlılıkları vardır. Yapılan çalışmalarda, kadınların çoğunun bu yöntemleri tek başına kullandıklarında doğum ağrısıyla başa çıkmada başarılı olamadıkları görülmüştür. Bunun nedenleri;

- Ağrının algılanışı ve ifade edilişinde farklılıkların olması,
- İyi bir hazırlığa gereksinim duyulması,
- Yüksek motivasyon gerektirmesi,
- Doğum eyleminin zor ve güç geçmesi,
- Gebenin analjezi ve anesteziye ihtiyaç duyması (42).

Nonfarmakolojik yöntemler arasında yer alan müzikle gebenin gevşemesi ve dikkatini başka yöne çekme sağlanabilmektedir. İşitsel uyaranlarla ağrı doğrudan doğruya baskılanmaktadır. Bireyin aktif olarak katıldığı bir tekniktir. Müzik, kişiyi hoşla gitmeyen ağırlı uyaranlardan uzaklaştırıp, endorfin salınımını arttırarak ve gevşemeyi başlatarak yardımcı olur. Yapılan çalışmalar, müzik terapi yapılan kadınların doğum sırasında anksiyetelerinin, ağrı ve rahatsızlıklarının daha az olduğunu göstermektedir (7, 42, 43).

Müzik, beyin araştırmalarından elde edilen verilere göre biyolojik olarak da etkili olabileceğini kanıtlar. Serotonin, norepinefrin, dopamin, melatonin, kortizol, adrenalin, testosteron gibi psikiyatrik hastalıkların oluşumunda etkili hormonlarla;

kan basıncı, solunum ritmi, solunum kalitesi, nabız sayısı gibi fizyolojik olaylara olumlu etkilerinin olduğunu gösteren bilimsel araştırmaların sayısı artmaktadır (28).

Müziğin ağrı ve endişeyi azaltmasıyla ilgili çalışmalarda Voss ve ark. (2004) kontrol grubuna göre çalışma grubu hastalarda daha az ağrı hissi ve ağrı duyusu saptamışlardır (59). Davis ve ark. (2005) ise aromaterapi ile müziğin kaygıyı azalttığını saptamışlardır (15).

Lai ve Good (2006) tarafından uykusuzluk sorunu yaşayan yaşlı hastalarda müzik terapinin hastaların uyku kalitesine, uykuya dalma güçlüğüne ve uyku süresine olan etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada; hastalara üç hafta boyunca hergün hastaların uyku saatinde müzik terapi uygulanmıştır. Hastalara dinletilen müziğin özellikleri dakikada 60-80 ritim olan, söz içermeyen, klasik müzik olarak belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda, müzik terapinin yaşlı hastaların uykuya dalma süresini kısalttığı, uyku sürelerini uzattığı ve uyku kalitelerini arttırdığı saptanmıştır. (34)

Byers ve Smyth (1997) tarafından yapılan araştırmada; kardiyak cerrahi geçirmiş post-operatif birinci günde olan hastalara uygulanan müzik terapinin hastaların kan basıncı ve nabız hızı değerlerine etkisi araştırılmıştır. Hastalara 30 dakika müzik dinletilmiş ve müzik terapinin sonunda hastaların kan basıncı ve nabız hızı değerlerinin azaldığı saptanmıştır (10).

Geden ve ark. (1987) yaptıkları çalışmada 18-30 yaşları arasında 50 nullipar kadın incelenmiş, çalışma grubunda kontrol grubuna oranla kalp hızı, sistolik ve diastolik kan basıncı arasında anlamlı farklılıklar belirtilmiş, sonuçta müziğin doğumda gevşemeye yardımcı olabileceği, müzikle hayal kurma teknikleri birlikte kullanıldığında etkinliğinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. (20)

Good (2002) ameliyat sonrası ağrının müzikle ve gevşemeyle azaldığını belirtmiştir (22). Güngör'ün (1999) yaptığı çalışmada müzik terapi uygulanan hastalarda sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız, solunum sayısı değerlerinin terapi öncesi döneme göre terapi sonrası dönemde anlamlı olarak düştüğü görülmüştür (24). Kömürcü'nün (1999) yapmış olduğu araştırmada müzik dinleyen travaydaki kadınların kontraksiyonlarının daha sık gelmesine karşın diğer grupta daha seyrek olduğu anlaşılmıştır (32). Doğum ağrısını gidermek/azaltmak için önemli koşullar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu koşullar;

- İyi analjezi sağlamalı,
- Anne ve bebek için güvenilir olmalı,
- Etkileri devamlı ve tahmin edilebilir olmalı,
- Yönetimi kolay olmalı,
- Annenin kontrolü altında olmalı,
- Ayrıca, uterus kontraksiyonları ve annenin mobilizasyonuna engel olmamalıdır.

Ebe/hemşire ağırlı hastaya olan tutumunu değerlendirmeli, teropatik bir tutum oluşturmak için ağrı konusunda kendi duygu ve inançlarını tanımalıdır. Gebenin ağrıyı tanılamasını sağlamalı, ağrının şiddetini belirlemeli ve ağrı kontrolünde ne tür yöntemler kullanılacağına dair katılımı sağlamalı, ağrıdan söz etmeyen hastaların ağrısız olduğunu düşünmemelidir (31, 36, 42).

Doğumhanede çalışan hemşire ve ebelerin en önemli görevleri, doğum eyleminde gebenin fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısıyla başetmesine yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla yaşanmasını

ve sağlıklı anne bebekle sonuçlanmasını sağlamaktır. Özellikle doğum eyleminde gebenin desteklenmesinin doğum ağrısının daha az algılanmasında etkisi olduğu da bilinmektedir. Doğum hemşiresi ve ebesi doğum ağrısıyla başetmede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri, etkilerini sınırlılıklarını bilmeli ve bu yöntemlerin etkin bir şekilde uygulanmasında gebeye yardımcı olmalıdır (62).

1.5. SINIRLILIKLAR

Araştırma İstanbul ilinde bir devlet hastanesinde yapılmıştır. Bu hastane araştırmacının görev yaptığı hastanedir. Araştırmanın uygulanması; zaman, maliyet ve uygulamanın amacı açısından uygun olduğundan dolayı belirtilen hastanede yapılması uygun görülmüştür.

- Araştırmacının gündüz çalışıyor olması verilerin akşam saatleri ve hafta sonları (nöbetler dışında) toplanmasını mümkün kılmıştır. Bu durum verilerin toplama sürecini uzatmıştır.
- Doğum eylemi başlamış gebelerin daha önceden yapılmış ve belirlenmiş makrozomik bebek ve düşük doğum ağırlıklı bebek tanıları olmamasına karşın, doğumun sonunda 4000 gr'ın üstünde veya 2500 gr'ın altında olabilmektedir. Bu tür gebeler araştırma dışı bırakılmıştır (8 gebe).
- Araştırmaya katılan gebelerin bazıları travayın ilerleyen aşamalarında gelişen komplikasyonlar nedeniyle sezeryan doğumu yapmışlar ve araştırma dışı bırakılmıştır (6 gebe).
- Araştırmaya kabul edilmesine rağmen travayın ilerleyen saatlerinde başka hastanede doğum yapmayı isteyen gebeler araştırmadan çıkarılmıştır (3 gebe).

1.6. TANIMLAR

Makam: Müzik duraklarında, bir güçlünün çevresinde, bunlara baēlı olarak toplanmış seslerin genel durumu.

Müzik: Sesin biçim ve devinim kazanmış hali.

Müzik terapi: Müzik terapi, mziēin emosyonel, fiziksel, fonksiyonel ve eēitimsel olarak çeşitli durumlarda kullanılmasıdır.

Taksim: Bir saz sanatçısı tarafından önceden bestelenmeksizin o anda yapılan melodi dizelerinin tümüne verilen isimdir.

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1 AĞRI

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'na (International Association for the Study of Pain=IASP) göre ağrı; “var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel deneyim ve bir korunma mekanizması” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre ağrı, bir duyum ve hoş gitmeyen yapıda olduğundan her zaman öznel; süresi, şiddeti ve ağrı etkisi büyük ölçüde hastadan hastaya ya da süreyle alakalı olarak değişebilir. Bu nedenle ağrı deneyimini değerlendirirken hem fiziksel hem de fiziksel olmayan bileşenlerini birlikte göz önünde tutmak gerekir (4, 6, 44).

Ağrı aslında subjektif bir kavram olup, kişiden kişiye büyük farklılıklar göstermektedir. Çünkü cinsiyet, din, dil, ırk, sosyokültürel çevre gibi birçok faktör ağrı eşiğini, dolayısıyla da ağrılı uyarana tepkiyi belirlemektedir (4, 6, 44).

Ağrı, çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkabilen subjektif bir deneyimdir ve her zaman kişiye öznel (23). Bu nedenle kişiden kişiye büyük farklılıklar taşır (44). Aynı şiddetteki ağrılı bir uyarın, kişiden kişiye değişen şiddette ağrı oluşturduğu gibi, aynı kişide bile değişik şartlarda değişik şiddette ağrı oluşturabilmektedir.

Ağrı çok boyutlu bir kavramdır; nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel bir durumdur. Kişi bu deneyimi, yaşamı boyunca karşı karşıya kaldığı ağrılı uyarınlarla kazanır (2).

1.7.1.1. Doğum Ağrısı

Doğum ağrısı kompleks, subjektif, doğuma katılanların uyarılan duyularına karşı çok boyutlu verilen cevaptır. Doğum ağrısı insan varoluşunun en doğal fenomenidir. Akut ve kronik ağrı deneyimleri birbirinden farklıdır. Doğum ağrısı ile ilgili yapılan çalışmalarda, doğum ağrısının doğasını; birçok kadının ağrılı, birçok hekimin ise şaşırtıcı şekilde daha az anladıkları belirlenmiştir (33).

Doğum ağrısı bireysel, fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bileşenleri çevreler. Bu kültürü yalnızca inançlar, ailenin ve toplumun standartları oluşturmaz aynı zamanda sağlık bakım sistemi ve sistemin uygulanmasını da içerir. Çocuğun doğumu, yaşamın en pozitif olaylarından biri olduğu için buradaki ağrısının doğası, hastalık, rahatsızlık, travma, cerrahi ve tıbbi işlemler sonucu oluşan ağrıdan farklıdır (33).

1.7.2. Normal Vajinal Doğum

Doğum eylemi; son menstrüal periyoddan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Normal bir doğum eylemi, uterusun daha fazla büyüemediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir (55).

Miadında bir gebede, doğum devresine gelmiş canlı fetusun, doğal güçlerin etkisi ile baş geliş, oksiput anterior pozisyonda vajinal kanaldan çıkmasıdır. Vajinal doğum mekanizması %95-96 gebede fizyolojik sınırlarda seyretmektedir. Fizyolojik sınırlar (500cc) dışında kanama olmamaktadır (50). Gerçek doğum eylemi regüler uterin kasılmalarla karakterizedir. Bu ağrılar gittikçe sıklaşır, güçlenir, zaman geçtikçe süresi uzar ve bunlara serviksin dilatasyon ve efasmanı eklenir (55). Gerçek doğum eyleminin başlangıcından günler, haftalar öncesinde serviks yumuşamaya ve açılmaya başlar. Birçok vakada doğum eylemi başlangıcında serviks 1-3 cm arasında

dilate olmuştur. Bu multipar gebelerde daha belirgindir. Nullipar kadınlarda ise göreceli olarak serviks daha sıkı ve kapalıdır. Doğum eyleminin başlangıcından hemen önce az kırmızı renkli bir mukus parçası atılabilir (nişan). Bu kanla karışmış mukus (servikal) tıkaç parçasıdır ve servikal dilatasyon ve silinmenin, prezente olan kısmın göstergesidir. Vajinal doğum eylemi, uterusun daha fazla büyüyemediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir.

Sonuç olarak vajinal bir doğum eyleminin;

- Termde
- Kendiliğinden başlaması
- Tek ve canlı bir fetusun varlığı ile
- Verteks pozisyonunda
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan
- Sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (13, 17, 29, 50, 55).

1.7.2.1. Normal Doğum Eyleminde Ebelik Yaklaşımları

İlk Değerlendirme

Fizik muayene, anamnez, obstetrik anamnez, prenatal dönemde yapılan maternal ve fetal değerlendirme ve testlerin sonuçlarının gözden geçirilmesi ve gerekli görülürse yeni laboratuvar testlerinin yapılmasını içerir. Kontraksiyonların başlama zamanının belirlenmesi, fetal zarların durumu, vajinal kanamanın varlığı veya yokluğu, fetal aktivite, en son ne zaman yemek yediği veya su içtiği ve ilaç kullanıp kullanmadığının bilinmesi özel önem taşımaktadır. İlk başvuruda yapılan fiziksel muayenede, annenin yaşamsal bulguları, fetüsün prezantasyon durumu, kalp hızı, uterin kontraksiyonların sayısı, süresi, şiddeti değerlendirilmelidir (26). Pelvik

muayeneye engel teşkil eden durum yoksa servikal açıklığın miktarı, efasmanı, eğer membranlar yırtılmış ise mekonyumlu olup olmadığı ve önde gelen fetal kısmın neresi olduğu dikkatlice değerlendirilmelidir.

Doğumdaki ilk değerlendirmede; hastanın prenatal bilgisi, detaylı hikâye, fiziksel muayene ve laboratuvar testleri incelenmelidir. Fiziksel muayenede gebenin ve fetusun genel durumu uygun yöntemlerle değerlendirilmeli ve risk tablosu oluşturulmalıdır. Bu değerlendirme doğum eylemi boyunca sürdürülmelidir (45).

Gebenin Doğumhaneye Kabulü

Doğum sancıları ile hastaneye gelen annelerin çoğu doğumun birinci evresindedir. Kontraksiyonlar 5-10 dakikada bir gelir ve bazen amniyotik membranlar açılmış olabilir. Nişane bu devrede görülür. Bu devrede fazla rahatsızlık hissetmeyen anneyi doğuma hazırlamak ebenin görevidir. Annenin en iyi şekilde fiziksel ve emosyonel hazırlığı ve eylemin tüm safhalarında anne ve bebeğinin sağlığının değerlendirilmesi ile eylem, anne ve fetus için rahat, güvenli ve sağlıklı hale gelecektir (12, 45, 55).

- Annenin değerlendirilmesi; annenin yaşı, doğum öncesi izlem sayısı, kan grubu, Rh uyumsuzluğu, gebelik öncesi ve şimdiki kilosu, alerji durumu, gebelik öncesi ve gebeliğindeki sağlık durumu, gebelik öyküsü gibi konularda anneden bilgi alınır.
- Annenin fiziksel değerlendirmesi; annenin yaşamsal bulguları, eylemin durumu, fetusun durumu, laboratuvar bulguları, pelvisin değerlendirilmesi yapılır.
- Gebeye ağrıların ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü, nişane ve amniyon mayisinin gelip gelmediği sorulur.

- Abdominal ve vajinal muayene yapılır. Abdominal muayenede Leopold manevraları uygulanarak; fetüsün pozisyonu, situs ve habitusu incelenir. Çocuk kalp sesleri (ÇKS) dinlenir, ağrı kontrolü yapılarak kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddeti belirlenir. Vajinal muayenede ise; servikal dilatasyon ve efasman, fetüsün prezante olan kısmının doğum kanalındaki durumu ve hangi düzlemde olduğu, amniyon kesesinin açılıp açılmadığı kontrol edilir.
- Vulvanın temizliği yapılır. Amnios kesesi rüptüre olmamışsa boşaltıcı lavman yapılır.
- Hastane koşullarına göre anneye uygun kıyafet giydirilir.
- Anneye doğum ünitesi ve bölümleri ve hizmet verecek personel tanıtılıp yatağına alınır (12, 45, 55).

Dilatasyon Evresinde Ebelik Bakımı

- Travay boyunca annenin fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimleri sağlanır.
- Ağrıyı hafifletmek, anksiyeteyi azaltmak ve doğumu kolaylaştırmak için solunum, gevşeme ve ıkınma egzersizleri öğretilir.
- Periyodik yapılan vajinal muayenelere yönelik anneye bilgi verilir.

Ekspulsiyon Evresinde Ebelik Bakımı

Dilatasyonun tamamlanması ile ekspulsiyon devresi başlamıştır (12, 49).

- Anne doğum odasına götürülerek masaya alınır ve uygun pozisyon verilir.
- Doğum masası, yenidoğan için uygun ortam ve malzemeler hazırlanır.
- Tekniğe uygun olarak anne ıkındırılır, yenidoğanın ilk işlemleri yapılır (12,49).

Halas Evresinde Ebelik Bakımı

Plasental evre olarak da adlandırılan halas evresi, bebeğin doğmasından sonra başlar ve plasentanın doğumu ile sona erer. Bu evrede;

- Plasentanın ayrılma belirtileri gözlenir, anne ıkındırılarak ve krede manevrası ile plaseenta çıkarılır.
- Kanamayı önlemek ve uterus kontraksiyonlarını sağlamak için doktor istemi ile methergin ve oksitosin ampul IM yolla yapılır.
- Doğum kanalında yırtık olup olmadığı kontrol edilir. Eğer epizyotomi açılmışsa tamiri yapılır. Epizyotominin dikişleri tamamlandıktan sonra perine steril bir ped ile kapatılır (12, 49).

Kanama Evresinde Ebelik Bakımı

Bu dönem plasentanın doğmasından başlayarak annenin fiziksel durumu stabil olana kadar devam eder. 1-2 saat süren bu dönem, birçok fiziksel değişiklik ve psikososyal sorumlulukların başladığı geçiş dönemidir. Anne yatağına alınır üşümesini önlemek için battaniye ile örtülür.

- Her 15 dakikada yaşamsal bulguları takip edilir.
- Fundus masajı yapılır, uterusun sertliği kontrol edilir ve anneye öğretilir.
- Vaginal kanama, perine ve epizyotomi gözlenir.
- Mesane distansiyonu değerlendirilir (12, 45, 49).,

1.7.3. Travay İndüksiyonu

Travay indüksiyonu, doğum eyleminin spontan olarak başlamasından önce, herhangi bir mekanik işlem ya da farmakolojik ajanla uterus kontraksiyonlarının uyarılması işlemidir.

Tüm travay indüksiyonları, anne ve fetus için en düşük düzeyden yaşamı tehdit edecek boyutta risk taşımaktadır. Bu riskler; sezaryenle doğum oranında artma, kanama, enfeksiyon, uterus rüptürü, neonatal distress, yenidoğanın geçici takipnesi ve iatrojenik prematüritedir. Her ne kadar çalışmalarda bu riskler düşük oranda saptansa da, indüksiyonun dikkatli uygulanmasının gerekliliği göz önünden kaçmamalıdır (40).

Taşıdığı risklere rağmen, bazı hekimler tarafından travay süresini kısaltmak amacıyla aktif travay yönetimi benimsenmektedir.

Aktif travay yönetimi;

- Gebeye rutin amniotomi uygulanması,
- Oksitosin tedavisi,
- Travayın ilerleyişinin sıkı sıkıya kontrolü ve en ufak yavaşlama ya da fetal sorunda girişim uygulama ve hemşirelik/ebelik bakımını içermektedir (8).

Dünyada en sık kullanılan indüksiyon ajanı, oksitosindir. Travayı indüklemek ve tedavi etmek amacıyla kullanıldığında, izotonik solüsyonlar içinde, IV olarak uygulanır. Bu sayede anne ya da bebekte herhangi bir yan etki oluştuğunda, tedaviye hızlı son verme kolaylığı sağlar. İntravenöz oksitosin uygulandığında, plazma konsantrasyonu ilk 20 dk boyunca artar. Daha sonra plasental oksitosinkinaz enziminin etkisi ile eşit oranda yıkılmaya başladığı için, konsantrasyonunda önemli bir değişiklik olmaz (47).

Oksitosin uygulamasının amacı, kontraksiyonların normal yoğunluk, süre ve sıklıkta uyarılması yoluyla, doğum sürecini etkilemektir (37).

Oksitosin indüksiyonuna genellikle dakikada 0,5-ml/unite başlanır ve her 30-40 dakikada bir 1-2 ml/unite artırılır. Oksitosinin fizyolojik ve farmakolojik yapısına uygun olan düşük doz oksitosin protokolü, gebelerin %90'ında başarılı bir vajinal doğum sağlamıştır (48).

1.7.3.1. Anne Bebek Sağlığı için İndüksiyonun Uygulandığı Durumlar

İndüksiyon anne ve bebek sağlığı için şu durumlarda uygulanır:

- Preeklamsi, postmaturite, plasental yetmezlik, antepartum kanamalar gibi gebelik komplikasyonlarında,
- Diabetes mellitus, hipertansiyon, intrauterine ölümler, Rh uyuşmazlığı gibi tıbbi durumlarda,
- Termdeki gebeliklerde membranlar yırtıldığı halde kontraksiyonlar başlamamışsa,
- Hipotonik kontraksiyonların tedavisinde,

İndüksiyon uygulamasının sakıncalı olduğu durumlar ise şunlardır:

- Uterus kaslarının fazla gerildiği çoğul gebelik ve hidroamniyozda,
- Uterusta geçirilmiş operasyonlara ilişkin skar dokusunun mevcudiyetinde,
- 35 yaş üzerinde yaşlı multigravidalarda (uterusta rüptür tehlikesi olduğunda),
- Fetal distreste, distressi artıracığında,
- Baş pelvis uyuşmazlığında,

- Anormal prezantasyon ve pozisyonda vajinal doğum şansı olmadığından uygulanmamalıdır (55).

1.7.3.2. Oksitosin İndüksiyonu ve Tedavisinde Ebe/Hemşirelerin Roller

Ebe/hemşire, uygulama öncesi annenin yaşamsal bulgularını ve ÇKS'yi değerlendirmeli, annenin durumu stabil ise uygulamaya başlamalıdır. Ayrıca tedavinin amacı, nedeni, tedavi sırasında ortaya çıkabilecek problemler ve gebenin dikkat etmesi gereken durumlar konusunda anne ve ailesi bilgilendirilmelidir (16).

Uygulama sırasında ise; uterin aktivite ve ÇKS, I. evrede her 15 dk'da bir, II. evrede ise 5 dk'da bir değerlendirilmelidir (48). Oksitosin uygulaması sırasında meydana gelebilecek sıvı intoksikasyonu, uterus rüptürü ve ablasyo plasenta gibi problemlerin en erken habercisi kadının hayati bulgularında ve ÇKS'de bozulma ve idrar çıkışında azalmadır. Bu nedenle annenin yaşamsal bulgularının ve aldığı çıkardığı sıvı takibinin yarım saatte bir yapılması gerekir (16).

Hemşire/ebe uygulama sırasında doz artışını, klinik kriterleri dikkatli bir şekilde izleyerek yapmalıdır. Örneğin orta ya da zayıf şiddette kontraksiyon varlığına rağmen, efasman saatte en az 1 cm ilerliyorsa doz artışına gerek yoktur. Travayın ilerleyişi ve fetomaternal cevap doz artışı için önemli kriterlerdir. Şüpheli fetal kalp atımı olduğunda ya da kontraksiyon şiddeti ve gücü aşırı hale geldiğinde, doz azaltılmalı ya da gebenin durumuna göre uygulamaya son verilmelidir (37, 39).

1.7.4. Doğum Ağrısının Kontrolünde Farmakolojik Yöntemler

- Parenteral İlaç Uygulamaları
- İnhalasyon Analjezisi
- Regional Anestezi
- Epidural Anestezi
- Kombine Spinal- Epidural Anestezi
- Hasta Kontrollü Analjezi

1.7.5. Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler

Teknik	Örnekler
Ağrılı uyarıyı gidermek için derisel teknikler	Masaj Dokunma Sırt okşama Ters basınç Hareket ve pozisyon verme Sıcak veya soğuk uygulamalar Hidroterapi Efloraj
Ağrılı uyarıyı gidermek için periferik, duyuşsal alıcıları harekete geçiren teknikler	Odak noktası Solunum teknikleri Dikkat odaklama Hipnoz Müzik
Bir hissin ağrılı olarak yorumlanması derecesini kontrol eden bilişsel süreçler	Doğum öncesi eğitimi Rahatlama Doğum ağrısı dönem desteğı Hayal kurma

1.7.5.1. MÜZİK

Müzik, Yunanca asıllı bir kelimedir ve dünyanın her yerinde aynı anlamı taşır. “Musica”, eski Yunancada ‘mousike’ veya ‘mousai’ kelimelerinden köken almıştır. Birçok araştırmacı bu kelimenin ‘muse-melek’ anlamına geldiğini savunur. Mitolojiye göre Zeus’un kızları sayılan dokuz peri kızına ‘Mousa’ (Müz) adı verilmiştir. Eski Yunanlar bu peri kızlarının tüm dünyanın güzelliklerini ve ahengini düzenlemekle görevli olduklarına inanırlardı. Bu nedenle, günümüzde hemen hemen her dilde yer alan ‘müzik’ ya da ‘musiki’ kelimesinin bu ‘müz” kökünden geldiği kabul edilmektedir (14).

Tarih boyunca müzik, insanların dinlenmeleri, farklı duygular yaşayabilmeleri, eğlenmeleri ve hüzünlenmelerinin yanında, onları huzura kavuşturarak tedavi edilmeleri amacıyla da kullanılmıştır. Müziğin insan ruhu ve psikolojisi üzerindeki etkilerinden yararlanılarak bir tedavi aracı olarak kullanılmasının tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. Başlangıçta, toplumun ileri gelenlerini, büyücüleri ve hekimlerin yönlendirilmesi ile gerçekleşen müzikle tedavi yöntemi, Selçuklu ve Osmanlılarda yavaş yavaş kişisel uygulama dışına çıkarak darüşşifa dediğimiz tedavi merkezlerine girerek kurumsal biçim almıştır (51).

Müziğin insanlık tarihindeki kültür öğelerinin başında geldiği düşünülürse, müzik terapi aslında kültürel bir etkileşim aracı olarak insanların ruhuna ve kişiliğine hitap ederek farklı ve önemli bir vizyonu da üstlenmektedir. Kültür tarihinin bu önemli unsuru insanlara keyif verme aracı olduğu kadar, onların sıkıntılarını çözmede de önemli bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle müzikle tedavinin kültür tarihi içindeki yeri de çok önemlidir (51).

Müzik, ruh hallerini ve duyguları rahatlatıcı ve canlandırıcı özelliğindedir. Gerçek ruh halini yükseltip doruk noktasına getirebilir ya da onu silip giderebilir. Müziğin bu özellikleri birer terapi faktörü sayılmaktadır (3).

Her tür müziğin insan davranışlarında değişiklik yaratması, psikolojik etkilenmenin bir yoludur. Son yıllarda yapılan bilimsel çalışmalar; ses, ritim, melodi, vurgu ve armoninin beynin sağ yarım küresinde; frekans ve ses şiddetindeki değişmelerle birlikte müzik ile ilgili düşünce ve kalıpların ise beynin sol yarım küresinde kaydedildiğini ortaya koymuştur. Diğer taraftan; korku, öfke, keyif gibi etkiler duygusal bellek ve düzenleyici olan limbik sisteme işlenir. Müzikle çok ilgili kişilerin beyinlerinin orta kısmında köprü görevini gören ‘corpus callosum’ bölgesinin fazla genişlemiş olduğu bilimsel verilerle ortaya konmuştur (3).

Ülkemiz müzikle tedavi kültürünün en etkin şekilde kullanıldığı coğrafyalardan biridir. Müzikle tedavi konusunda başta ABD, Finlandiya ve Danimarka olmak üzere Batı toplumlarında son elli yıl içinde çok geniş kapsamlı araştırmalar ve kitaplar yayınlanırken, zengin bir müzik terapi kültürüne sahip toplumumuzda maalesef yeterli bilgi ve belgeye ulaşmak son derece zordur (51).

1.7.5.2. Müzikle Tedavinin Tarihçesi

‘Musik’ kelimesi ilk defa İ.Ö. 476 ‘da Pindar’ın Odes’inde lirik güftede adı geçmiştir. Nasıl uygulandığı tam anlamı ile bilinmese de Orta Çağdan daha eski zamanlarda bile müziğin iyileştirici ve sakinleştirici niteliklerinin kullanıldığı bilinmektedir. Bu bilgiyi açık bir şekilde İncil kaynaklı bazı yazılarda, eski medeniyetlere ait tarihi yazıtlarda görebiliyoruz. Örneğin Mısır, Çin, Hindistan, Yunan, Roma medeniyetlerinin tarihi yazıtlarında bu bilgiler mevcuttur (1).

Eski çağlarda hastalıkların iyileştirilebilmesi için çeşitli tedavi yollarını denemiş olan insanoğlu, bilgilerinin ve inançlarının ışığında, müziğin de hastalıkların tedavisinde etkili olabileceğini düşünmüş ve kullanmıştır. Çünkü insanlar müziğin rahatlatıcı, yaşama renk katan ve insanın ruh sağlığında tartışılmış bir işlevi olduğuna inanmışlardır (3).

Orta Asya Türkleri'nde ise pentatonik (beşseslilik) bir karakter arz eden müzik, kopuz veya saz kullanılarak tedavi etme, güç verme, sakinleştirme, birlik-beraberlik duygularını arttırma, orduyu sevk etme ve düşmana karşı cesaretlendirme gibi amaçlara hizmet etmiştir. İslam dünyasında müzik genel anlamda Emeviler döneminde içtimai hayata girmiş, bir meslek statüsünde değerlendirilmiş, müzisyenler toplumda takdire mazhar olmuş ve saygı görmüşlerdir. Abbasiler döneminde ise müzik, icra anlamında aynı konumunu muhafaza ederken; bu dönemde kurulan “Beytü'l-Hikmelerin” öncülüğünde gerçekleşen tercüme faaliyetleri neticesinde İslam dünyası, müzik nazariyatı ile ilgili ilmi eserlerle tanışmaya başlamışlardır (56).

İslam Medeniyeti tarihinde özellikle tasavvuf ekolü mensupları (sufiler) müzikle uğraşmış, müziği kullanmış ve savunmuşlardır. Sufiler, akli ve asabi hastalıkların müzik ile tedavi edildiğinden bahsetmişlerdir. Bu dönemde yaşamış büyük Türk-İslam âlimleri ve hekimleri Zekeriya Er Razi (854–932), Fârâbi (870–950) ve İbni-i Sina (980–1037) müzikle tedavinin bilhassa müziğin psikik hastalıkların tedavisinde nasıl kullanılacağına ilişkin ilmî esaslarını kurmuşlardır. Fârâbi , “Musiki-ul-Kebir” adlı eserinde müziğin fizik ve astronomi ile olan ilişkisini açıklamaya çalışmıştır (14).

Makamların ruha olan etkileri Fârâbi 'ye göre şöyle sınıflandırılmıştır:

1. Rast makamı: insana sefâ (neşe-huzur) verir.
2. Rehavi makamı: insana beka (sonsuzluk fikri) verir.
3. Kuçek makamı: insana hüzün ve elem verir.
4. Büzürk makamı: insana havf (korku) verir.
5. Isfahan makamı: insana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.
6. Neva makamı: insana lezzet ve ferahlık verir.
7. Uşşak makamı: insana gülme hissi verir.
8. Zîrgüle makamı: insana uyku verir.
9. Saba makamı: insana cesaret, kuvvet verir.
10. Buselik makamı: insana kuvvet verir.
11. Hüseyini makamı: insana sükûnet, rahatlık verir.
12. Hicaz makamı: insana tevazu (alçakgönüllülük) verir (1).

Fârâbi Türk müziği makamlarının zamana göre psikolojik etkilerini de şu şekilde göstermiştir:

1. Rehavi makamı: Yalancı sabah vaktinde etkili
2. Hüseyini makamı: Sabahleyin etkili
3. Rast makamı: Güneş iki mızrak boyu iken etkili
4. Buselik makamı: Kuşluk vaktinde etkili
5. Zîrgüle makamı: Öğleye doğru etkili
6. Uşşak makamı: Öğle vakti etkili
7. Hicaz makamı: ikindi vakti etkili
8. Irak makamı: Akşamüstü etkili
9. Isfahan makamı: Gün batarken etkili
10. Neva makamı: Akşam vakti etkili

11. Büzürk makamı: Yatsıdan sonra etkili

12. Zirefkend makamı: Uyku zamanı etkilidir (3).

Buna ek olarak Dr. Willer Van de Wall, Amerika’da müzikle tedavide ilk adımı atanlardandır. 1920 yılında Pennsylvania ve New York eyaletlerinin hastane ve hapishanelerinde, müziğin insan ruhu üzerindeki etkilerini araştırmıştır. Tüm bu çabalara rağmen Altshuler, 1947’de Michigan Devlet Hastahanesinde müziği bir tedavi programına ancak sokabilmiştir. Altshuler’i 1948’de Ainlay, 1950’de Mann, 1955’de Blair, 1956’da Gilliland ve 1957’de Shervin izlemiştir (25).

1.7.5.3. Müziğin Doğumda Kullanımı

Kadınlar ilk gebeliklerinde, bilinmeyen doğum süreciyle karşılaştıklarında sık sık anksiyete hissederler. Doğum ağrısı zor, subjektif ve aynı zamanda rahatsız edicidir. Özellikle primipar gebeler doğum eylemini artan ağrı ve anksiyete ile deneyimlerler. Bu nedenle, ebeler ağrı ve anksiyeteyi azaltmayı amaçlamaktadırlar. Ebelerin doğum ağrısını azaltmasında müzik aktif bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Yüzyıllardır müziğin beden zihin üzerindeki terapotik etkileri bilinmektedir. Müzikle tedavi, ebelik uygulamalarında gebelere yardımcı olmak için ek bir araç olarak kullanılmıştır. Özellikle ağrı yönetiminde son 20 yıldır popüler hale gelmiştir. (11)

Kapı kontrol teorisine göre müzik; talamusa giden sinyallerin transferini azaltarak ağrıya odaklanmayı azaltır ve bu mekanizma hasta kontrolünü arttırmak için kullanılır. Müzik işitsel uyarılar tarafından iletilir. Müzik beynin sağ tarafından algılanır. Hipofiz bezini uyarak endorfin salınımını gerçekleştirir ve ağrının daha hafif şiddette hissedilmesine yol açar. Ayrıca müzik ağrının duyuşsal etkilerini (

iyilik hali, gevşemeyi sağlama ve anksiyeteyi azaltma) ve bilişsel etkilerini (artmış kontrol, dikkatin dağılması) değiştirerek ağrı algısını hafifletebilir. (46)

Ikonomidov ve Rehnström (2004) tarafından laparoskopik jinekolojik cerrahi geçirecek kadın hastalara gevşetici müziğin kadınların cerrahi sonrası ağrı, anksiyete ve yaşamsal bulgularına olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; kadınlara cerrahi girişimden önce kulaklıklılı kasetçalar ile 30 dakika müzik dinlettirilmiştir. Çalışmanın sonucunda; gevşetici müziğin müzik terapi uygulanan kadın hastaların cerrahi girişim sonrası anksiyete, ağrı, kan basıncı, solunum hızı değerlerinde müzik terapi uygulanmayan kadın hastalara göre azalma olduğu saptanmıştır (27).

Anksiyeteyi azaltmak için en uygun müzik karakteristik 60-80 atım/dk. (insanın sahip olduğu kalp atımına benzer) yavaş bir tempoda, yavaş volüm ve ritmik, basit, kararlı melodilere sahip olmalıdır. Müzik terapi süresi yöntem kısmında farklılık gösterebilir. Pek çok çalışmada 20-40 dakika arasında olması ortaktır. Doğum boyunca kadınlar ağrı ve anksiyeteleri ile karşı karşıya kalır ve bu durum sempatik sinir sisteminin tepkisine yol açar. Böyle bir tepki artmış kalp hızı, kan basıncı ve periferel dolaşımın zayıflamasına yol açabilmektedir. Yatıştırıcı müzik katekolamin seviyesini azaltabilir. Böylece kalp hızı ve kan basıncını düşürebilir. Yatıştırıcı müzik anksiyeteyi azaltabilir, ağrıyı hafifletebilir, ağrı eşiğini artırabilir. Müziğin kolonoskopi, vasküler anjiyografi esnasında ve cerrahi hastalarının ağrı ve anksiyetesini azalttığı bildirilmiştir. Prematüre yeni doğanlarda saturasyon düşmesi sıklığını azaltır. Gebe kadınlar için müzik stres, anksiyete ve depresyonu azaltmak için kullanılabilir. (35).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Tipi:

Araştırma, indüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda canlı olarak dinletilen ney sesinin doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla planlanmış olup, deneysel bir araştırma özelliğindedir.

2.2. Veri Toplamada Kullanılan Araçlar:

Araştırma süresi içinde araştırma verilerini toplamada kullanılan veri toplama gereçleri:

2.2.1. Sosyodemografik Anket Formu (Ek I)

Bu form; gebenin tanımlayıcı özelliklerini, obstetrik öyküsünü, doğuma ilişkin bilgi düşünce ve beklentilerini içeren 22 sorudan oluşmaktadır.

Tanımlayıcı özellikler (yaş, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, aylık gelir, aile yapısı) Obstetrik öyküsü (ilk gebelik yaşı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, gebeliği isteme durumu, ağrı ile başatma yöntem bilgisi, indüksiyon bilgisi, bebeğin cinsiyetini bilme durumu)

2.2.2. Gebenin Müzikle Olan İlişki Formu (Ek II)

Bu form gebenin müzikten hoşlanma durumu, tercih ettiği müzik türü, müzik eğitimi alma durumu, müzik aleti çalabilme bilgisi, eşinin müzik aleti çalabilme bilgisi, dinletilen enstrüman hakkındaki bilgisi, dinletilen müziğin doğumunu etkileyeceği inancına dair 10 sorudan oluşmaktadır.

2.2.3. Gebenin İzlem Formu (Ek III)

Bu formda çalışma ve kontrol grubu gebelerin aktif fazda, kontraksiyon sıklığı (dakika), kontraksiyon süresi, kontraksiyon şiddeti (Togo'da) , dilatasyon ve efasmanın ilerleyişi, amnion sıvısına ilişkin bulgular, fetüsün prezantasyonu, fetal kalp atım sayısı, gebenin nabız, tansiyon bilgileri incelenmiştir.

2.2.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ = Visual Analogue Scale =VAS) (Ek IV)

Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm. (100 mm.)'lik bir cetvel üzerinde birey kendi ağrısını işaretlemektedir. İşaretlenen bu çizgi gebenin ağrı düzeyini belirlemede kullanılmıştır (4, 5). GKÖ tüm gebelere dört kez uygulanmıştır.

GKÖ'de standardizasyonu sağlamak amacıyla yapılan çalışmalarda GKÖ'nin dikey kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirtilmiştir. Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlere göre duyarlılığın yüksek olduğu bildirilmiştir. GKÖ'nin kullanımı hastaya çok iyi anlatılmalıdır. Bu bağlamda; hastaya iki uç nokta arasında ağrının şiddetine uyan herhangi bir yeri işaretlemekte özgür olduğu söylenir. “Ağrı yok” başlangıcı ile hastanın işaretlediği bu nokta arası ölçülerek santimetre veya milimetre olarak kayda alınır (4, 5,42). GKÖ'nin gebelere uygulanması sırasında; ölçeğin 10 basamaklı bir merdivene benzetilmesi, merdivenin en alt basamağının “hiç ağrı olmadığı”, en üst (10. basamağın ise) “dayanılmayacak

kadar çok ağrı” anlamına geldiği ifade edilmiştir. Buna göre ağrılarının hangi basamakta olduğunu işaretlemeleri istenmiştir (42).

GKÖ’nin diğer ağrı ölçüm araçlarına göre dezavantajı, sayısal değerler olmadığı için, hasta işaretlemeyi rastgele yapabilmekte, bu da değerlendirmede yanılırlara neden olabilmektedir. Yanılırları önlemek için ağrı değerlendirmesini düzenli aralıklarla yapmanın uygun olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle bir gebede dört kez ağrı değerlendirmesi yapılmıştır. GKÖ’nin kayıtlarının aynı ölçek üzerinde yapılması durumunda, hastanın önceki ağrı şiddeti değerini görmesi, sonraki ağrı şiddetini değerlendirmesinde yanılmalara neden olabilmektedir. Bu nedenle araştırmada her ağrı değerlendirmesi için ayrı bir form kullanılmıştır (4, 5,42).

2.2.5. Doğum Sonrası Uygulama Değerlendirme Formu (EK V)

Bu form (doğum ağrısı, doğumda hissedilen ağrının tanımı, dinletilen müziğin ağrılar üzerine etkisi, dinletilen müziği bir sonraki doğumda dinleme isteği, yakınlarına bu uygulamayı tavsiye etme durumu, başka tür müzik tercihi, doğumda da müzik dinleme isteği) olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Doğumdan 2 saat sonra çalışma ve kontrol grubundaki gebelere uygulanmıştır.

2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde bir devlet hastanesi doğum salonu’nda 25.07.2011-25.03.2012 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın yapıldığı devlet hastanesi 1992 yılında Tacirler Eğitim Vakfı tarafından Sultanbeyli ilçesi merkezinde 2788m² arazi üzerinde 1050m² ve bodrum dahil 4 katlı olarak inşa edilmiştir. 07.07.1992 tarihinde Sağlık bakanlığına hibe edilerek tüzel kişilik kazanmıştır. 1992 yılı Ekim ayında Kartal Devlet Hastanesi’ne bağlı semt polikliniği statüsünden ayrılmıştır. Bu bina şu anda poliklinik binası olarak hizmet vermektedir. 2000 yılı sonu itibarı ile bu binanın üst katında hizmet

vermekte olan Sultanbeyli sağlık grup başkanlığı ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezi kendi binalarına taşınınca hastanenin idari birimleri bu kısma taşınmış ve hizmetlerin daha düzenli yürütölmesi ve yatak sayısı arttırma çalışmalarına hız verilmiştir. 2004 yılında ara binanın inşası ile yatak kapasitesi 150 olmuştur.

Hastanenin Doğum Salonu'nda çalışan hekim sayısı:5, ebe sayısı:7 dir. Postpartum Servisi ve Doğum Salonu ayrı olmayıp, bir arada hizmet vermektedir. Doğum Salonu'nda travay olarak kullanılan bölümde 2 yatak mevcuttur. Doğum Salonu'nda, yenidoğan için radyan ısıtıcı, oksijen kaynağı, aspirasyon ünitesi, doğum masası ve doğum eyleminde kullanılabilecek ilaç ve malzemelerin bulunduğu dolap bulunmaktadır. Doğum yapan anne ve yenidoğanlar bakımları yapıldıktan sonra yine aynı birimdeki postpartum odalarına alınmaktadır. Gebelerin doğumlarını ebeler yaptırmakta ve riskli bir durumla karşılaşıldığında uzman hekim doğuma müdahale etmektedir.

Çalışmanın yapıldığı devlet hastanesinde araştırmanın başladığı 2010 yılında 738 doğum gerçekleşmiş, bunun 526'sı normal vajinal doğum, 71 doğum ise müdahaleli (vakum, forseps vb.) , 141 sezeryan operasyonu ile gerçekleştirilmiştir. 2011 yılında ise; 1126 doğum yapılmış olup, bunun 798 'i normal vajinal doğum, 105 doğum müdahaleli 223 sezeryan operasyonu ile gerçekleştirilmiştir.

2.4. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, çalışmanın yapıldığı hastaneye doğum için başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm gebeler oluşturmuştur (2011yılı için 1126 gebe).

2.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemi, araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmanın yapıldığı devlet hastanesine doğum yapmak üzere başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu imzalayan 40'ı çalışma, 40'ı kontrol olmak üzere 80 gebe oluşturmuştur. Araştırma süresince; çalışma ve kontrol gruplarının birbirlerinden etkilenmemeleri için; önce kontrol grubu verileri toplanmaya başlanmış sayı 40'a ulaştığında; çalışma grubu verileri toplanmasına geçilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 20-35 yaş aralığında
- Miadında (37 - 41. Haftalar arasında)
- Primipar olan
- İndüksiyon uygulanan
- Tek fetüs olanlar
- Kontraksiyon anomalisi olmayanlar (Hipotonik veya hipertonic kontraksiyonlar),
- Servikal dilatasyonu 4-8 cm. arasında (aktif fazda olanlar)
- Herhangi bir gebelik komplikasyonu olmayanlar (Plasenta previa, preeklampsi, erken membran rüptürü, oligohidroamniyos ve polihidroamniyos, prezentasyon bozukluğu, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin ölü fetüs, makrozomik bebekler, fetal distress v.b.)
- Herhangi bir sistemik ve nörolojik hastalığı olmayan,
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olan anne adayları araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştımaya dahil edilen ve uygulama yapılan gebelerde;

- Yenidoęanın aęırlıęı dūřuk veya iri fetūş olanlar
- Doğum sonu komplikasyon gelişenler
- Herhangi bir endikasyona bağlı sezaryen nedeniyle normal doğum eylemini geręekleřtirememiř gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir.

2.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişken: Araştırma kapsamındaki gebelerin ağrı puan ortalamaları (GKÖ) araştırmanın bağımlı değişkenidir.

Bağımsız Değişken: Araştırma kapsamındaki gebelerin yaş, öğrenim durumu, kontraksiyon özellikleri, indüksiyon başladığındaki dilatasyon ve efasmanları, travay, uygulama (izlem) araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Veri toplama araştırmacı tarafından İstanbul ilindeki bir devlet hastanesinde örnekleme alınmış kadınlarla karşılıklı görüşme yöntemi ile geręekleřtirilmiřtir. Ayrıca müzik seçiminde Değerli Türk Musikisi Bestekarı Sayın Prof. Dr. Alaaddin Yavaşça'nın önerisi alınarak, araştırmacının kendisi tarafından icra edilen Segah makamında Taksim (bir saz sanatçısı tarafından önceden bestelenmeksizin o anda yapılan melodi dizelerinin tümüne verilen isim) formunda ney müzikleri gebelere canlı olarak dinletilmiştir.

ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ADIMLARI

Çalışma Grubundaki Uygulama Adımları

Uygulama Başlangıcı	I.Uygulama		II.Uygulama		III.Uygulama		Uygulama 2 saat sonrası
Sosyo Demografik Anket Formu	20 dakika ney	10 dakika ara	20 dakika ney	10 dakika ara	20 dakika ney	10 dakika ara	
Gebenin Müzikle Olan İlişki Formu	External Fetal Monitorizasyon				External Fetal monitörizasyon		
Yaşamsal bulgular	Yaşamsal bulgular		Yaşamsal bulgular		Yaşamsal bulgular		
GKÖ I	GKÖ II		GKÖ III		GKÖ IV		
							Doğum Sonu Uygulama Değerlendirme Formu

- Her uygulamanın sonunda Yaşamsal Bulgular, GKÖ izlenmiştir.

Kontrol Grubundaki Uygulama Adımları

Uygulama Başlangıcı	I. Uygulama	II.Uygulama	III.Uygulama	Uygulama 2 saat sonrası
Sosyo demografik Anket Formu				
Gebenin Müzikle Olan İlişki Formu	External Fetal Monitorizasyon		External Fetal monitörizasyon	
Yaşamsal bulgular	Yaşamsal bulgular	Yaşamsal bulgular	Yaşamsal bulgular	
GKÖ I	GKÖ II	GKÖ III	GKÖ IV	
				Doğum Sonu Uygulama Değerlendirme Formu

- Her uygulamanın sonunda Yaşamsal Bulgular, GKÖ izlenmiştir.

2.8. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, Frekans, Oran) yanısıra niceliksel verilerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t Test (iki ortalama arasındaki farkın önem testi) kullanıldı. Takipteki parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi ve Paired Samples Test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

2.9. Süre ve Olanaklar

Araştırma konusu 19.01.2011 tarihinde Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

Araştırmanın ilgili devlet hastanesi'nde yapılabilmesi için;

- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden; İlgili Hastane Başhekimliği'ne onay için yazı yazılmış ve 25.07.2011 tarihinde de uygulamanın yapılabileceğine dair onay verilmiştir (EK VII).
- Çalışma konusu ve yöntem hakkında; önce Hastane Başhekimliği, başhemşireliği ve doğum salonu sorumlu ebesi ve diğer ebelere sözel olarak bilgi verilmiştir.
- Çalışmanın onayından sonra araştırmanın uygulanabilirliği açısından ön (12 gebe ile) uygulama yapılmıştır.
- Çalışmaya 25.07.2011 tarihinden itibaren başlanmıştır.

Araştırma verileri;

- ✓ Kontrol grubu verileri 25.07.2011
- ✓ Çalışma grubu verileri 21.11.2011

Tarihleri arasında toplanmıştır.

Veri toplama aşaması bittikten sonra veriler tekrar gözden geçirilmiştir.

2.10. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Araştırmaya katılan gebeler için Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK VI) hazırlanmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için gereken kurumlardan; Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı (Ek VII), T.E.V Sultanbeyli Devlet Hastanesi Etik Kurul Onayı (EK VIII), SB. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Onayı (Ek IX) yasal izin alınmıştır. Etik ilkeler doğrultusunda önce kontrol grubu verileri, daha sonra çalışma grubu verileri toplanmıştır.

Araştırmanın Zamanlanması

YAPILAN ÇALIŞMALAR	Temmuz 2010 Ekim 2010	Kasım 2010	Aralık 2010	Mart 2011 Temmuz 2011	Temmuz 2011 Kasım 2011	Aralık 2011 Mart 2012	Nisan 2012 Aralık 2012	Şubat 2013
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi								
Araştırma Deseninin Seçimi								
Araştırma Önerisi								
Düzeltilmelerin Yapılması								
Tez Uygulaması İçin İzinlerin Alınması								
Veri Toplama Aşaması								
Verilerin Analizi ve Hazırlanması								
Tez Yazımı								
Tez Sunumu								

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde; indüksiyon uygulanan primipar gebelere, travayda dinletilen ney sesinin doğum sürecine etkisini incelemek amacıyla; gebelerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri, gebelerin şimdiki gebelikleri ve doğumlarına ilişkin özellikleri, gebelerin algıladıkları ağrıların değerlendirilmelerine ilişkin özellikleri, gebelerin uygulamada uykuya dalma durumları incelenmesi sunulmuştur.

3.1.GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 1: Çalışma ve Kontrol Grubu Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	
20-24 yaş	32	80.0	31	77.5	63	78.7	$\chi^2=0.08$ $p=0.79$
25-29 yaş	8	20.0	9	22.5	17	21.3	
Ort±SD	22.53±2.19		22.98±2.97		22.75±2.60		
Eğitim Durumu							
Okur-yazar değil	3	7.5	4	10.0	7	8.7	$\chi^2=3.50$ $p=1.00$
İlköğretim	37	92.5	36	90.0	73	91.3	
Eş Yaş Grubu							
20-24	6	15.0	5	12.5	11	13.8	$\chi^2=3.32$ $P=0.21$
25-29	32	80.0	28	70.0	60	75.0	
30-34	2	5.0	7	17.5	9	11.3	
Ort±SD	26.75±1.86		27.25±2.61		27.0±2.27		
Eş Eğitim Durumu							
İlköğretim	24	60.0	27	67.5	51	63.8	$\chi^2=0.21$ $p=0.64$
Ortaöğretim	16	40.0	13	32.5	29	36.3	
Sosyal Güvence							
Var	36	90.0	30	75.0	66	82.5	$\chi^2=3.11$ $p=0.07$
Yok	4	10.0	10	25.0	14	17.5	
Aylık Gelir							
Gelir giderden az	27	67.5	23	57.5	50	62.5	$\chi^2=0.85$ $p=0.35$
Gelir gidere denk	13	32.5	17	42.5	30	37.5	
Aile Tipi							
Çekirdek	10	25.0	13	32.5	23	28.7	$\chi^2=0.54$ $p=0.45$
Geniş	30	75.0	27	67.5	57	71.3	
İlk Gebelik Yaşı Ort±SD	21.53±2.19		21.98±2.97		21.75±2.60		
Toplam	40	100	40	100	80	100	

Araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubu gebelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımları Tablo 1’de görülmektedir. Gebelerin yaşları incelendiğinde, çalışma grubunda yer alan gebelerin %80.0’i, kontrol grubundaki gebelerin %77.5’i 20-24 yaş grubunda yer almaktadır. Çalışma grubu gebelerin yaş ortalamaları 22.53 ± 2.19 (Min=21, Max=29), kontrol grubu gebelerin yaş ortalamalarının 22.98 ± 2.97 (Min=21, Max=34), olduğu belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($\chi^2=0.08$; $p>0.05$) (Tablo 1).

Çalışma grubu gebelerin %92.5’i, kontrol grubu gebelerin %90.0’nının ilköğretim düzeyinde eğitim gördükleri saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=3.50$; $p>0.05$) (Tablo 1).

Gebelerin çalışma durumları incelendiğinde, çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin hiçbirinin çalışmadıkları belirlenmiştir.

Gebelerin eşlerinin yaşları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin eşlerinin %80.0’i (Min=23, Max=31) , kontrol grubundaki gebelerin %70.0’i 25-29 (Min=22, Max=36), yaş grubunda yer almaktadır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin eşlerinin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=3.32$; $p>0.05$) (Tablo 1).

Gebelerin eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin eşlerinin %60.0’ı, kontrol grubundaki gebelerin %67.5’inin ilköğretim düzeyinde eğitim gördükleri saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin eşlerinin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.21$; $p>0.05$) (Tablo 1).

Çalışma grubu gebelerin %90.0’ı, kontrol grubu gebelerin %75.0’inin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin sosyal

güvenceye sahip olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=3,11$; $p>0.05$) (Tablo 1).

Çalışma ve kontrol grubu gebelerin gelir düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubu gebelerin %67.5'inin, kontrol grubu gebelerin %57.5'inin gelir durumlarının giderden az oldukları saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($\chi^2=0,85$; $p>0.05$) (Tablo 1).

Çalışma grubundaki gebelerin %75.0'i geniş aile tipinde; kontrol grubundaki gebelerin %67.5'i geniş aile tipindedir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerde görülen aile tipi oranları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=0,54$; $p>0.05$) (Tablo 1).

Çalışma grubundaki gebelerin evlenme yaşı ortalamasının 20.85 ± 1.19 , kontrol grubundaki gebelerin evlenme yaşı ortalamasının 21.23 ± 2.27 (Min=20, Max=32) olduğu belirlenmiştir.

Çalışma grubundaki gebelerin evlilik süresi ortalaması 1.70 ± 1.09 , kontrol grubu gebelerin evlilik süresi ortalamasının 1.75 ± 0.98 (Min =1, Max=5) olduğu belirlenmiştir.

Çalışma grubundaki gebelerin ilk gebelik yaşı ortalamalarının 21.53 ± 2.19 (Min=20, Max=28), kontrol grubu gebelerin ilk gebelik yaşı ortalamalarının 21.98 ± 2.97 (Min=20 Max=33) olduğu belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin ilk gebelik yaşı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($t=0.77$; $p>0.05$) (Tablo 1).

3.2. GEBELERİN ŞİMDİKİ GEBELİKLERİ VE DOĞUMLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Tablo 2: Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Gebelerin Şimdiki Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımları

Bebğin Cinsiyetini Bilme Durumu	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		
	S	%	S	%	
Evet	37	92.5	35	87.5	<i>*Fisher²=0,56</i> <i>p=0,71</i>
Hayır	3	7.5	5	12.5	
Bebeklerin Cinsiyeti					
Kız	21	52.5	18	45.0	<i>²=0,45</i> <i>p=0.50</i>
Erkek	19	47.5	22	55.0	
Bebeklerin İstenilen Cinsiyette Olma Durumu					
Evet	5	12.5	3	7.5	<i>*Fisher²=0,56</i> <i>p=0,71</i>
Farketmez	35	87.5	37	92.5	
Gebeliğini İsteme durumu					
Evet	38	95.0	37	92.5	<i>*Fisher²=2.50</i> <i>p=1.00</i>
Hayır	2	5.0	3	7.5	
İndüksiyon (Suni Sancı) Bilme Durumu					
Evet	7	17.5	5	12.5	<i>²=0,39</i> <i>p=0.53</i>
Hayır	33	82.5	35	87.5	
Doğum Korkusu					
Evet	40	100	40	100	—
Doğum Korkusu Sebebi					
Bilmediğim için	24	60.0	25	62,5	<i>²=1,53</i> <i>p=0.82</i>
Ağrı artacağı için	3	7,5	3	7,5	
Doğuramamak	5	12,5	2	5,0	
Bebğime zarar geleceğı için	4	10.0	5	12.5	
Çevremden duyduklarımdan dolayı	4	10.0	5	12.5	
Toplam	40	100	40	100	

Tablo 2’de araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubu gebelerin şimdiki gebelik özelliklerine göre dağılımları incelenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin düşük ve kürtaj yapma durumları incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin hiçbirinin düşük veya kürtaj yaptırmadığı belirlenmiştir.

Çalışma grubu gebelerin %92.5’i kontrol grubu gebelerin %87.5’i doğacak bebeğinin cinsiyetini bilmektedir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre bebeğin cinsiyetini bilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,56$; $p>0.05$) (Tablo 2).

Çalışma grubu gebelerin %52.5’i, kontrol grubu gebelerin %45.0’inin bebeklerinin cinsiyetini kız olduğunu bildikleri belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre bebeğin cinsiyetini bilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,45$; $p>0.05$) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan gebelere bebeklerinin cinsiyetinin istedikleri cinsiyette olup olmadığı sorulduğunda; çalışma grubunun %87.5’i, kontrol grubu gebelerin %92.5’inin doğacak bebeklerinin cinsiyetini isteme durumlarına farketmez olarak yanıt verdikleri belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre bebeklerin istenilen cinsiyette olma durumu oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,56$; $p>0.05$). (Tablo 2).

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin, gebeliklerini planlı olarak gerçekleştirme oranları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %95.0’inin, kontrol grubundaki gebelerin %92.5’inin gebeliklerini planlı olarak gerçekleştirdiği saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin gebeliklerinin planlı olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=2.50$; $p>0.05$) (Tablo 2).

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin indüksiyonu bilme durumları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %82.5’inin, kontrol grubundaki gebelerin %87.5’inin indüksiyonun ne olduğunu bilmedikleri saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubundaki

gebelerin indüksiyonu ne olduğunu bilme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,39$; $p>0.05$) (Tablo 2).

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin doğum korkusu sebebi sorulduğunda; çalışma grubundaki gebelerin %60.0'ı bilmediğim için %7.5'i ağrı artacağı için %12.5'i doğuramamak, %10.0'u bebeğime zarar geleceği için %10.0'u çevremden duyduklarımın dolayı cevabını vermiş olup; kontrol grubundaki gebelerin %62.5'i bilmediğim için, %7.5'i ağrı artacağı için, %5.0'i doğuramamak, %12.5'i bebeğime zarar geleceği için, %12.5'i çevremden duyduklarımın dolayı cevabını vermişlerdir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin doğum korkusu sebepleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($\chi^2=1.53$; $p>0.05$) (Tablo 2). Çalışma ve kontrol grubu gebelerin tamamının doğumla ilgili eğitim almadıkları belirlenmiştir.

Tablo 3: Çalışma ve Kontrol Grubu Gebelerin Müzikle İlişkilerine Göre Dağılımları

Müzik dinlemekten hoşlanma durumları	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		
	S	%	S	%	
Hoşlanırım	40	100.0	39	97.5	<i>*Fisher²=0.50</i> <i>p=1.00</i>
Hoşlanmam	0	0.0	1	2.5	
Ne zaman/ hangi durumlarda müzik dinledikleri					
İş yaparken	13	32.5	14	35.0	<i>²=0.98</i> <i>p=0.80</i>
Boş zamanlarda	15	37.5	11	27.5	
Üzgün / sıkıntılı / stresli zamanlarda	8	20.0	10	25.0	
Her zaman	4	10.0	5	12.5	
Dinlenen müzik türü					
Pop/ yabancı/ hareketli	6	15.0	3	7.5	<i>²=6.37</i> <i>p=0.09</i>
Arabesk/ Fantezi	5	12.5	14	35.0	
TSM/ THM	10	25.0	6	15.0	
Her türlü	19	47.5	17	42.5	
Ney enstrümanını tanıma durumu					
Evet	2	5.0	1	2.5	<i>*Fisher²=1.50</i> <i>p=1.00</i>
Hayır	38	95.0	39	97.5	
Gebelik döneminde müzik dinleme durumu					
Evet	40	100.0	39	97.5	<i>*Fisher²=0.50</i> <i>p=1.00</i>
Hayır	0	0.0	1	2.5	
TOPLAM	40	100.0	40	100	

Çalışma grubundaki gebelerin %100'ü müzik dinlemeyi severken, kontrol grubundaki gebelerin %97.5'inin müzik dinlemeyi sevdikleri saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin “müzik dinlemeyi sever misiniz” sorusuna verdikleri yanıtların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($\chi^2=0.50$; $p>0.05$) (Tablo 3).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin ne zaman/hangi durumlarda müzik dinledikleri sorulduğunda; çalışma grubundaki gebelerin %32.5'i “iş yaparken”, %37.5'i “boş

zamanlarında”, %20’si “üzgün/sıkıntılı/stresli zamanlarda”, %10.0’u her zaman; kontrol grubundaki gebelerin %35.0’i “iş yaparken”, %27.5’i “boş zamanlarında”, %25’i “üzgün/sıkıntılı/stresli zamanlarda”, %12.5’i “her zaman” müzik dinledikleri belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin ne zaman/hangi durumlarda müzik dinledikleri sorusuna verdikleri yanıtların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($\chi^2=0,98$; $p>0.05$) (Tablo 3).

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin dinledikleri müzik türleri incelendiğinde çalışma grubundaki gebelerin %15.0’inin “Pop/yabancı/hareketli”, %12.5’inin “Arabesk/Fantezi”, %25.0’inin “TSM/THM”, %47.5’inin “her türlü” müzik dinledikleri; kontrol grubundaki gebelerin %7.5’inin “Pop/ yabancı/ hareketli”, %35.0’inin “Arabesk/ Fantezi”, %15.0’inin “TSM/THM”, %42.5’inin “her türlü” müzik dinledikleri saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin dinledikleri müzik türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($\chi^2=6,37$; $p>0.05$) (Tablo 3).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin müzik eğitimi alma durumları incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin tamamının herhangi bir müzik eğitimi almadığı belirlenmiştir.

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin müzik aleti çalma durumları incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin tamamının herhangi bir müzik aleti çalmadığı belirlenmiştir.

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin eşlerinin müzik aleti çalma durumları incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin tamamının herhangi bir müzik aleti çalmadığı belirlenmiştir.

Çalışma grubundaki gebelerin %95.0’inin, kontrol grubundaki gebelerin % 97.5’inin ney enstrümanını tanımadığı saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin ney

enstrümanını tanıma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=1,50$; $p>0.05$) (Tablo 3).

Çalışma grubundaki gebelerin %100'ünün, kontrol grubundaki gebelerin % 97.5'inin gebelik döneminde müzik dinledikleri saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin gebelik döneminde müzik dinleme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($\chi^2=0,50$; $p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4: Çalışma Grubundaki Gebelere Dinletilen Ney Sesinin Etki Durumlarının Dağılımı

Dinletilen ney sesinin gebe üzerindeki etkisi	Çalışma grubu	
	S	%
Rahatlarım.	16	40.0
Hoşuma gider.	8	20.0
Moral verir.	7	17.5
Duygusal etkiler.	6	15.0
Uyurum.	3	7.5
TOPLAM	40	100

Çalışma grubundaki gebelerin tümü doğum öncesinde dinletilecek olan ney sesinin doğuma etkisi olacağını düşünmektedir.

Çalışma grubundaki gebelere ney sesinin kendilerini nasıl etkileyeceği sorulduğunda; çalışma grubundaki gebelerin %20.0'si “hoşuma gider”, %15.0'i “duygusal etkiler”, %7.5'i “uyurum”, %40,0'ı “rahatlarım” ve %17.5'i “moral verir” yanıtını vermiştir (Tablo 4).

Tablo 5: Çalışma ve Kontrol Grubu Gebelerin Servikal Dilatasyon ve Servikal Efasmana İlişkin Dağılımları

Servikal Dilatasyon (cm)	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			
	Min-Mak	$\bar{X}$	Ss	Min-Mak	$\bar{X}$	Ss	
Uygulama Başlangıç	4-6	4.88	0.72	4-6	4.7	0.69	$t=1.11$ $p=0.27$
Uygulama Bitiş	6-8	7.03	0.77	6-8	6.7	0.69	$t=1.99$ $p=0.04$
	t= -37.60; p=0.00			t=- 22.50; p=0.00			
Servikal Efasman (%)							
Uygulama Başlangıç	40-70	54.5	8.75	40-70	52.0	6.87	$t=1.42$ $p=0.16$
Uygulama Bitiş	70-90	78.25	5.49	50-90	69.5	8.46	$t=5.48$ $p=0.00$
	t= -55.86; p:0.00			t= -18.81; p=0.00			

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin servikal dilatasyon ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubunun uygulama başlangıcındaki servikal dilatasyon ortalaması 4.88 cm (Min=4, Max=6), kontrol grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal dilatasyon ortalaması 4.7 cm (Min=4, Max=6) olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarındaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal dilatasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=1,11$; $p>0.05$) (Tablo 5).

Çalışma grubunun uygulama bitişindeki servikal dilatasyon ortalaması 7.03 cm (Min=6, Max=8), kontrol grubundaki gebelerin servikal dilatasyon ortalaması 6.7 cm (Min=6, Max=8) olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarındaki gebelerin uygulama bitişindeki

servikal dilatasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun uygulama bitişindeki servikal dilatasyonu kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ($t=1,99$; $p<0.05$) (Tablo 5).

Çalışma grubunda; servikal dilatasyon ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; servikal dilatasyon ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-37.60$; $p<0,01$) (Tablo 5).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin servikal efasman ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubunun uygulama başlangıcındaki servikal efasman ortalaması % 54.5 (Min=40, Max=70), kontrol grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal efasman ortalaması %52.0 (Min=40, Max=70) olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarındaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal efasman ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=1,42$; $p>0.05$) (Tablo 5).

Çalışma grubunun uygulama bitişindeki servikal efasman ortalaması %78.25 (Min=70, Max=90), kontrol grubundaki gebelerin uygulama bitişindeki servikal efasman ortalaması % 69.5 (Min=50, Max=90) olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarındaki gebelerin uygulama bitişindeki servikal efasman ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun uygulama bitişindeki servikal efasman ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ($t=5,48$; $p<0,01$) (Tablo 5).

Çalışma grubunda; servikal efasman ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; servikal efasman ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= -55.86$; $p<0,01$) (Tablo 5).

Tablo 6: Çalışma ve Kontrol Grubu Gebelerin Kan Basıncı ve Kalp Atım Hızına İlişkin Dağılımlar

<i>Sistolik Kan Basıncı</i>	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			<i>t</i>	<i>P</i>
	Min-Mak	$\bar{X}$	Ss	Min-Mak	$\bar{X}$	Ss		
Uygulama Başlangıcı	80-130	109.25	14.39	100-130	115.25	10.62	2.12	0.03
Uygulama Bitiş	100-130	108.75	8.22	100-130	115.5	7.49	3.83	0.00
<i>Diastolik Kan Basıncı</i>								
Uygulama Başlangıcı	50-80	68.5	9.75	60-80	73.0	7.91	2.26	0.02
Uygulama Bitiş	60-80	68.25	7.47	60-80	71.5	6.62	2.05	0.04
<i>Kalp Atım Hızı</i>								
Uygulama Başlangıcı	60-88	78.0	6.56	62-92	78.15	8.03	0.09	0.92
Uygulama Bitiş	66-78	70.8	2.78	66-88	76.95	5.56	6.25	0.00

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki ortalama diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki ortalama diastolik kan basıncı ölçümleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($t=2.26$; $p<0.05$) (Tablo 6).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama bitişindeki ortalama diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışma grubundaki gebelerin uygulama bitişindeki diastolik kan basıncı ölçümleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($t=2.05$; $p<0.05$) (Tablo 6).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki ortalama kalp atım hızı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. ($t=0.09$; $p>0,05$) (Tablo 6).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama bitişindeki ortalama kalp atım hızı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışma grubundaki gebelerin ortalama kalp atım hızı ölçümleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($t=6.25$; $p<0,01$) (Tablo 6).

Tablo 7: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uygulama Sırasındaki Kontraksiyon Özelliklerine İlişkin Dağılımları

Kontraksiyon sayısı	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			
	Min-Mak	$\bar{X}$	Ss	Min-Mak	$\bar{X}$	Ss	
Uygulama Başlangıç	4-7	5.55	0.9	4-7	5.18	0.93	$t=1.82$ $p=0.07$
Uygulama Bitiş	6-8	6.65	0.66	6-8	6.35	0.58	$t=2.15$ $p=0.03$
	t= - 14.02; p= 0.00			t= -11.68; p= 0.00			
Kontraksiyon Süresi (sn)							
Uygulama Başlangıç	40.0-58.3	46.8	3.95	40-60	49.56	5.03	$t=2.72$ $p=0.00$
Uygulama Bitiş	52.5-68.6	57.87	3.61	51.4-66.7	57.71	2.69	$t=0.225$; $p=0.822$
	t= -15.45; p=0.00			t= -10.26; p= 0.00			
Kontraksiyon Sıklığı (sn)							
Uygulama Başlangıç	120-260	188.16	45.71	114.3-252.5	175.51	39.58	$t=1.32$ $p=0.19$
Uygulama Bitiş	87.5-146.7	128.55	19.42	88.8-146.7	128.36	16.58	$t=0.04$ $p=0.96$
	t= 11.65; p= 0.00			t= 9.86; p= 0.00			
Kontraksiyon Şiddeti (kpascal)							
Uygulama Başlangıç	30-70	37.12	5.96	30-40	35.18	2.52	$t=1.88$ $p=0.06$
Uygulama Bitiş	34.3-68.3	42.96	5.7	34.3-48.3	40.81	3.6	$t=2.01$ $p=0.04$
	t= -9.65; p= 0.00			t= -10.57; p= 0.00			

Tablo 7’de gebelerin uygulama başlangıcı ve sonunda 20’şer dakika EFM ile izlenen kontraksiyon sayı, süre, sıklık ve şiddetine ilişkin veriler görülmektedir. Çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon sayıları ortalaması 5.55 (Min=4, Max=7);

kontrol grubundaki gebelerinse 5.18 (Min=4, Max=7) olarak belirlenmiştir. Çalışma grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($t=1,82$; $p>0.05$) (Tablo 7).

Çalışma grubundaki gebelerin uygulama bitişindeki kontraksiyon sayıları ortalaması 6.65 (Min=6, Max=8); kontrol grubundaki gebelerinse 6.35 (Min=6, Max=8) olarak belirlenmiştir. Çalışma grubu ve kontrol grubunun uygulama bitişindeki kontraksiyon sayıları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun uygulama bitişindeki kontraksiyon sayıları ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ($t=2,15$; $p<0.05$) (Tablo 7).

Çalışma grubunda; kontraksiyon sayısı ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; kontraksiyon sayısı ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=14.02$; $p<0,01$) (Tablo 7).

Çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon süreleri ortalaması 46.8 (Min=40.0, Max=58.3); kontrol grubundaki gebelerinse 49.56 (Min=40, Max=60) olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun uygulama başlangıcındaki kontraksiyon süreleri ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($t=2,72$; $p<0,01$) (Tablo 7).

Çalışma grubundaki gebelerin uygulama bitişindeki kontraksiyon süreleri ortalaması 57.87 (Min=52.5, Max=68.6) dakika; kontrol grubundaki gebelerinse 57.71 (Min=51.4, Max=66.7) dakikadır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre uygulama bitişindeki kontraksiyon süreleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=0,22$; $p>0.05$) (Tablo 7).

Çalışma grubunda; kontraksiyon sürelerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; kontraksiyon sürelerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= -15.45$; $p<0,01$) (Tablo 7).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon sıklıkları ortalaması 188.16 saniye (Min=120, Max=260); kontrol grubunun ise 175.51 saniye (Min=114.3, Max=252.5) olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon sıklıkları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=1,32$; $p>0.05$) (Tablo 7).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre çalışma grubundaki gebelerin uygulama bitişindeki kontraksiyon sıklıkları ortalaması 128.55 saniye (Min=87.5, Max=146.7); kontrol grubunun ise 128.36 (Min=88.8, Max=146.7) saniyedir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama bitişindeki kontraksiyon sıklıkları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=0,04$; $p>0.05$) (Tablo 7).

Çalışma grubunda; kontraksiyon sıklıklarında başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; Kontraksiyon sıklıklarında başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 11.65$; $p<0,01$) (Tablo 7).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre, çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon şiddetleri ortalaması 37.12 kPascal (Min=30, Max=70); kontrol grubundaki gebelerin ise 35.18 (Min=30, Max=40) kPascaldır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon şiddetleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($t=1,88$; $p>0.05$) (Tablo 7).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre çalışma grubundaki gebelerin uygulama bitişindeki kontraksiyon şiddetleri ortalaması 42.96 kPascal (Min=34.3, Max=68.3); kontrol grubundaki

gebelerin ise 40.81 (Min=34.3, Max=48.3) kpascaıdır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama bitişindeki kontraksiyon şiddetleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun uygulama bitişindeki kontraksiyon şiddetleri ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ($t=2,01$; $p<0,05$) (Tablo 7).

Çalışma grubunda; kontraksiyon şiddetinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; kontraksiyon şiddetinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= - 9.65$; $p<0,01$) (Tablo 7).

Tablo 8: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Yenidoğanlarının Apgar Puanlarına İlişkin Dağılımları

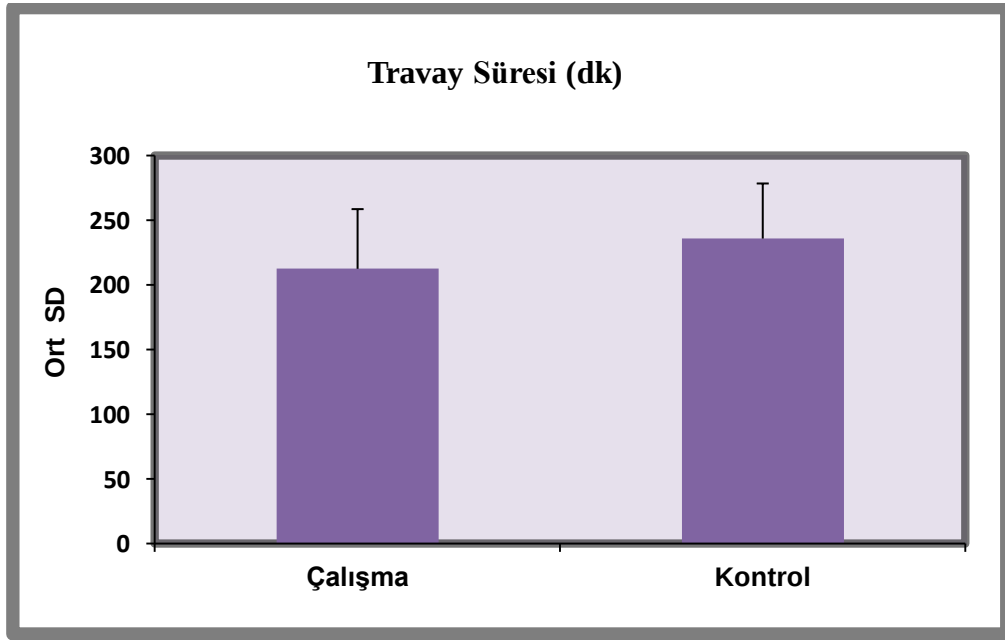
APGAR	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			
	$\bar{X}$	Ss	Min-Mak	$\bar{X}$	Ss	Min-Mak	
1.dakika	7.83	0.38	7-8	7.7	0.51	7-9	$t=1.22$ $p=0.22$
5.dakika	8.95	0.39	8-10	8.83	0.45	7-9	$t=1.33$ $p=0.18$

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin apgar puanları ortalaması değişimi incelendiğinde; çalışma grubundaki annelerin bebeklerinin 1. dakikadaki apgar puanları ortalaması 7.83 (Min=7, Min=8), 5. dakikadaki 8.95 (Min=8, Min=10); kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin 1. dakikadaki apgar puanları ortalaması 7.7 (Min=7, Min=9), 5. dakikadaki 8.83'(Min=7, Min=9) tür. Çalışma ve kontrol gruplarına göre birinci ve beşinci dakika apgar puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=1,22$; $t=1,33$; $p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9: Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Gebelerin Travay Sürelerine İlişkin Dağılımları

Travay Süresi (dk) (doğum süresi)	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			
	$\bar{X}$	Ss	Min-Mak	$\bar{X}$	Ss	Min-Mak	
	212.62	46.15	150-320	236.0	42.58	150-320	$t=2.35$ $p=0.02$

Tablo 9’da gebelerin travay sürelerine ilişkin dağılımları verilmiştir. Buna göre gebelerin travay süreleri incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin travay süresi ortalaması 212.62 dakika; kontrol grubundaki gebelerin travay süresi ortalaması 236.0 (Min=150, Max=320) dakikadır. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin travay süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubundaki gebelerin travay süreleri ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($t=2.35$; $p<0.05$) (Tablo 9). Bu durum da H_2 hipotezini kanıtlamaktadır.



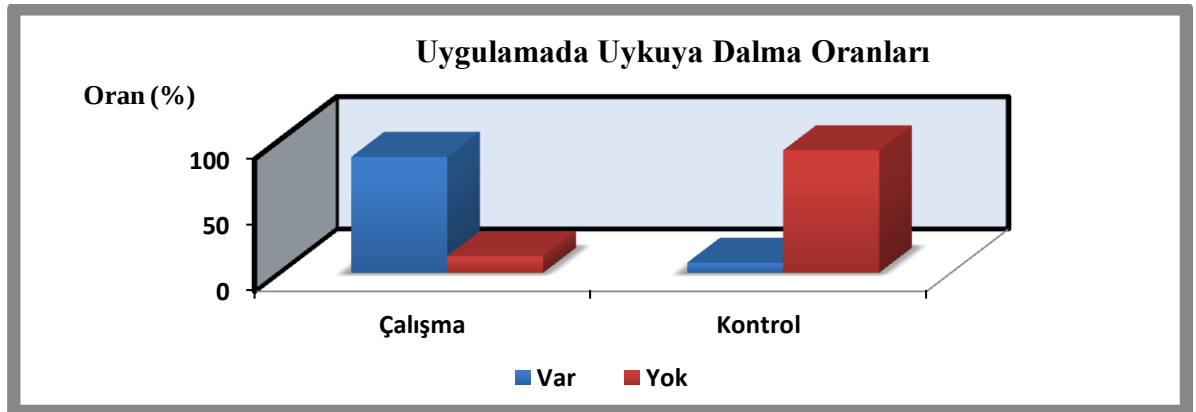
Grafik 1: Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Travay Süresinin Karşılaştırılması

3.3. GEBELERİN UYGULAMADA UYKUYA DALMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Tablo 10: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uygulamada Uykuya Dalma Oranlarına İlişkin Dağılımlar

Uygulamada Uykuya Dalma	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		
	S	%	S	%	
Var (n=38)	35	87.5	3	7.5	$\chi^2=51.32$ $p=0.00$
Yok (n=42)	5	12.5	37	92.5	
TOPLAM	40	100	40	100	

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulamada uykuya dalma oranları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %87.5'inin, kontrol grubundaki gebelerin %7.5'inin uygulamada uykuya daldıkları görülmüştür. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulamada uykuya dalma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunda uykuya dalan gebelerin oranı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ($\chi^2=51,32$; $p<0,01$) (Tablo 10).



Grafik 2: Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre Uygulamada Uykuya Dalma Oranlarının Karşılaştırılması

3.4. GEBELERİN ALGILADIKLARI AĞRILARINI DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Tablo 11: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Algıladıkları Ağrı (Görsel Kıyaslama Ölçeği = GKÖ) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları

GKÖ (mm)	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			
	$\bar{X}$	Ss	Min-Mak	$\bar{X}$	Ss	Min-Mak	
Uygulama Başlangıç	43.25	8.36	30-67	48.65	8.04	30-65	$t=2.94$ $p=0.00$
1. Uygulama Sonu	49.3	9.08	30-73	65.33	12.71	41-93	$t=6.48$ $p=0.00$
2. Uygulama Sonu	57.88	7.6	39-75	75.93	11.04	57-94	$t=8.51$ $p=0.00$
3. Uygulama Sonu	67.95	7.51	54-88	81.13	11.05	55-99	$t=6.23$ $p=0.00$
p	0.00			0.00			

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin GKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki GKÖ puan ortalamaları 43.25 mm, (Min=30, Max=67) kontrol grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki GKÖ puan ortalamaları 48.65 mm (Min=30, Max=65), Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun uygulama başlangıcındaki GKÖ puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($t=2,94$; $p<0,01$) (Tablo 11).

Çalışma grubundaki gebelerin birinci uygulama sonundaki GKÖ puan ortalamaları 49.3 mm (Min=30, Max=73), kontrol grubundaki gebelerin birinci uygulama sonundaki GKÖ puan ortalamaları 65.33 mm (Min=41, Max=93), çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin

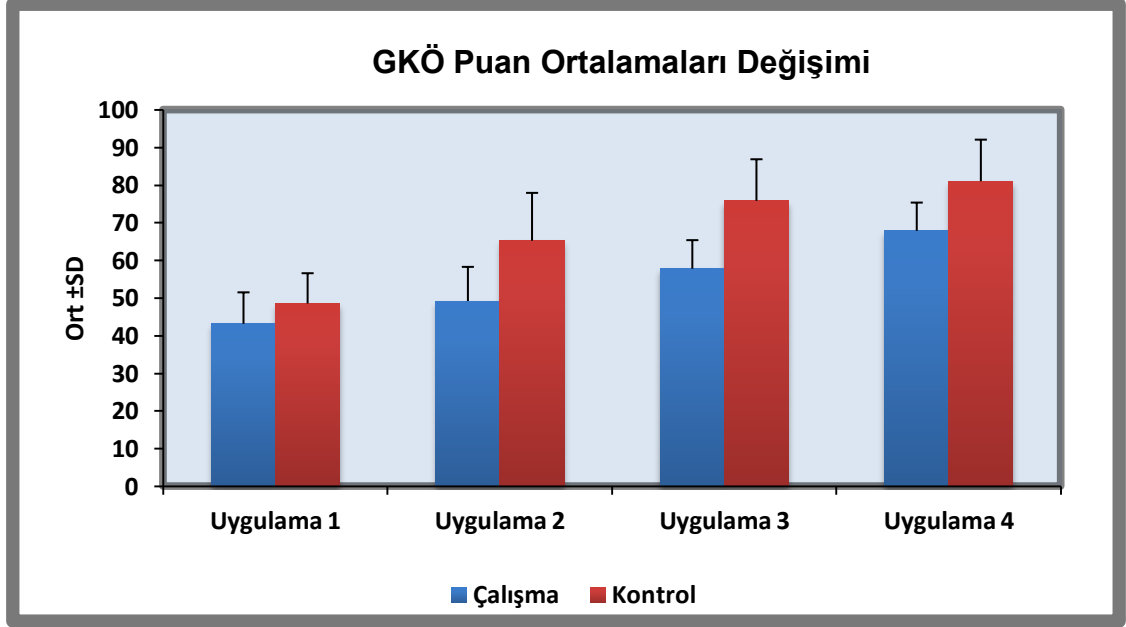
birinci uygulama sonundaki GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun birinci uygulama sonrası GKÖ puanları ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($t=6,48$; $p<0,01$) (Tablo 11).

Çalışma grubundaki gebelerin ikinci uygulama sonundaki GKÖ puan ortalamaları 57.88 mm (Min=39, Max=75), kontrol grubundaki gebelerin ikinci uygulama sonundaki GKÖ puan ortalamaları 75.93 mm (Min=57, Max=94), çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin ikinci uygulama sonundaki GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin ikinci uygulama sonrası GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin ikinci uygulama sonrası GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun üçüncü uygulama sonrası GKÖ puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($t=8,51$; $p<0,01$) (Tablo 11).

Çalışma grubundaki gebelerin üçüncü uygulama sonundaki GKÖ puan ortalamaları 67.95 mm (Min=54, Max=88), kontrol grubundaki gebelerin üçüncü uygulama sonundaki GKÖ puan ortalamaları 81.13 mm (Min=55, Max=99), Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin üçüncü uygulama sonundaki GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin üçüncü uygulama sonrası GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin üçüncü uygulama sonrası GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun üçüncü uygulama sonrası GKÖ puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($t=6,23$; $p<0,01$) (Tablo 11).

Çalışma ve kontrol gruplarında; tekrarlayan ölçümlerde varyans analizleri istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p<0,01$). Bonferroni testi ile yapılan post hoc iki grup

değerlendirme sonuçlarında ise, her bir takip arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim mevcuttur ($p<0,01$) (Tablo 11). Bu durum da H_1 hipotezini kanıtlamaktadır.



Grafik 3: Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre GKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12: Çalışma ve Kontrol Grubu Gebelerden Doğum Sonrası Elde Edilen Bilgilerin Dağılımı

Doğumda nasıl bir ağrı hissettiniz?	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		
	S	%	S	%	
Rahatsız edici	11	27.5	5	12.5	$\chi^2=6.57$ $p=0.08$
Şiddetli	17	42.5	12	30.0	
Çok şiddetli	10	25.0	19	47.5	
Dayanılmaz	2	5.0	4	10.0	
Doğum olayı sizin için zor mu oldu?					
Evet	20	50.0	29	72.5	$\chi^2=4.26$ $p=0.03$
Hayır	20	50.0	11	27.5	
Doğumdan sonra hemen emzirmeye hemen başlayabildiniz mi?					
Evet	35	87.5	33	82.5	$\chi^2=0.39$ $p=0.53$
Hayır	5	12.5	7	17.5	
TOPLAM	40	100.0	40	100.0	

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelere doğumda nasıl bir ağrı hissettikleri sorulmuş ve verdikleri yanıtlar incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %27.5'i "rahatsız edici", %42.5'i "şiddetli", %25.0'i "çok şiddetli" ve %5.0'i "dayanılmaz" yanıtını vermiştir. Kontrol grubundaki gebelerin ise %12.5'i "rahatsız edici", %30.0'u "şiddetli", %47.5'i "çok şiddetli" ve %10.0'u "dayanılmaz" yanıtını verdiği saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin doğumda çektikleri ağrıyı tanımlama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=6,57$; $p>0.05$) (Tablo 12).

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin doğumda zorluk çekme durumları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %50'sinin, kontrol grubundaki gebelerin

%72.5'inin doğumda zorluk çektikleri belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin doğumda zorluk çekme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubundaki gebelerin doğumda zorluk çekme oranı daha düşüktür ($\chi^2=4,26$; $p<0.05$) (Tablo 12).

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin doğumdan sonra emzirmeye hemen başlayabilme durumlarına ilişkin verdikleri yanıtlar incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %87.5'inin, kontrol grubundaki gebelerin % 82.5'inin doğumdan sonra emzirmeye hemen başladıkları belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin doğumdan sonra emzirmeye hemen başlayabilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,39$; $p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13: Çalışma Grubundaki Gebelerden Doğum Sonrası Elde Edilen Bilgilerin Dağılımı

Doğumda hissettiğiniz ağrı dinletilen müziğe odaklanabilmenize engel oldu mu?	Çalışma Grubu	
	S	%
Evet	2	5.0
Hayır	38	95.0
Dinletilen müziğin ağrı üzerine etkisi		
Evet	38	95.0
Kısmen	2	5.0
Dinletilen müziğin ağrı üzerine etkisinin şekli		
Ağrılarımı az hissettim.	23	57.5
Korkularımla baş etmeme yardımcı oldu.	5	12.5
Rahatlamama yardımcı oldu	12	30.0
Travayda başka tür müzik dinleme isteği		
Evet	2	5.0
Hayır	38	95.0
Dinletilen müziği doğum esnasında da dinleme isteği		
Evet	36	90.0
Hayır	4	10.0
TOPLAM	40	100

Çalışma grubundaki gebelerin % 95.0’i doğumda hissettikleri ağrının dinletilen müziğe odaklanabilmelerine engel olmadığını; % 5.0’i ise engel olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 13).

Çalışma grubundaki gebelere dinletilen müziğin ağrıları üzerine etki durumu sorulduğunda; gebelerin %95,0’i “etkili”, %5,0’i “kısmen etkili” yanıtını vermiş olup, “etkisiz” diyen gebe bulunmamaktadır (Tablo 13).

Çalışma grubundaki gebelere dinledikleri müziğin etki durumu sorulduğunda; gebelerin %57.5'i “ağrılarımı az hissettim”, %12.5'i “korkularımla baş etmeme yardımcı oldu” ve %30.0'u “rahatlamama yardımcı oldu” yanıtını vermiş olup, “hiç etkisi olmadı” diyen gebe bulunmamıştır (Tablo 13).

Çalışma grubundaki gebelerin tamamı dinletilen müziği bir sonraki doğumunda da dinlemek istediklerini belirtmişlerdir.

Çalışma grubundaki gebelerin tamamı yakınlarına da doğumlarında müzik dinlemelerini tavsiye edebileceklerini belirtmişlerdir.

Çalışma grubundaki gebelerin %95.0'i başka tür müzik dinlemek istemezken, %5.0'i başka türde müzik dinlemek istediğini belirtmiştir.

Çalışma grubundaki gebelerin % 90.0'ı dinletilen müziği doğum esnasında da dinlemek istediklerini; % 10'u dinlemek istemediğini belirtmişlerdir.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu bölümde; indüksiyon uygulanan primipar gebelere, travayda dinletilen ney sesinin doğum sürecine etkisini incelemek amacıyla; gebelerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri, gebelerin şimdiki gebelikleri ve doğumlarına ilişkin özellikleri, gebelerin algıladıkları ağrıları değerlendirilmelerine ilişkin özellikleri, gebelerin uygulamada uykuya dalma durumları sunulmuştur.

4.1 GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE TANITICI ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubu gebelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımları Tablo 1’de görülmektedir. Gebelerin yaşları incelendiğinde, çalışma grubunda yer alan gebelerin % 80’i, kontrol grubundaki gebelerin % 77,5’i 20-24 yaş grubunda yer almaktadır. Çalışma grubu gebelerin yaş ortalamaları 22.53 ± 2.19 (Min= 21, Max=29), kontrol grubu gebelerin yaş ortalamaları 22.98 ± 2.97 (Min=21, Max=34)’dir (Tablo 1). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 (TNSA-2008) verilerine göre; ülkemizde en yüksek yaşa özel doğurganlık oranı 20-29 yaş grubuna aittir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar Türkiye geneline uygunluk göstermektedir (57).

Çalışma grubu gebelerin % 92.5’i, kontrol grubu gebelerin %90.0’nının ilköğretim düzeyinde eğitim gördükleri saptanmıştır (Tablo 1). Günümüzde, doğurgan yaşlarda olan

kadınlar 10 yıl öncesine göre çok daha fazla eğitilidirler. Geçen on yıl içinde, ilköğretimin en az ikinci kademesini (8 yıllık zorunlu eğitim) bitiren kadınların oranı yüzde 65 artmış, ilköğretimin birinci kademesini (5 yıl) bitirmemiş kadınların oranı da yüzde 41 azalmıştır. Kadınların yaklaşık beşte biri, eğitimi olmayan veya ilköğretimi tamamlamamış kadınlardır; ancak kadınların önemli bir oranının (yüzde 21) en az lise mezunu olduğu görülmektedir. Kadınların yaklaşık yüzde 52'si sadece ilköğretim birinci kademe eğitimi tamamlamışlardır (57). Araştırma bulgusu TNSA-2008 verileri ile benzerlik göstermemektedir. Farklılığın, araştırma yapılan devlet hastanesine daha fazla yoğunlukta eğitim düzeyi düşük gebelerin gelmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelerin çalışma durumları incelendiğinde, çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin hiçbirinin çalışmadıkları belirlenmiştir. TNSA-2008 verilerine göre; her 5 kadından 2'si görüşme tarihinden önceki 12 aylık süre içinde bir işte çalışmıştır (57). Araştırmanın yapıldığı bölge özelliğinin kadınları negatif etkilediği düşünülmektedir.

Gebelerin eşlerinin yaşları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin eşlerinin %80.0'i, kontrol grubundaki gebelerin %70.0'i 25-29 yaş grubunda yer almaktadır (Tablo 1).

Gebelerin eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin eşlerinin %60.0'ı, kontrol grubundaki gebelerin % 67.5'inin ilköğretim düzeyinde eğitim gördükleri saptanmıştır (Tablo 1). TNSA 2008 verilerine göre ortalama eğitim süresi erkeklerde 5.1 yıl olup, kadınlardan yaklaşık yarım yıl daha uzundur. Türkiye'de erkeklerin %20.0'sinin eğitimi yok/ilkokulu tamamlamamışken, %37.0'si ilköğretim birinci kademe, %17.0'si ilköğretim ikinci kademe, %26.0'sı lise ve üzeri eğitim almıştır. Erkekler ve kadınlar arasındaki eğitim düzeyi farklılığı genç kuşaklarda azalmaktadır. Türkiye'de ilköğretim yaşındaki on çocuktan dokuzu ilköğretime devam etmektedir. Ancak, lise

düzeyinde sadece beş çocuktan üçü okula devam etmektedir (57). Araştırma sonuçları Türkiye geneline uygunluk göstermektedir.

Çalışma grubu gebelerin %90.0'ı, kontrol grubu gebelerin %75.0'inin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Çalışma ve kontrol grubu gebelerin gelir düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubu gebelerin %67.5'inin, kontrol grubu gebelerin %57.5'inin gelir durumlarının giderden az oldukları saptanmıştır (Tablo 1).

Çalışma grubundaki gebelerin %75.0'i geniş aile tipinde; kontrol grubundaki gebelerin %67.5'i geniş aile tipindedir (Tablo 1).

Çalışma grubundaki gebelerin ilk gebelik yaşı ortalamaları 21.53 ± 2.19 (Min=20, Max=28), kontrol grubu gebelerin ilk gebelik yaşı ortalamaları 21.98 ± 2.97 (Min=20, Max=33) dir (Tablo 1). TNSA 2008 verilerine göre; Türkiye'de doğurganlık 20-29 yaş grubunda yığılma göstermektedir. Ortalama bir kadın 25 yaşında bir çocuğa, 30 yaşında ise iki çocuğa sahip olmaktadır. Doğurganlık düzeyi 30 yaşından sonra hızla azalmakta, 40'lı yaşlarda da ihmal edilebilecek bir düzeye inmektedir (57). Araştırma sonuçları ilk gebelik yaşı açısından Türkiye geneline uygunluk göstermektedir.

4.2. GEBELERİN ŞİMDİKİ GEBELİKLERİ VE DOĞUMLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Tablo 2’de araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubu gebelerin şimdiki gebelik özelliklerine göre dağılımları incelenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin düşük ve kürtaj yapma durumları incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubundaki gebelerden hiçbirinin düşük veya kürtaj yaptırmadığı belirlenmiştir.

Çalışma grubu gebelerin %92.5’i kontrol grubu gebelerin %87.5’i doğacak bebeğinin cinsiyetini bilmektedir (Tablo 2) . İlerleyen ve gelişen tıp teknolojisi ve kullanılan cihazlar ile bebeğin cinsiyetinin doğumdan önce saptanabildiği göz önüne alındığında; bu oranın yüksek olmasının beklenebilir bir sonuç olduğu düşünülebilir. Çalışma grubu gebelerin % 52.5’i, kontrol grubu gebelerin %45.0’inin bebeklerinin cinsiyetini kız olduğunu bildikleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma kapsamına alınan gebelere bebeklerinin cinsiyetinin istedikleri cinsiyette olup olmadığı sorulduğunda; çalışma grubunun %87.5’i, kontrol grubu gebelerin % 92.5’inin doğacak bebeklerinin cinsiyetini isteme durumlarına farketmez olarak yanıt verdikleri belirlenmiştir (Tablo 2). Gebelerin primipar olduğu düşünüldüğünde, elde edilen sonuçlar olasıdır.

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin, gebeliklerini planlı olarak gerçekleştirme oranları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %95.0’inin, kontrol grubundaki gebelerin % 92.5’inin gebeliklerini planlı olarak gerçekleştirdiği saptanmıştır (Tablo 2). TNSA 2008 verilerine göre; her on doğumdan yedisinin gebe kalındığı sırada istenmiş olduğunu, bunlara ek olarak gebeliklerin %11.0’inin daha sonraki bir tarihte istendiğini, % 18.0’inin de hiç istenmemiş gebelikler olduğunu göstermektedir (57). Yıldırım ve Şahin (2003) gebelerle yaptığı çalışmasında, gebelerin büyük çoğunluğunun isteyerek gebe

kaldıklarını ve annelerin büyük çoğunluğunun gebe eğitim programlarına katılmadıklarını belirtmektedir (64). Çalışma bulgusu literatürle uygunluk göstermektedir.

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin indüksiyonu bilme durumları açısından incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin % 82.5'inin, kontrol grubundaki gebelerin %87.5'inin indüksiyonun ne olduğunu bilmedikleri saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin indüksiyonu ne olduğunu bilme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Ersanlı'nın (2005) gebelerle yaptığı çalışmada; çalışma grubundaki gebelerin %52.5'inin indüksiyonun ne olduğunu biliyor/kısmen biliyor olarak, kontrol grubundaki gebelerinse %62.5'inin indüksiyonun ne olduğunu bilmedikleri görülmektedir (19).

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin doğum korkusu sebebi sorulduğunda; çalışma grubundaki gebelerin %60.0'ı bilmediğim için, %7.5'i ağrı artacağı için, %12.5'i doğuramamak, %10.0'u bebeğime zarar geleceği için, %10.0'u çevremden duyduklarımın dolayı cevabını vermiş olup; kontrol grubundaki gebelerin %62.5'i bilmediğim için, %7.5'i ağrı artacağı için, %5.0'i doğuramamak, %12.5'i bebeğime zarar geleceği için, %12.5'i çevremden duyduklarımın dolayı cevabını vermişlerdir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin doğum korkusu sebepleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Avcıbay (2009) gebelerle yaptığı çalışmada; endişeli olduklarını ifade eden gebelerin % 57.9'u sebep olarak korku duygusunu, % 43.1'i ağrıyı, kendisi ve bebeğinin sağlığını, ne ile karşılaşacağını bilememeyi sebep olarak göstermişlerdir (6). Bu bulgular araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubundaki gebelerin %100'ü müzik dinlemeyi severken, kontrol grubundaki gebelerin %97.5'inin müzik dinlemeyi sevdikleri saptanmıştır (Tablo 3). Bu sonuç, müziğin insan yaşamında sevilerek dinlendiğinin bir göstergesidir.

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin ne zaman/hangi durumlarda müzik dinledikleri sorulduğunda; çalışma grubundaki gebelerin % 32.5'i "iş yaparken", %37.5'i "boş zamanlarında", %20'si "üzgün / sıkıntılı / stresli zamanlarda", %10'u her zaman; kontrol grubundaki gebelerin % 35.0'i "iş yaparken", %27.5'i "boş zamanlarında", % 25.0'i "üzgün / sıkıntılı / stresli zamanlarda", %12.5'i "her zaman" müzik dinledikleri belirlenmiştir (Tablo 3). Kömürcü (1999), gebelerle yaptığı çalışmasında; müzik dinleyen ve dinlemeyen gebelerin müziği genelde (%51.5, %43.5) "iş yaparken", (%33.4, %48.1) oranında "her zaman" dinlediği anlaşılmıştır (32). Müzik dinleme zamanı ve durumları, araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin dinledikleri müzik türleri incelendiğinde çalışma grubundaki gebelerin %15.0'inin "Pop/yabancı/hareketli", %12.5'inin "Arabesk/Fantezi", %25.0'inin "TSM/THM", %47.5'inin "her türlü" müzik dinledikleri; kontrol grubundaki gebelerin %7.5'inin "Pop/yabancı/hareketli", %35.0'inin "Arabesk/Fantezi", %15.0'inin "TSM/THM", %42.5'inin "her türlü" müzik dinledikleri saptanmıştır (Tablo 3). Kömürcü'nün (1996) "Travayda Dinletilen Tedavi Müziğinin Gebenin Anksiyetesine Etkisi" konulu araştırmasında; her iki gruptaki gebelerin %21.1'inin THM, müzik dinletilen gebelerin %27.3'ünün arabesk, %27.2'sinin Türk Hafif Müziği, müzik dinletilmeyen gebelerin ise %23.7 arabesk, %18.4 Türk Hafif müziği dinlemeyi sevdikleri belirlenmiştir (32). Dinlenen müzik türleri araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin ve eşlerinin müzik eğitimi alma ve müzik aleti çalma durumları incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin ve eşlerinin hiçbirinin herhangi bir müzik eğitimi almadığı ve bir müzik aleti çalmadıkları belirlenmiştir.

Çalışma grubundaki gebelerin %95.0'inin, kontrol grubundaki gebelerin % 97.5'inin ney enstrümanını tanımadığı saptanmıştır (Tablo 3). Gebelerin büyük çoğunluğunun ney

enstrümanını tanımıyor olmalarına rağmen travayda neyi severek dinlemeleri ve olumlu sonuçlar alınması, mutlu edici bir göstergedir.

Çalışma grubundaki gebelerin %100'ünün, kontrol grubundaki gebelerin % 97.5'inin gebelik döneminde müzik dinledikleri saptanmıştır. Müzik insanın doğumundan itibaren hayatında olduğu gibi bunun ilk adımları fetüsün annenin uterusuna yerleştiği andan itibaren başlamaktadır (Tablo 3).

Çalışma grubundaki gebelerin tümü doğum öncesinde dinletilecek olan ney sesinin doğuma etkisi olacağını düşünmektedir. Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin büyük çoğunluğunun ney enstrümanını tanımıyor olmalarına rağmen, müziğin hayatlarındaki öneminden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışma grubundaki gebelere ney sesinin kendilerini nasıl etkileyeceği sorulduğunda; çalışma grubundaki gebelerin %20.0'si "hoşuma gider", %15.0'i "duygusal etkiler", %7.5'i "uyurum", %40,0'ı "rahatlarım" ve %17.5'i "moral verir" yanıtını vermiştir (Tablo 4).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin servikal dilatasyon ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubunun uygulama başlangıcındaki servikal dilatasyon ortalaması 4.88 (Min=4, Max=6) cm iken, uygulama bitişindeki servikal dilatasyon ortalaması 7.03 (Min=6, Max=8) cm'dir. Kontrol grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal dilatasyon ortalaması 4.70 (Min=4, Max=6) cm iken uygulama bitişindeki servikal dilatasyon ortalaması 6.70 (Min=6, Max=8) cm olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarındaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal dilatasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışma ve kontrol gruplarındaki gebelerin uygulama bitişindeki servikal dilatasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma grubunun uygulama bitişindeki servikal dilatasyonu kontrol grubuna göre yüksektir (Tablo 5).

Çalışma grubunda; servikal dilatasyon ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; servikal dilatasyon ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 5).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin servikal efasman ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubunun uygulama başlangıcındaki servikal efasman ortalaması %54.5 (Min=40, Max=70), uygulama bitişindeki servikal efasman ortalaması %78.25 (Min=70, Max=90) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal efasman ortalaması %52.0 (Min=40, Max=70) iken, uygulama bitişindeki servikal efasman ortalaması %69.5 (Min=50, Max=90) olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarındaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal efasman ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamışken ($p>0.05$); uygulama bitişindeki servikal efasman ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışma grubunun uygulama bitişindeki servikal efasman ortalaması kontrol grubuna göre yüksektir (Tablo 5).

Çalışma grubunda; servikal efasman ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; servikal efasman ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 5).

Araştırmaya alınan tüm gebelerin zaman içerisinde servikal dilatasyon ve efasman bulgularındaki artış; doğum eyleminin normal ilerlediğini gösteren bulgulardır.

Kömürcü'nün (1999) gebelerle yapmış olduğu çalışmasında; her iki grup gebenin çoğunluğunun (%83.3, %70) 2-3 cm dilatasyonlarının olduğu, müzik dinleyenlerin silinmeleri (%43.3) %50 oranında olmasına karşın, müzik dinlemeyenlerin aynı oranda (%33.3) %50 ve %70 olduğu gözlenmiştir. Araştırma bulguları çalışmamız bulguları ile benzerlik

göstermektedir (32). Araştırma bulgularına göre servikal dilatasyon ve efasman sonuçlarının çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olması, dinletilen müziğin servikal dilatasyon ve efasmanın ilerlemesinde kolaylaştırıcı etkisi olduğunu göstermiştir.

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki ve bitişindeki ortalama diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcı ve bitişindeki ortalama diastolik kan basıncı ölçümleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 6).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki ortalama kalp atım hızı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama bitişindeki ortalama kalp atım hızı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışma grubundaki gebelerin ortalama kalp atım hızı ölçümleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($p<0.01$) (Tablo 6).

Geden ve arkadaşlarının (1987) yılında yaptıkları çalışmada 18-30 yaşları arasında 50 nullipar kadın incelenmiş, çalışma grubunda kontrol grubuna oranla kalp hızı, sistolik ve diastolik kan basıncı arasında anlamlı farklılıklar belirtilmiş, sonuçta müziğin doğumda gevşemeye yardımcı olabileceği, müzikle birlikte hayal kurma teknikleri birlikte kullanıldığında etkinliğinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (20).

Byers ve Smyth (1997) tarafından yapılan çalışmada; kardiyak cerrahi geçirmiş post-operatif 1. günde olan hastalara uygulanan müzik terapinin hastaların kan basıncı ve nabız hızı değerlerine etkisi araştırılmıştır. Hastalara 30 dakika müzik dinletilmiş ve müzik terapinin sonunda hastaların kan basıncı ve nabız hızı değerlerinin azaldığı saptanmıştır (10).

Ikonomidov ve Rehnström (2004) tarafından laparoskopik jinekolojik cerrahi geçirecek kadın hastalara gevşetici müziğin kadınların cerrahi sonrası ağrı, anksiyete ve yaşamsal bulgularına olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; kadınlara cerrahi girişimden önce kulaklıklılı kasetçalar ile 30 dakika müzik dinlettirilmiştir. Çalışmanın sonucunda; gevşetici müziğin müzik terapi uygulanan kadın hastaların cerrahi girişim sonrası anksiyete, ağrı, kan basıncı, solunum hızı değerlerinde müzik terapi uygulanmayan kadın hastalara göre azalma olduğu saptanmıştır. Araştırma bulguları çalışmamızla benzerlik göstermektedir (27).

Tablo 7’de gebelerin uygulama başlangıcı ve sonunda 20’şer dakika EFM ile izlenen kontraksiyon sayı, süre, sıklık ve şiddetine ilişkin veriler görülmektedir. Çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon sayıları ortalaması 5.55 (Min=4, Max=7); uygulama bitişindeki kontraksiyon sayıları ortalaması 6.65 (Min=6, Max=8) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerinse uygulama başlangıcındaki kontraksiyon sayıları ortalaması 5.15 (Min=4, Max=7); uygulama bitişindeki kontraksiyon sayıları ortalaması 6.35 (Min=6, Max=8) olarak belirlenmiştir. Uygulama başlangıcında çalışma grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamışken ($p>0.05$) uygulama bitiminde çalışma grubu ve kontrol grubunun kontraksiyon sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma grubunun uygulama bitişindeki kontraksiyon sayıları ortalaması kontrol grubuna göre daha fazladır (Tablo 7).

Çalışma grubunda; kontraksiyon sayısı ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; Kontraksiyon sayısı ölçümlerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 7).

Çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon süreleri ortalaması 46.80 (Min=40.0, Max=58.3) saniye; uygulama bitişindeki kontraksiyon süreleri

ortalaması 57.87 (Min=52.5, Max=68.6) saniyedir. Kontrol grubundaki gebelerin kontraksiyon süreleri ortalaması ise uygulama başlangıcında 49.56 (Min=40, Max=60) saniye; uygulama bitişinde ise 57.71 (Min=51.4, Max=66.7) saniyedir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışma grubunun uygulama başlangıcındaki kontraksiyon süreleri ortalaması kontrol grubuna göre daha kısadır (Tablo 10). Çalışma ve kontrol gruplarına göre uygulama bitişindeki kontraksiyon süreleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Ersanlı gebelerle (2007) yaptığı çalışmasında çalışma grubunda kontraksiyon süresinin kontrol grubuna göre daha az olduğunu belirlemiştir (19).

Çalışma grubunda; Kontraksiyon sürelerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; Kontraksiyon sürelerinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 7).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon sıklıkları ortalaması 188.16 (Min=120, Max=260) saniye; uygulama bitişindeki kontraksiyon sıklıkları ortalaması 128.55 (Min=87.5, Max=146.7) saniyedir. Kontrol grubunun ise uygulama başlangıcındaki kontraksiyon sıklıkları ortalaması 175.51 (Min=114.3, Max=252.5) saniye olup, uygulama bitişinde ise 128.36 (Min=88.8, Max=146.7) saniyedir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki ve bitişindeki kontraksiyon sıklıkları ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 7). Kömürcü'nün (1999) yapmış olduğu araştırmasında müzik dinleyenlerde kontraksiyonların daha sık (% 66.6) gelmesine karşın diğer grupta daha geç (%76.6) görüldüğü anlaşılmıştır (32).

Çalışma grubunda; Kontraksiyon sıklıklarında başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; Kontraksiyon sıklıklarında başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Çalışma ve kontrol gruplarına göre çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon şiddetleri ortalaması 37.12 (Min=30, Max=70) kpascal; uygulama bitişindeki kontraksiyon şiddeti ortalaması 42.96 (Min=34.3, Max=68.3) kpascal'dır. Kontrol grubundaki gebelerin ise uygulama başlangıcındaki kontraksiyon şiddetleri ortalaması 35.18 (Min=30, Max=40) kpascal olup uygulama bitişindeki kontraksiyon şiddetleri ortalaması 40.81 (Min=34.3, Max=48.3) kpascal'dır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon şiddetleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamışken ($p>0.05$); çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama bitişindeki kontraksiyon şiddetleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma grubunun uygulama bitişindeki kontraksiyon şiddetleri ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksektir (Tablo 7).

Çalışma grubunda; Kontraksiyon şiddetinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kontrol grubunda da; Kontraksiyon şiddetinde başlangıca göre bitişteki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin apgar puanları ortalaması değişimi incelendiğinde; çalışma grubundaki annelerin bebeklerinin 1. dakikadaki apgar puanları ortalaması 7.83 (Min=7, Max=8), 5. dakikadaki 8.95; (Min=8, Max=10) kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin 1. dakikadaki apgar puanları ortalaması 7.70 (Min=7, Max=9), 5. dakikadaki 8.83 (Min=7, Max=9)'tür. Çalışma ve kontrol gruplarına göre birinci

ve beşinci dakika apgar puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 8). Tabarro ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada da apgar puanları ortalaması 9 ve 10 arasındadır. Araştırma bulguları çalışmamız bulguları ile benzerlik göstermektedir (52).

Tablo 9'da gebelerin travay sürelerine ilişkin dağılımları verilmiştir. Buna göre gebelerin travay süreleri incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin travay süresi ortalaması 212.62 (Min=150, Max=320) dakika; kontrol grubundaki gebelerin travay süresi ortalaması 236.0 (Min=150, Max=320) dakikadır. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin travay süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma grubundaki gebelerin travay süreleri ortalaması kontrol grubuna göre düşüktür (Tablo 9). Araştırma bulgularına göre dinletilen müzik, servikal dilatasyon ve efasmanın çalışma grubunda hızlı ilerlemesini ve doğumda aktif fazın kontrol grubuna göre daha kısa sürmesini sağlamıştır. Önceden yapılan çalışmalardan müziğin belli kas gruplarında tonüs artışına neden olduğu vurgulanmaktadır. Ney gibi nefesli çalgıların da kasları kuvvetlendirdiği ve stimüle ettiği bilinmektedir. Çalışmada dinletilen ney sesinin gebelerdeki kontraksiyonları uyarak travay süresini kısaltması H_2 hipotezini kanıtlamıştır (25).

4.3. GEBELERİN UYGULAMADA UYKUYA DALMA DURUMLARININ TARTIŞILMASI

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin izlemde uykuya dalma oranları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %87.5'inin, kontrol grubundaki gebelerin %7.5'inin uygulamada uykuya daldıkları görülmüştür. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulamada uykuya dalma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışma grubunda uykuya dalan gebelerin oranı kontrol grubuna göre daha yüksektir (Tablo 10). Lai ve Good (2004) tarafından uykusuzluk sorunu yaşayan yaşlı hastalarda müzik terapinin hastaların uyku kalitesine, uykuya dalma güçlüğüne ve uyku süresine olan etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada; hastalara üç hafta boyunca hergün hastaların uyku saatinde müzik terapi uygulanmıştır. Hastalara dinletilen müziğin özellikleri dakikada 60-80 ritim olan, söz içermeyen, klasik müzik olarak belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda, müzik terapinin yaşlı hastaların uykuya dalma süresini kısalttığı, uyku sürelerini uzattığı ve uyku kalitelerini arttırdığı saptanmıştır (34).

Wang ve ark. (2002) tarafından preoperatif dönemde olan hastalara kendilerinin seçtikleri müzik türünün 30 dakika dinlettirilmesi sonucunda hastaların anksiyetelerinin azaldığı saptanmıştır. Yapılan araştırma çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (60).

Anksiyete, stres ve diğer emosyonel problemler uykuyu engeller. Müzik, derin düzeyde relaksasyon oluşturma yeteneğine sahiptir. Uykusuzluğu hafifletici etkileri olduğu bilinmektedir. Gebelerin son trimestrda yaşadıkları, korku, endişe ve çeşitli fizyolojik rahatsızlıklar nedeniyle uzun süren uykusuzluk sorunlarıyla doğum salonuna başvurmaktadırlar. Travaydan kaynaklanan nedenlerden dolayı gebelerde uykuya dalma eğilimi görülmektedir. Kontrol grubuna göre çalışma grubunda görülen anlamlı farklılık,

dinletilen ney müziğinin gebelerin gevşemelerine yardımcı olarak, uyumasını kolaylaştırdığını göstermektedir.

4.4. GEBELERİN ALGILADIKLARI AĞRILARINI DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) puan ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki GKÖ puan ortalamaları 43.25 (Min=30, Max=67) mm, birinci uygulama sonunda 49.30 (Min=30 ,Max=73) mm, ikinci uygulama sonunda 57.88 (Min=39, Max=75) mm, üçüncü uygulama sonunda 67.95 (Min=54, Max=88) mm'dir. Kontrol grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki GKÖ puan ortalamaları 48.65 (Min=30, Max=65) mm, birinci uygulama sonunda 65.33 (Min=41, Max=93), ikinci uygulama sonunda 75.93 (Min=57, Max=94) mm, üçüncü uygulama sonunda 81.13 (Min=55, Max=99) mm'dir. 4 uygulama sonunda da çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışma grubunun 4 uygulamada da GKÖ puan ortalaması kontrol grubuna göre düşüktür (Tablo 11).

Çalışma ve kontrol gruplarında; tekrarlayan ölçümlerde varyans analizleri istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Bonferroni testi ile yapılan post hoc iki grup değerlendirme sonuçlarında ise, her bir takip arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim bulunmaktadır ($p<0,01$). Bu durum da H_1 hipotezini kanıtlamaktadır.

Araştırmaya alınan tüm gebelerin zaman ilerledikçe ağrı algısının artması; doğum eyleminin ilerlemesinden kaynaklanan nedenlerden olduğunu göstermektedir. Phumdoung ve Good'un (2003) yaptığı çalışmada gebelere aktif fazda 3 saat müzik dinletilmiş ve müzik dinleyen grubun GKÖ'ne göre daha az ağrı hissettikleri görülmüştür (43). Taghinejad ve ark.'nın (2010) doğum ağrısı üzerinde masaj ve müziğin etkisini araştırdıkları çalışmada; masaj yapılan ve müzik dinletilen grubun GKÖ'ne göre daha az ağrı hissettikleri görülmüştür (53). Yapılan bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelere doğumda nasıl bir ağrı hissettikleri sorulmuş ve verdikleri yanıtlar incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %27.5'i "rahatsız edici", %42.5'i "şiddetli", %25.0'i "çok şiddetli" ve %5.0'i "dayanılmaz" yanıtını vermiştir. Kontrol grubundaki gebelerin ise %12.5'i "rahatsız edici", %30.0'u "şiddetli", %47.5'i "çok şiddetli" ve %10.0'u "dayanılmaz" yanıtını verdiği saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin doğumda çektikleri ağrıyı tanımlama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin doğumda zorluk çekme durumları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %50'sinin, kontrol grubundaki gebelerin %72.5'inin doğumda zorluk çektikleri belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin doğumda zorluk çekme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma grubundaki gebelerin doğumda zorluk çekme oranı daha düşüktür (Tablo 12).

Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin doğumdan sonra emzirmeye hemen başlayabilme durumlarına ilişkin verdikleri yanıtlar incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %87.5'inin, kontrol grubundaki gebelerin % 82.5'inin doğumdan sonra emzirmeye hemen başladıkları belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin doğumdan sonra emzirmeye hemen başlayabilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12). Emzirmeye ilişkin sonuçların yüksek olmasının sebebi olarak, hastanenin bebek dostu hastane olması, ebelerin ve tüm sağlık personelinin bu konuda bilinçli ve anneleri yönlendirici tutumları olarak düşünülebilir.

Çalışma grubundaki gebelerin % 95.0'i doğumda hissettikleri ağrının dinletilen müziğe odaklanabilmelerine engel olmadığını; % 5.0'i ise engel olduğunu belirtmişlerdir. Doğum ağrısı yaşayan gebeler ciddi endişeler ve korkularla doğum salonlarına başvurmaktadır. Bu dönemde kimi zaman onlarla iletişim kurmakta bile güçlük çekilmektedir. Doğumda gebelerin

dikkatini başka yöne çekebilmek için müziğin etkin bir araç olduğu savını bu bulgu desteklemektedir (Tablo 13).

Çalışma grubundaki gebelere dinletilen müziğin ağrıları üzerine etki durumu sorulduğunda; gebelerin %95,0'i "etkili", %5,0'i "kısmen etkili" yanıtını vermiş olup, "etkisiz" diyen gebe bulunmamaktadır (Tablo 13). Babacan'ın (1999) "Sezaryen Sonrası Ağrı Kontrolünde Masaj/Dokunma ve Müzik/Gevşeme Etkililiğinin Karşılaştırılarak İncelenmesi" isimli çalışmasında müzik dinleyen lohusaların %100'ünün müziğin ağrılarını hafiflettiğini ifade ettikleri belirlenmiştir (7). Bu bulgular araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubundaki gebelere dinledikleri müziğin etki durumu sorulduğunda; gebelerin %57.5'i "ağrılarımı az hissettim", %12.5'i "korkularıyla baş etmeme yardımcı oldu" ve %30.0'u "rahatlamama yardımcı oldu" yanıtını vermiş olup, "hiç etkisi olmadı" diyen gebe bulunmamıştır (Tablo 13). Ersanlı'nın (2007) çalışmasında; tedavi müziğinin etki durumu için gebelerin %30.2'si "rahatlamama yardımcı oldu" %26.9'u "huzur ve güven verdi", %23.8'i "ağrılarımı hissetmemi azalttı", %14.3'ü "ortama uyum sağlamama yardımcı oldu" %4.8'i "hiç etkisi olmadı" diye ifade etmişlerdir (19). Bu bulgular araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubundaki gebelerin tamamı dinletilen müziği bir sonraki doğumunda da dinlemek istediklerini belirtmişlerdir. Çalışma grubundaki gebelerin tamamı, yakınlarına da doğumlarında müzik dinlemelerini tavsiye edebileceklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu çalışma grubundaki gebelerin uygulamadan memnuniyetini göstermektedir.

Çalışma grubundaki gebelerin %95'i başka tür müzik dinlemek istemezken, %5,0'i başka türde müzik dinlemek istediğini belirtmiştir. Müzik zevki kişiden kişiye göre değişebilen bir olgudur. Bu farklılığa rağmen gebelerin büyük bir bölümünün uygulamada kullanılan müzikten hoşlanması sebebiyle, ney müziğinin doğum salonlarında fon müziği olarak dinletilmesi için önerilebilir (Tablo 13).

Çalışma grubundaki gebelerin % 90'ı dinletilen müziği doğum esnasında da dinlemek istediklerini; % 10'u dinlemek istemediğini belirtmişlerdir. Çalışma grubundaki gebelerin büyük çoğunluğunun ney enstrümanını tanımıyor olmalarına rağmen (Tablo 13), ney müziğini doğumda da dinlemek istemesi sevindirici bir durumdur ve yapılabilecek benzer çalışmalarda ney müziğinin doğumda da uygulanması için bir öneri olarak sunulabilir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 SONUÇ

İndüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda dinletilen ney sesinin doğum sürecine etkilerini saptamak amacı ile planlanan araştırma sonuçlarına göre,

Çalışma grubunda yer alan gebelerin;

- % 80'inin 20-24 yaş grubunda yer aldığı,
- Yaş ortalamalarının 22.53 ± 2.19 (Min =21, Max=34) olduğu,
- % 92.5'i ilköğretim düzeyinde eğitim gördükleri,
- Hiçbirinin çalışmadığı,
- Eşlerinin %80'inin, 25-29 yaş grubunda yer aldığı,
- Eşlerinin %60.0'nın ilköğretim düzeyinde eğitim gördükleri,
- Eşlerinin % 47.5'inin işçi olduğu,
- % 90.0'nın sosyal güvencesinin olduğu,
- %67.5'inin gelir durumlarının giderden az olduğu,
- %75.0'inin geniş aile tipinde olduğu,
- Evlenme yaşı ortalaması 20.85 ± 1.19 olduğu,
- Evlilik süresi ortalaması 1.70 ± 1.09 olduğu,
- İlk gebelik yaşı ortalamalarının 21.53 ± 2.19 (Min=20, Max=28) olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan gebelerin;

- % 77,5'i 20-24 yaş grubunda yer aldığı,
- Yaş ortalamalarının 22.98 ± 2.97 (Min =21, Max=34) olduğu,
- %90'nının ilköğretim düzeyinde eğitim gördükleri,
- Hiçbirinin çalışmadığı,
- %70'inin 25-29 yaş grubunda yer aldığı,
- % 67.5'inin ilköğretim düzeyinde eğitim gördükleri,
- Eşlerinin % 65.0'inin işçi oldukları,
- %75'inin sosyal güvencesinin olduğu,
- %57.5'inin gelir durumlarının giderden az olduğu,
- %67.5'inin geniş aile tipinde olduğu,
- Evlenme yaşı ortalamalarının 21.23 ± 2.27 (Min =20, Max=32) olduğu,
- Evlilik süresi ortalamalarının 1.75 ± 0.98 (Min =1, Max=5) olduğu,
- İlk gebelik yaşı ortalamalarının 21.98 ± 2.97 (Min=20, Max=33) olduğu belirlenmiştir.

Çalışma grubunda yer alan gebelerin;

- Hiçbirinin düşük veya kürtaj yaptırmadığı,
- %92.5'i doğacak bebeğinin cinsiyetini bildiği,
- % 52.5'i bebeklerinin cinsiyetini kız olduğunu bildiği
- % 87.5'i doğacak bebeklerinin cinsiyetini isteme durumlarına farketmez olarak yanıtladıkları,
- % 95.0'inin gebeliklerini planlı olarak gerçekleştirdiği,
- % 82.5'inin indüksiyonun ne olduğunu bilmediği,
- %100'ünün müzik dinlemeyi sevdiği,

- % 32.5'inin "iş yaparken", %37.5'inin "boş zamanlarında", %20'sinin "üzgün / sıkıntılı / stresli zamanlarda", %10'unun her zaman müzik dinlediği,
- %15.0'inin "Pop/yabancı/hareketli", %12.5'inin "Arabesk/ Fantezi", %25.0'inin "TSM/THM", %47.5'inin "her türlü" müzik dinledikleri,
- Kendilerinin ve eşlerinin tamamının herhangi bir müzik eğitimi almadığı ve bir müzik aleti çalmadığı,
- %95.0'inin ney enstrümanını tanımadığı,
- Hepsinin doğum öncesinde dinletilecek olan ney sesinin doğuma etkisi olacağını düşündüğü,
- Ney sesinin kendilerini nasıl etkileyeceği sorulduğunda; %20.0'sinin "hoşuma gider", %15.0'inin "duygusal etkiler", %7.5'inin "uyurum", %40.0'inin "rahatlarım" ve %17.5'inin "moral verir" olarak yanıtladıkları belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan gebelerin;

- Hiçbirinin düşük veya kürtaj yaptırmadığı,
- %87.5'inin doğacak bebeğinin cinsiyetini bildiği,
- % 45.0'inin bebeklerinin cinsiyetini kız olduğunu bildiği,
- % 92.5'inin doğacak bebeklerinin cinsiyetini isteme durumlarına farketmez olarak yanıtladıkları,
- % 92.5'inin gebeliklerini planlı olarak gerçekleştirdiği,
- % 87.5'inin indüksiyonun ne olduğunu bilmediği,
- % 97.5'inin müzik dinlemeyi sevdiği,
- % 35.0'inin "iş yaparken", %27.5'inin "boş zamanlarında", %25'inin "üzgün / sıkıntılı / stresli zamanlarda", %12.5'inin "her zaman" müzik dinlediği,

- % 7.5'inin "Pop/ yabancı/ hareketli", %35.0'inin "Arabesk/ Fantezi", %15.0'inin "TSM/ THM", %42.5'inin "her türlü" müzik dinlediği
- Kendilerinin ve eşlerinin tamamının herhangi bir müzik eğitimi almadığı ve bir müzik aleti çalmadığı,
- % 97.5'inin ney enstrümanını tanımadığı belirlenmiştir.
- Çalışma grubunun uygulama başlangıcındaki servikal dilatasyon ortalaması 4.88 cm (Min=4, Max=6) iken, uygulama bitişindeki servikal dilatasyon ortalaması 7.03 cm (Min=6, Max=8)'dir. Kontrol grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal dilatasyon ortalaması 4.70 cm (Min=4, Max=6) iken uygulama bitişindeki servikal dilatasyon ortalaması 6.70 cm (Min=6, Max=8) olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarındaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal dilatasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); uygulama bitişindeki servikal dilatasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma grubunun uygulama bitişindeki servikal dilatasyonu kontrol grubuna göre yüksektir.
- Çalışma grubunun uygulama başlangıcındaki servikal efasman ortalaması % 54.5 (Min=40, Max=70), uygulama bitişindeki servikal efasman ortalaması % 78.25 (Min=70, Max=90)'tir. Kontrol grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal efasman ortalaması % 52.0 (Min=40, Max=70) iken, uygulama bitişindeki servikal efasman ortalaması % 69.5 (Min=50, Max=90) olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarındaki gebelerin uygulama başlangıcındaki servikal efasman ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamışken ($p>0.05$); uygulama bitişindeki servikal efasman ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamli farklilik saptanmifstir. Çalışma grubunun uygulama bitifindeki servikal dilatasyonu kontrol grubuna göre anlamli şekilde yuksektir ($p<0,01$).

- Araştırma bulgularına göre servikal dilatasyon ve efasman sonuçlarının çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamli düzeyde yüksek olması, dinletilen mziğın servikal dilatasyon ve efasmanın ilerlemesinde kolaylaştırıcı etkisi olduğunu göstermiştir. **Bu durum da “travayda ney mziğı dinletilen gebelerin doğum eylemi daha kısa sürer” hipotezini desteklemektedir.**
- Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki ve bitifindeki ortalama sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamli farklilik bulunmaktadır. Çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcı ve bitifindeki ortalama sistolik kan basıncı ölçümleri kontrol grubuna göre anlamli şekilde düşüktür ($p<0.05$).
- Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki ve bitifindeki ortalama diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamli farklilik bulunmaktadır. Çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcı ve bitifindeki ortalama diastolik kan basıncı ölçümleri kontrol grubuna göre anlamli şekilde düşüktür ($p<0.05$).
- Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki ortalama kalp atım hızı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamli farklilik bulunmamaktadır($p>0,05$).
- Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama bitifindeki ortalama kalp atım hızı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamli farklilik bulunmaktadır. Çalışma grubundaki gebelerin ortalama kalp atım hızı ölçümleri kontrol grubuna göre anlamli şekilde düşüktür ($p<0,01$).

- Çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon sayıları ortalaması 5.55 (Min=4, Max=7); uygulama bitişindeki kontraksiyon sayıları ortalaması 6.65 (Min=6, Max=8) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerinse uygulama başlangıcındaki kontraksiyon sayıları ortalaması 5.15 (Min=4, Max=7); uygulama bitişindeki kontraksiyon sayıları ortalaması 6.35 (Min=6, Max=8) olarak belirlenmiştir. Uygulama başlangıcında çalışma grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamışken ($p>0.05$) uygulama bitiminde çalışma grubu ve kontrol grubunun kontraksiyon sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun uygulama bitişindeki kontraksiyon sayıları ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$).
- Çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon süreleri ortalaması 46.80 (Min=40.0, Max=58.3) saniye; uygulama bitişindeki kontraksiyon süreleri ortalaması 57.87 (Min=52.5, Max=68.6) saniyedir. Kontrol grubundaki gebelerin kontraksiyon süreleri ortalaması ise uygulama başlangıcında 49.56 (Min=40, Max=60) saniye; uygulama bitişinde ise 57.71 (Min=51.4, Max=66.7) saniyedir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun uygulama başlangıcındaki kontraksiyon süreleri ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,01$) Çalışma ve kontrol gruplarına göre uygulama bitişindeki kontraksiyon süreleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışma ve kontrol gruplarına göre çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon sıklıkları ortalaması 188.16 (Min=120, Max=260) saniye; uygulama bitişindeki kontraksiyon sıklıkları ortalaması 128.55 (Min=87.5,

Max=146.7) saniyedir. Kontrol grubunun ise uygulama başlangıcındaki kontraksiyon sıklıkları ortalaması 175.51 (Min=114.3, Max=252.5) saniye olup, uygulama bitişinde ise 128.36 (Min=88.8, Max=146.7) saniyedir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki ve bitişindeki kontraksiyon sıklıkları ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

- Çalışma ve kontrol gruplarına göre çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon şiddetleri ortalaması 37.12 (Min=30, Max=70) kPascal; uygulama bitişindeki kontraksiyon şiddeti ortalaması 42.96 (Min=34.3, Max=68.3) kPascal'dır. Kontrol grubundaki gebelerin ise uygulama başlangıcındaki kontraksiyon şiddetleri ortalaması 35.18 (Min=30, Max=40) kPascal olup uygulama bitişindeki kontraksiyon şiddetleri ortalaması 40.81 (Min=34.3, Max=48.3) kPascal'dır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama başlangıcındaki kontraksiyon şiddetleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamışken ($p>0.05$); çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulama bitişindeki kontraksiyon şiddetleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun uygulama bitişindeki kontraksiyon şiddetleri ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$).
- Çalışma grubundaki annelerin bebeklerinin 1. dakikadaki apgar puan ortalaması 7.83 (Min=7, Max=8), 5. dakikadaki 8.95 (Min=8, Max=10); kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin 1. dakikadaki apgar puan ortalaması 7.70 (Min=7, Max=9), 5. dakikadaki 8.83 (Min=7, Max=9)'tür. Çalışma ve kontrol gruplarına göre birinci ve beşinci dakika apgar puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

- Çalışma grubundaki gebelerin travay süresi ortalaması 212.62 (Min=150, Max=320) dakika; kontrol grubundaki gebelerin travay süresi ortalaması 236.0 (Min=150, Max=320) dakikadır. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin travay süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubundaki gebelerin travay süreleri ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($p<0.05$). Araştırma sonuçlarına göre dinletilen müzik; servikal dilatasyon ve efasmanın çalışma grubunda kontrol grubuna göre daha hızlı ilerlemesini ve travay sürecinin daha kısa sürmesini sağlamıştır. **Bu durum da “travayda ney müziği dinletilen gebelerin doğum eylemi kısa sürer” hipotezini desteklemektedir.**
- Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulamada uykuya dalma oranları incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %87.5’inin, kontrol grubundaki gebelerin %7.5’inin uygulamada uykuya daldıkları görülmüştür. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin uygulamada uykuya dalma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunda uykuya dalan gebelerin oranı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,01$).
- Çalışma grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki GKÖ puan ortalamaları 43.25 mm (Min=30, Max=67), birinci uygulama sonunda 49.30 mm (Min=30, Max=73), ikinci uygulama sonunda 57.88 mm (Min=39, Max=75), üçüncü uygulama sonunda 67.95 mm (Min=54, Max=88)’dir. Kontrol grubundaki gebelerin uygulama başlangıcındaki GKÖ puan ortalamaları 48.65 mm (Min=30, Max=65), birinci uygulama sonunda 65.33 (Min=41, Max=93), ikinci uygulama sonunda 75.93 mm (Min=57, Max=94), üçüncü uygulama sonunda 81.13 mm (Min=55, Max=99)’dir. 4 uygulama sonunda da çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubunun 4 uygulamada da GKÖ puan ortalaması kontrol

grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,01$). **Bu durum da “travayda ney müziği dinletilen gebelerin doğum ağrısı algısı dinlemeyenlere göre daha düşüktür.”** hipotezini desteklemektedir.

- Çalışma ve kontrol grubundaki gebelere doğumda nasıl bir ağrı hissettikleri sorulmuş ve verdikleri yanıtlar incelendiğinde; çalışma grubundaki gebelerin %27.5’i “rahatsız edici”, %42.5’i “şiddetli”, %25.0’i “çok şiddetli” ve %5.0’i “dayanılmaz” yanıtını vermiştir. Kontrol grubundaki gebelerin ise %12.5’i “rahatsız edici”, %30.0’u “şiddetli”, %47.5’i “çok şiddetli” ve %10.0’u “dayanılmaz” olarak yanıtladıkları saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin doğumda çektikleri ağrıyı tanımlama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışma grubundaki gebelerin %50’sinin, kontrol grubundaki gebelerin %72.5’inin doğumda zorluk çektikleri belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin doğumda zorluk çekme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubundaki gebelerin doğumda zorluk çekme oranı daha düşüktür ($p<0.05$).
- Çalışma grubundaki gebelerin %87.5’inin, kontrol grubundaki gebelerin %82.5’inin doğumdan sonra emzirmeye hemen başladıkları belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarına göre gebelerin doğumdan sonra emzirmeye hemen başlayabilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışma grubundaki gebelerin % 95.0’i doğumda hissettikleri ağrının dinletilen müziğe odaklanabilmelerine engel olmadığını; % 5.0’i ise engel olduğunu,

- Çalışma grubundaki gebelere dinletilen müziğin ağrıları üzerine etki durumu sorulduğunda; gebelerin %95,0'i "etkili" , %5,0'i "kısmen etkili" yanıtını vermiş olup, "etkisiz" diyen gebe bulunmadığı,
- Çalışma grubundaki gebelere dinledikleri müziğin etki durumu sorulduğunda; gebelerin %57.5'i "ağrılarımı az hissettim", %12.5'i "korkularıyla baş etmeme yardımcı oldu" ve %30.0'u "rahatlamama yardımcı oldu" yanıtını vermiş olup, "hiç etkisi olmadı" diyen gebenin bulunmadığı,
- Çalışma grubundaki gebelerin tamamı dinletilen müziği bir sonraki doğumunda da dinlemek istediğini,
- Çalışma grubundaki gebelerin %95'i başka tür müzik dinlemek istemezken, %5,0'i başka türde müzik dinlemek istemiş,
- Çalışma grubundaki gebelerin % 90'ı dinletilen müziği doğum esnasında da dinlemek istediklerini; % 10'u dinlemek istemediğini belirtmiştir.
- Araştırma sonucunda indüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda dinletilen ney sesinin doğum sürecini kısalttığı, ağrı algısını GKÖ'ne göre hafiflettiği ve doğum sürecine olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır.

5.2. ÖNERİLER

İndüksiyon uygulanan primipar gebelere dinletilen ney sesinin doğum sürecine olumlu yönde etkisi olduğu saptanan bu araştırma sonuçları doğrultusunda şunlar önerilebilir:

1. Prenatal dönemde ve travay sürecindeki gebelere rutin olarak uygulanan ebelik bakımına müzik terapi dahil edilmelidir.
2. Müzik terapinin ebelik bakımına dahil edilebilmesi için ebeler bu konuda hizmet içi eğitim programları verilmelidir.
3. Müzik terapi ebelik eğitimi veren okullarda ders programlarına dahil edilmelidir.
4. Müzik terapide kullanılacak müzik, müzik terapisti tarafından belirlenmeli, olası ise tüm bireylerin standart olarak belirlenmiş müziği dinlemeleri sağlanmalıdır.
5. Müzik terapinin sağlık personeli üzerindeki etkilerinin incelenmesi önerilebilir.
6. Müzik terapinin doğum esnasında da uygulanması sağlanmalı ve yapılabilecek farklı araştırmalarla doğum anındaki etkisi de incelenmelidir.
7. Farklı makamlarla doğumda müzik terapi uygulaması yapılmalı ve makamların da uygulamadaki başarısı incelenmelidir.

ÖZET

Bu araştırma, indüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda dinletilen ney sesinin doğum sürecine etkilerini belirlemek amacıyla deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırma İstanbul ilindeki bir devlet hastanesinde Temmuz 2011-Aralık 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma kapsamına; riskli olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler alınmıştır. Araştırmanın örneklemini 40 çalışma, 40 kontrol grubunda olmak üzere 80 gebe oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, gebenin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek üzere “Sosyodemografik Anket Formu” gebelerin müzikle olan ilişkileri “Gebelerin Müzikle Olan İlişki Formu”, gebenin doğumunu değerlendirmek amacıyla “İndüksiyon Yapılan Gebelerin İzlem Formu”, gebenin ağrı düzeyini değerlendirmek için GKÖ, doğum sonu uygulamayı değerlendirmek amacıyla “Doğum Sonrası Uygulama Değerlendirme Formu” kullanılarak toplanmıştır.

Bu araştırmada; çalışma grubuna araştırmacı tarafından canlı olarak Segah Makamı’nda 20’şer dakika 3 kez ney taksimi dinletilmiştir. Kontrol grubuna ney veya herhangi bir müzik dinletilmemiştir. Kontrol grubuna rutin ebelik bakımı uygulanmıştır.

Toplanan veriler yüzdelik, ki-kare testleri ve t testleri, Tekrarlı ölçümlerde Varyans Analizi ve Fisher’s Exact test ile değerlendirilmiştir.

Araştırmada kontraksiyon sıklığı, şiddeti ve süreleri incelendiğinde çalışma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Araştırmada uykuya dalma oranları açısından çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Gebelerin belirlenen ağrı algı puanları GKÖ açısından, çalışma grubu ve kontrol grubu arasında 4 uygulama boyunca da anlamlı bir fark bulunmuştur.

Gebelerin servikal efasman ve dilatasyonları incelendiğinde çalışma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Gebelerin travay süreleri incelendiğinde çalışma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Gebelerin sistolik ve diyastolik kan basıncı ve nabız değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Araştırma sonucunda indüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda dinletilen ney sesinin doğum sürecini kısalttığı, ağrı algısını hafiflettiği ve doğum sürecine olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır.

SUMMARY

EFFECTS OF NEY SOUND DURING LABOR AT FIRST PREGNANCY WITH INDUCTION

This research was carried out as an experimental study, to determine the effects of ney sound during labor at first pregnancy with induction.

The research in a Public Hospital in the province of Istanbul was carried out between July 2011- December 2011. The scope of research comprised of the pregnant women who had no risks and agreed to participate in study. 80 pregnant woman consisted the sampling of the research , 40 in experimental and 40 in control groups.

Research data were collected by using following instruments; “Socio-Demographic Questionnaire Form” which determines the socio-demographic characteristics of the pregnant women, “The Form of Pregnant’s Relation With Music” which determines the pregnant’s relation with music, “Monitoring With Induction Pregnant’s Form” which determines evaluating their labors, “Visual Analog Scala=VAS” which determines the level of pain of the pregnant, “Postpartum Application and Evaluation Form” which evaluates the application of the postpartum period.

In this study, the test group receiving live Ney improvisation of Segah Maquam, by researcher with 20 minutes at three times. The control group did not listen to Ney or any music. The control group had the standart midwifery care during labor.

The collected data was evaluated with using the percentage, chi-square methods and t methods, repeated-measurement analysis of variance and Fisher’s Exact Test.

In the research, when the frequency, severity and times of contraction and examined, was found a statistical difference between the study groups and control groups.

In this study, in terms of falling asleep, there was a statistical difference between the study groups and control groups.

The perception of pain in pregnant women scores (VAS), in the experimental group and the control group, there was a significant difference was found for 4 of the application.

Pregnant women were examined for cervical effacement and dilatations, there was a significant differences between the experimental group and the control group.

Pregnant women were examined labor process, there was a significant differences between the experimental group and the control group.

Between the values of systolic and diastolic blood pressure and heart rate of the pregnant women were significantly different.

At the end of the research it's determined that, listening to ney with induction pregnant during labor, alleviated pain of severity and positively effected labor process.

KAYNAKLAR

1. Ak, A.Ş. (1997). Avrupa ve Türk İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi, Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları Öz Eğitim Basım Yayım Dağıtım Ltd Şti., Konya.
2. Akdağ, R. (2008). Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Tutum ve Klinik Karar Verme Durumlarının Değerlendirilmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep
3. Altınölçek, H. (1998). Bir İletişim Aracı Olarak Müzik ve Müzikle Tedavi Yöntemleri, Eskişehir.
4. Aslan, F.E. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1), 9-16.
5. Aslan, F.E. (2006). Ağrı Değerlendirmesi ve Ölçümü, Edit: Aslan, F.E. Ağrı Doğası ve Kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti, I. Basım, İstanbul, 68-99.
6. Avcıbay, B. (2009), Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
7. Babacan, S. (1999) Sezeryan Sonrası Ağrı Kontrolünde İlaç Dışı Farklı İki Yöntemin (Masaj Dokunma ve Müzik Gevşeme) Etkinliğinin Karşılaştırılarak İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
8. Brown, H.C. Paranjoty, S. Dowswell, T. Thomas, J. (2008). Package of Care for Active Management in Labour for Reducin Caesarean Section Rates in Low-Risk Women. Cochrane Database Syst Rev. Oct.8(4):CD004907
9. Browning, C.A. (2000). Using Music During Childbirth. Birth, 27(4), 272-6

10. Byers, J.F. Smyth, K.A. (1997). Effects of a Music Intervention on Noise Annoyance, Heart Rate, and Blood Pressure in Cardiac Surgery Patients, *AmJ Crit Care*, 6(3): 183-91.
11. Cheung, W. Ip WY & Chan, D. (2007). Maternal Anxiety and Feelings of Control During Labour: a Study of Chinese First-time Pregnant Women. *Midwifery* 23: 123-130.
12. Coşkun, A. Karanisoğlu H. (1992). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. *Eskisehir: ETAM A.S.* 296-305.
13. Çakır, D. (2009). Doğum Tipi Değişkeninin Anne Bebek Etkileşimi ve Annenin Bebeğini Algılaması Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.*
14. Çoban, A. (2005). Müzik Terapi, İstanbul: Timaş Yayınları.
15. Davis, C. Cooke, M. (2005). The Effect of Aromatherapy Massage with Music on The Stres and Anxiety Levels of Emergency Nurses, *Australasian Emergency Nursing Journal* , 8:43-50
16. Demirci, N. Gürkan, Ö. Arslan, H. Ekşi, Z. (2005). Oksitosin Uygulamalarında Hekim, Ebe Ve Hemşirelerin Rolü, *Perinataloji Dergisi*. Cilt 13, sayı 3, s.129-137.
17. Duman, B.N. (2009). Postpartum Erken Taburculuk Sonrası Evde Bakım, *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 8(1):73-82.
18. Ekizler, H. (1998) Ağrının Obstetrik ve Jinekolojik Açıdan Değerlendirilmesi, *Hemşirelik Bülteni*, 3(2), 53-60
19. Ersanlı, C. (2007). İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim ile Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*

20. Geden, E.A. Lower, M. Beattie, S. Beck, N.(1989) Effects of Music And İmagery On Physiologic And Self-Report Of Analogued Labor Pain, Nursing Research 38(1):37–41
21. Gençalp, N.(2000). Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Sürecine Etkisi, 1. Uluslar arası& Hemşirelik Kongresi Kitabı s. 276-280, Antalya
22. Good, M. Anderson, G. (2002). Relaxation and Music Reduce Pain After Gynecologic Surgery. Pain Management Nursing, 3(2), 61-70.
23. Güleç, G. Güleç, S. (2006). Ağrı ve Ağrı Davranışı, Ağrı 18(4), 5-9.
24. Güngör, Ş. (1999). Cerrahi Girişim Yapılacak Vakalarda: Preoperatif Dönemde Müzik Terapi ve Dokunma Terapisi İçeren Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
25. Güvenç, R. (1985). Türk Musikisi Tarihi ve Türk Tedavi Musikisi, İstanbul: Metinler Matbaacılık.
26. Hopkins, K. (2000). Are Brazilian Women Really Choosing To Deliver By Cesarean. Soc Sci Med. Sep; 51(5): 725-40.
27. İkonomidou, E. Rehnström, A. Naesh, O. (2004). Effect of Music on Vital Signs and Postoperative Pain, AORN Journal, 80(2): 269-278.
28. Karahan, S. (2006). Tarihsel Süreç İçersinde Türklerde Müzikle Terapi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müzik Anasanat Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
29. Kavlak, O. Şirin, A. (2009). Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumun Uyarlanması, Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi, 6(1):189-202.

30. Kızılkaya, N. (1999). Ebeveyn Eğitim Programları Çerçevesinde Gebelik Dönemine İlişkin Bir Eğitim Oturumu. Hemşirelik Bülteni 11, 43-44 : 323-331
31. Kocaman, G. (1994). Ağrı, Hemşirelik Yaklaşımları, Saray Medikal Yayıncılık San. Ve Tic. Ltd. Şti, İzmir.
32. Kömürcü, N. (1999). “Travayda Dinletilen Tedavi Müziğinin Gebenin Anksiyetesine Etkisi”, Hemşirelik Forumu, 2(3): 89-96.
33. Kömürcü N. Ergin Y.(2008). Doğum Ağrısı ve Yönetimi s.115-116
34. Lai, H.L. Good, M. (2006). Music Improves Sleep Quality in Older Adults, Journal Of Advanced Nursing, 53(1): 134-146.
35. Liu, YH. Chang, MY. Chen, CH. (2010). Effects of Music Therapy on Labour Pain and Anxiety in Taiwanese First Time Mothers, Journal of Clinical Nursing, 19, 1065-1072.
36. Lowe, N.K. (1996). The Pain and Discomfort of Labor and Birth, JOGNN, January, Vol: 25, Number:182- 91.
37. Mahlmeister, R.L.(2008). Best Practices in Perinatal Care: Evidence-Based Management of Oxytocin Induction and Augmentation of Labor, J Perinat Neonatal Nurs., Oct-Dec;22(4):259-63.
38. Mandevilla, L.K. Troiano, N.H. (1999). High Risk & Critical Care İntrapartum Nursing. 2. Ed. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, s.420-423.
39. Miller, LA. (2009). Oxytocin, Excessive Uterine Activity and Patient Safety: Time for a Collaborative Approach. J Perinat Neonatal Nurs., Jan-Mar;23(1):52-8.
40. Moleti, C.A. (2009). Trends and Controversies İn Labor İnduction. MCN Am J Matern Child Nurs. Jan- Feb;34(1):40-7.

41. Özçevik, A. (2007). Müzikle Tedavi ve Öğrenciler Üzerindeki Terapik Etkileri, İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
42. Öztürk, H. Saruhan A, (2008). Gebelerde Uygulanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1: 18-37
43. Phumdoung, S. Good, M. (2003). Music Reduces Sensation and Distress of Labor Pain, Pain Management Nursing, Vol:4, No:2 (June), 54-61.
44. Raj, P.P. (2000). Ağrı Taksonomisi, Erdine, S. (Ed) Ağrı, İstanbul, Alemdar Ofset, s.12-18.
45. Ravlı, E. (2010), Kadınların Sezaryen ve Normal Doğum Yapma Nedenlerinin Değerlendirilmesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
46. Richards, T. Johnson, J. Sparks, A. & Emerson, H. (2007). The Effect Of Music Therapy On Patients' Perception And Manifestation Of Pain, Anxiety And Patient Satisfaction, Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses 16: 7-14.
47. Sargın, M.A. (2008). Doğum İndüksiyonunda Kullanılan Farmakolojik Ajanların Yenidoğan Sarılığı Üzerine Etkileri, Uzmanlık Tezi, S.B İstanbul Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
48. Simpson, K.R. (2005). The Context & Clinic Evidence for Common Nursing Practice During labor. MCN Am J Matern Child Nurs. Nov-dec;30(6):356-63;quiz 364-5
49. Sivashioğlu, A. (2005). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi El Kitabı. Ankara: Tusem Tıbbi Yayıncılık

50. Şeker, S. Sevil, Ü. (2006) Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğini Algılamasına Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir
51. Şengül, E. (2008) Kültür Tarihi İçinde Müzikle Tedavi ve Edirne Sultan II. Bayezid Darüşşifası Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Trakya.
52. Tabarro, C. Campos, L. Galli, N. Novo, N. Pereira, V. (2010) Effect Of The Music In Labor And Newborn 44(2), 441-8 www.ee.usp.br/reeusp/ Erişim Tarihi: 10.11.2012
53. Taghinejad, H. Delpisheh, A. Suhrabi, Z. (2010). Comparison Between Massage And Music Therapies To Relieve The Severity Of Labor Pain. Women Health., 6:377-81.
54. Taşçı, E. Ümran, S. (2007). Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar, Genel Tıp Dergisi, 17(3), 181- 186.
55. Taşkın, L. (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş V. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 215-216, 301-372.
56. Turabi, H.A. (2005). Gevrekzade Hafız Hasan Efendi ve Musiki Risalesi, Rağbet Yayınları, İstanbul.
57. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müd., Ankara.
58. Uçan, Ö. Ovayolu, N. (2006). Müzik ve Tıpta Kullanımı, Fırat Sağlık Hizmetleri cilt:1 sayı:3.
59. Voss, J. Good, M. Yotes, B. (2004). Sedative Music Reduces Anxiety and Pain During Chair Rest After Open-Heart Surgery. Pain, 112:197-203.
60. Wang, M. Kulkarni, L. Dolev, J. Kain, Z. (2002). Music and Preoperative Anxiety: A Randomized, Controlled Study, Anesth Analg., 94: 1489-1494.

61. Waters, B.L. Raisler, J. (2003). Ice Massage for The Reduction of Labor Pain J Midwifery Women's Health, 48:317-21.
62. Yıldırım, G. (2001) Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
63. Yıldırım G. Şahin N. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(1).
64. Yıldırım, G. Şahin, N.H. (2004). Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum Ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi, Jinekoloji Ve Obstetri Dergisi, 18:115-121.

GEBE RAPOR FORMU ÖRNEĞİ (EK 1)

Gebe Numarası:

Tarih:

SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

Sayın Katılımcı:

Bu anket formu, indüksiyon (suni sancı) uygulanan gebelere canlı olarak dinletilen ney sesinin etkilerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Sorularımıza verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak ve başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1) Yaşınız (Açık olarak yazınız).....

1)20–24 2)25–29 3)30–35

2) Eğitim durumunuz nedir?

1) Okur-yazar değil 2) Okuryazar 3)İlköğretim mezunu 4) Ortaöğretim mezunu

5)Yüksekokul / Fakülte mezunu 6)Y. Lisans / Doktora eğitimi almış

3) Çalışıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

4) Ne iş yapıyorsunuz?.....

1)Ev hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Serbest Çalışıyor 5) Diğer.....

5) Sosyal güvence durumunuz

1)Var 2) Yok

6) Eşinizin Yaşı.....

1) 19 yaş ve altı 2) 20–24 3) 25–29 3) 30–34 4) 35 yaş ve üzeri

7) Eşinizin eğitim durumu nedir?

1) Okur-yazar 2) Okur yazar değil 3) İlköğretim 4) Ortaöğretim

5) Yüksekokul / Fakülte mezunu 6) Y. Lisans / Doktora

8) Eşinizin işi nedir?

1) İşsiz 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest Meslek5)Diğer..... (Belirtiniz).....

9) Ortalama Aylık Gelir düzeyiniz.....

1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla

10) Aile tipiniz:.....1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Diğer.....

11) İlk gebelik yaşıınız.....

a)19 yaş ve altı b) 20- 24 c) 25-29 d) 30-35

12) Düşük yaptınız mı? a) Evet: ise Sayısı:..... b) Hayır.....

13) Kürtaj yaptırdınız mı? a) Evet: ise Sayısı:..... b) Hayır.....

14) Bu bebeğinize sahip olmayı planlayarak/isteyerek mi karar verdiniz?

1)Evet 2) Hayır

15) Bebeğinizin cinsiyetini biliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

16) Evet ise; bebeğinizin cinsiyeti nedir?

1) Kız 2) Erkek

17) Cinsiyeti sizin olmasını istediğiniz gibi mi?

1) Evet 2) Hayır 3) Farketmez

18) Doğum yapma düşüncesi sizi korkutuyor mu ?

1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

19) Korkutuyorsa sebebini açıkla mısınız?

.....

20) Doğum ağrısı ile baş etme yöntemleri hakkında eğitim/bilgi aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

21) Evet ise hangi yöntemleri biliyorsunuz?

.....

22) İndüksiyonun(suni sancı) ne olduğunu biliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

GEBENİN MÜZİKLE OLAN İLİŞKİ FORMU (EK II)

(Kontrol grubuna 8. ve 9. sorular sorulmayacaktır.)

1) Müzik dinlemeyi sever misiniz?

1) Evet 2) Hayır

2) Ne zamanlar, hangi durumlarda müzik dinlersiniz?

.....

3) Hangi tür müzikleri dinlediğinizde kendinizi iyi hissedersiniz?

.....

4) Herhangi bir müzik eğitimi aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

5) Herhangi bir müzik aleti çalıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

6) Eşiniz herhangi bir müzik aleti çalıyor mu?

1)Evet 2) Hayır

7) Ney enstrümanını tanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

8) Gebelik döneminizde müzik dinlediniz mi?

1) Evet 2) Hayır

9) Doğum öncesinde size dinletilecek olan ney sesinin doğumunuza etkili olacağını düşünüyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

10) Nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?

.....

GEBENİN İZLEM FORMU (EK III)

1. Doğum ağrılarının başladığı saat/gün:.....
 2. Hastaneye geldiği saat:.....
 3. Uygulamanın başladığı saat/ İndüksiyon Başlama Zamanı.....
 4. Uygulamanın bitiş saati:.....
 5. İndüksiyon başladığında dilatasyon ve efasman:.....
 6. Doğum Saati.....
- Vajinal Muayene Bulguları

	Uygulama Başlangıcı	I.Uygulama Sonu	II.Uygulama Sonu	III. Uygulama Sonu
a)Dilatasyon				
b)Efasman				
c)Başın seviyesi				
d)Amniyon sıvısı				
e)Amniyon sıvısının rengi				
f)Fetal kalp atım sayısı				

7. Yaşamsal bulguları:

	Uygulama Başlangıcı	I.Uygulama Sonu	II.Uygulama Sonu	III. Uygulama Sonu
a) Kan Basıncı				
b)Kalp atım sayısı				

8. Kontraksiyon takibi (TOGO'da)

	Uygulama Başlangıcı	I.Uygulama Sonu	II.Uygulama Sonu	III. Uygulama Sonu
Sayısı				
Süresi				
Sıklığı				
Şiddeti				

9. Yenidoğana İlişkin Bulgular

Yenidoğanın Apgar Puanı:	1. dk.....	5. dk.....
--------------------------	------------	------------

10. Travay Saati :

11. Uygulamada Uykuya Dalma: () Var () Yok

GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (GKÖ= Visual Analogue Scale=VAS)
(EK-IV)

The diagram consists of a vertical line within a rectangular frame. At the top of the line, there is a horizontal bar, and at the bottom, there is another horizontal bar. The text 'Dayanılmaz ağrı' is positioned above the top bar, and 'Ağrı Yok' is positioned below the bottom bar.

Dayanılmaz ağrı

Ağrı Yok

DOĞUM SONRASI UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU (EK V)

1) Doğumda hissettiğiniz ağrıyı hangi kelime tanımlar?

1-Hafif 2-Rahatsız edici 3- Şiddetli 4- Çok şiddetli 5- Dayanılmaz

2) Doğum olayı sizin için zor mu oldu?

1-Evet 2-Hayır

3) Doğumdan sonra emzirmeye hemen başlayabildiniz mi?

1-Evet 2-Hayır

4) Doğumda hissettiğiniz ağrı dinletilen müziğe odaklanabilmenize engel oldu mu?

1-Evet 2-Hayır

5) Size dinletilen müziğin ağrılarınız üzerine etkisi oldu mu?

1-Evet 2-Hayır 3- Kısmen

6) Dinlediğiniz müziğin üzerinizdeki etkisi nasıl oldu?

1-Ağrılarımı az hissettim.

2-Korkularımla baş etmeme yardımcı oldu.

3-Rahatlamama yardımcı oldu.

4-Hiç etkisi olmadı

5-Diğer

7) Size dinletilen müziği bir dahaki doğumunuzda dinlemek ister misiniz?

1-Evet 2- Hayır

8) Yakınlarınıza da doğumlarında müzik dinlemelerini tavsiye eder misiniz?

1-Evet 2-Hayır

9) Başka tür müzik dinlemek ister miydiniz?

1-Evet... 2- Hayır

10) Dinletilen müziği doğum esnasında da dinlemek ister miydiniz?

1-Evet 2-Hayır

BİLGİLENDİRİLMİŞ GEBE ONAM FORMU (EK VI)

Bu çalışma, doğum eylemi sırasında dinletilen ney sesinin doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu uygulamalar sırasında herhangi bir rahatsızlık hissedilmeyecektir. İşlemlerle ilgili gerek duyduğunuz tüm bilgileri öğrenmeye ve soru sormaya hakkınız vardır. Uygulamanın sağlığa zararlı bir etkisi yoktur.

Bu araştırmaya katılmama hakkınız vardır. Bu durum sizin bakımınıza etki etmeyecektir. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır. Teşekkür ederim.

Ebe Şeyma ÇATALGÖL

Ege Üniversitesi

İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Ben,..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih

İmza



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

SAYI:B.30.EGE.0.42.05.00/ 209
KONU : Şeyma ÇATALGÖZ

27.01/2011

EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim dalınız yüksek lisans öğrencisi Şeyma ÇATALGÖZ'ün tez konusunun "Ündiksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Dinletilen Ney Sesinin Doğum Sürecisine Etkisi" olarak belirlenmesi yönetim kurulumuzun 19.01.2011 tarih ve 2/17 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Şükran DARCAN
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

Ebelik AD Bşk.
Öğr.İşl.
07.02.2011

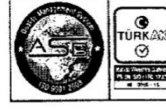
Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Yeni Tarihli	
Yeni Tarihli	02/02/11
Yeni Tarihli	302
Yeni Tarihli	Öğr.İşl.

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İZMİR
Tel: 342 17 45 İç Hat:2517 Fax: 342 17 45
E-mail: sagbilens@mail.ege.edu.tr

EK VIII



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet Hastanesi Başhekimliği



S A Y I : B104İSM4347708/ 773.03- 1723

21 Mart 2011
İSTANBUL

KONU : Staj

EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim dalı

Okulunuz Ebelik Anabilim dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şeyma ÇATALGÖL'ün "İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Dinletilen Ney Sesinin Doğum Süresine Etkisi" konulu tez çalışmamı 15.04.2011 – 25.03.2012 tarihleri arasında hastanenizde yapmak istediğine dair dilekçesi incelenmiş olup, tez çalışmasını hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Süleyman ERDOĞDU
Başhekim

EKLER
Ek 1 – 1 adet dilekçe
Ek 2 – 1 adet öğrenci belgesi
Ek 3 – 1 adet kimlik fotokopisi

18.03. SM. L. DUE M. E. H.
18.03. H. M. L. N. E. K. E.

M.A.Ersoy Mah. Kuran Kursu Cad.No:39 34920 SULTANBEYLİ/İSTANBUL
Telefon (0216) 564 24 00 Fax : (0216) 398 89 70
e-posta istanbuldhs16@saglik.gov.tr

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile *Ege Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şeyma ÇATALGÖL* arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: *Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet Hastanesi*
Çalışmanın adı: "İndüksiyon uygulanan Primipar Gebelere Travayda Dinletilen Ney Sesinin Doğum Sürecin Etkisi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: *Şeyma ÇATALGÖL*

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d) Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç:2.2.2011/Bitiş:2.2.2011/2...

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c) Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d) Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f) Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

...../...../2011

Adı-Soyadı

Şeyma ÇATALGÖL

Şeyma Çatalgöl

OLUR

25.03.2011

Vali a.

Prof. Dr. Arif İhsan DOKUCU

Sağlık Müdürü

...../...../2011
Dr. Suayip BİRİNCİ
Sağlık Müdür Yardımcısı

ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Uşak'ta doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kocaeli'de tamamladı. 2005-2009 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Ebelik lisans öğrenimini tamamladı. 2005-2009 yılları arasında Kocaeli Belediye Konservatuarı Ney bölümünde öğrenimini tamamladı. Pek çok konserde Ney Sanatçısı olarak görev aldı. 2002'de yapılan Uluslararası Ney Festivali'nde göstermiş olduğu performanstan dolayı Uzman Neyzen Sertifikası almaya layık görüldü. 2007'de yapılan "Uluslararası Mevlana Hoşgörüsü Buluşması" etkinliğinde Ney Eğitmeni olarak görev aldı. 2010 yılında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik programında Yüksek Lisans öğrenimine başladı. 2010 yılında T.E.V Sultanbeyli Devlet Hastanesi Dahiliye Servisi, 2011 yılında aynı hastanenin Doğum Salonu'nda göreve başladı. Aday halen aynı hastanede görev yapmakta, yüksek lisans tez çalışmalarını yürütmektedir.

Şeyma ÇATALGÖL
İzmir 2013