



**PRENATAL KAYIP YAŞAMIŞ GEBELERE UYGULANAN
DUYGUSAL ÖZGÜRLÜK TEKNİĞİ VE MÜZİĞİN
PSİKOLOJİK GELİŞİM, İYİ OLMA DURUMU VE
KORTİZOL DÜZEYİNE ETKİSİ**

Esra KARATAŞ OKYAY

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Tuba UÇAR**

Doktora Tezi – 2021

**TC.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRENATAL KAYIP YAŞAMIŞ GEBELERE UYGULANAN DUYGUSAL
ÖZGÜRLÜK TEKNİĞİ VE MÜZİĞİN PSİKOLOJİK GELİŞİM, İYİ OLMA
DURUMU VE KORTİZOL DÜZEYİNE ETKİSİ**

Esra KARATAŞ OKYAY

**Ebelik Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Tuba UÇAR**

Bu Araştırma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Birimi Tarafından TDK-2020-2182 Proje numarası ile desteklenmiştir.

**MALATYA
2021**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Doç. Dr. Tuba UÇAR” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelere Uygulanan Duygusal Özgürlük Tekniği ve Müziğin Psikolojik Gelişim, İyi Olma Durumu ve Kortizol Düzeyine Etkisi” başlıklı Doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

06/10/2021

Esra KARATAŞ OKYAY

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kayıp Kavramı.....	4
2.1.1. Prenatal Kayıp.....	4
2.1.2. Prenatal Kayıp Nedenleri.....	5
2.1.3. Prenatal Kayba Verilen Tepkiler.....	6
2.1.4. Prenatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebeliğe Etkisi.....	6
2.1.5. Prenatal Kayıp Yaşamış Gebenin Bakımında Ebenin Sorumlulukları.....	7
2.2. Travma Kavramı.....	8
2.2.1. Travma Sonrası Psikolojik Gelişim.....	9
2.2.2. Travma Sonrası Psikolojik Gelişimin Boyutları.....	10
2.2.3. Prenatal Kayıp ve Psikolojik Gelişim.....	11
2.3. İyi Olma Durumu.....	11
2.3.1. Prenatal Kayıp ve İyi Olma Durumu.....	12
2.4. Kortizol Hormonu.....	13
2.5. Duygusal Özgürlük Tekniği (Emotional Freedom Technique /EFT).....	15
2.5.1. Duygusal Özgürlük Tekniğinin Nörofizyolojisi ve Etki Mekanizması.....	15
2.5.2. Duygusal Özgürlük Tekniğinin Uygulaması.....	16
2.6. Duygusal Özgürlük Tekniğinin Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelerde Duygu Durum Üzerine Etkisi.....	21

2.7. Müzik.....	22
2.7.1. Müzik Uygulamasının Fizyolojik Mekanizması.....	22
2.7.2. Türk Müziğinde Müzik Terapide Kullanılan Başlıca Makamlar ve Etkileri.....	23
2.8. Müziğin Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelerde Duygu Durum Üzerine Etkisi.....	23
3. MATERYAL VE METOD.....	25
3.1. Araştırmanın Türü.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.3.1. Randomizasyon.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları.....	28
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	31
3.6. Ebelik Girişimi.....	34
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	37
3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi.....	39
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	40
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKLAR.....	62
EKLER.....	78
Ek-1 Özgeçmiş.....	78
Ek-2 Kişisel Bilgi Formu.....	79
Ek-3 Özne Rahatsızlık Birimi Ölçeği.....	80
Ek-4 Subjektif Deneyim Birimi Skalası.....	80
Ek-5 Travma Sonrası Büyüme Envanteri.....	81
Ek-6 WHO-5 İyi Olma İndeksi.....	82
Ek-7 DÖT Uygulaması Ev Ödevi İzlem Çizelgesi.....	83

Ek-8 M¼zik Uygulamasý İzlem Çizelgesi.....	84
Ek-9 Kortizol Değeri Kayıt Formu.....	85
Ek-10 DÖT Ev Ödevi Uygulama Yönergesi.....	86
Ek-11 Araştırmacıya ait DÖT Uygulama Sertifikası.....	88
Ek-12 Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu.....	89
Ek-13 Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	92
Ek-14 Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	93
Ek-15 Subjektif Deneyim Birimi Skalasý Kullanım İzni.....	96
Ek-16 Travma Sonrası Büyüme Envanteri Kullanım İzni.....	97
Ek-17 WHO-5 İyi Olma İndeksi Kullanım İzni.....	98

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında bana vermiş olduğu her türlü bilimsel destek ve emekten dolayı çok değerli hocam, danışmanım sayın Doç. Dr. Tuba UÇAR'a,

Tez çalışmam süresince her türlü yardım ve desteğini gösteren veengin bilgileriyle tezime katkıda bulunan değerli komite üyelerim sayın Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'ya ve sayın Doç. Dr. Meral ÖZKAN'a,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onure eden ve yol gösteren değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Sema YILMAZ'a ve sayın Doç. Dr. Zeliha Burcu YURTSAL'a,

Her anımda bana her türlü desteği veren çok değerli arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Esra GÜNEY'e, Arş. Gör. Zeliha SUNAY'a, Arş. Gör. Esra SABANCI BARANSEL'e ve Arş. Gör. Zeynep BAL'a,

Tüm hayatım boyunca ellerini omzumda hissettiğim, beni sonsuz sevgi, güven ve anlayışla sarıp sarmalayan canım annem Leyla KARATAŞ'a, canım babam Naci KARATAŞ'a ve canım kardeşlerim Yunus Emre KARATAŞ'a ve Kübra KARATAŞ'a,

En büyük teşekkür eşime ve oğluma. Doktora eğitimim boyunca benimle birlikte bütün zorluklara göğüs geren, varlığıyla beni güçlendiren, yoğun çalışma temposunda maddi manevi desteğini hiç esirgemeyen sevgili eşim Ahmet Ramazan OKYAY'a ve hayatımın en büyük mucizesi olan, varlığıyla beni dünyanın en şanslı ve en mutlu insanı eden, beni sabırla bekleyerek fedakarlık yapan ve varlığına her an şükrettiğim canım oğlum Emir Tuğrul OKYAY'a,

Tezimin laboratuvar sürecini yönlendiren, laboratuvar ile ilgili her konuda bana vermiş olduğu destek için sayın Dinçer ASLAN'a

İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne ve değerli çalışanlarına,

Araştırmanın yapıldığı hastanede görev yapan tüm ebelere ve sağlık çalışanlarına ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esra KARATAŞ OKYAY

“Bu tezi oğlum Emir Tuğrul OKYAY ve eşim Ahmet Ramazan OKYAY'a

ithaf ediyorum...”

ÖZET

Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelere Uygulanan Duygusal Özgürlük Tekniği ve Müziğin Psikolojik Gelişim, İyi Olma Durumu ve Kortizol Düzeyine Etkisi

Amaç: Araştırma, prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan duygusal özgürlük tekniği ve müziğin psikolojik gelişim, iyi olma durumu ve kortizol düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma, Ekim 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerine başvuru yapan toplam 159 gebe ile randomize kontrollü olarak yürütüldü (53 DÖT, 53 müzik, 53 kontrol). Araştırmada DÖT grubundaki gebelere bir hafta ara ile iki kez DÖT uygulandı; müzik grubundaki gebelere bir hafta ara ile iki kez müzik dinletildi. İlk girişimden sonraki bir hafta boyunca gebeler girişimlere evde devam etti. Verilerin toplanmasında SUDS, SUE Skalası, TSBE, WHO-5 İyi Olma İndeksi kullanıldı ve kortizol değerlendirmesi için tükürük numunesi alındı.

Bulgular: DÖT ve müzik girişimi sonrası gebelerin SUE skalasına göre kaygı düzeylerinin farklılık gösterdiği, en düşük kaygı düzeyinin DÖT grubuna ait olduğu ve kontrol grubunun kaygısının anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ($p<0.001$). DÖT ve müzik grubundaki gebelerde girişimler sonrasında TSBE ve WHO-5 İyi Olma İndeksi puan ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek ve tükürük kortizol ortancalarının önemli düzeyde düşük olduğu bulundu ($p<0.05$). Gruplararası karşılaştırmada WHO-5 İyi Olma İndeksi üzerinde DÖT uygulamasının daha etkili olduğu belirlendi ($p<0.001$; $a>b>c$). Ayrıca girişimler sonrası kontrol grubundaki gebelerin tükürük kortizol ortancalarının DÖT ve müzik grubundaki gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Sonuç: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan DÖT ve müziğin kaygıyı azalttığı, psikolojik gelişimi sağladığı, iyilik halini geliştirdiği ve tükürük kortizol düzeyini düşürdüğü belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Duygusal Özgürlük Tekniği, Ebelik, İyi Olma Durumu, Kortizol, Müzik, Prenatal kayıp, Psikolojik Gelişim

ABSTRACT

The Effect of Emotional Freedom Technique and Music, Applied to Pregnant Women having experienced Prenatal Loss on Psychological Development, Well-Being Status and Cortisol Levels

Aim: The research is conducted to determine for the purpose of the effect of emotional freedom technique and music applied to pregnant women having experienced prenatal loss on psychological development, well-being status, and cortisol level.

Material and Method: The research is conducted in a randomized controlled manner with a total of 159 pregnant women who applied to the gynecology outpatient clinics of Elazig Fethi Sekin City Hospital between October 2020 and April 2021 (53 EFT, 53 music, 53 control). In the research, EFT was applied to the pregnant women in the EFT group twice, with an interval of one week; pregnant women in the music group were listened to music twice, with a one-week interval. Pregnant women continued the attempts for one week after the first attempt. SUDS, SUE Scale, PTGI, WHO-5 Well-Being Index were used to collect data, and a saliva sample was taken.

Results: It was determined that the anxiety levels of the pregnant women differed according to the SUE scale after the EFT and music attempt, the lowest level of anxiety belonged to the EFT group, and the anxiety of the control group increased significantly ($p<0.001$). It was found that PTGI and WHO-5 Well-Being Index mean scores were statistically significantly higher and salivary cortisol medians were significantly lower in pregnant women in the EFT and music group compared to the control group after attempts ($p<0.05$). In the intergroup comparison, it was determined that the application of EFT was more effective on the WHO-5 Well-Being Index ($p<0.001$; $a>b>c$). In addition, after the attempts, the median salivary cortisol levels of the pregnant women in the control group were found to be statistically significantly higher than those in the pregnant women EFT and music group ($p<0.001$).

Conclusion: It was determined that EFT and music applied to pregnant women having experienced prenatal loss reduced anxiety, provided psychological development, improved well-being, and decreased salivary cortisol level.

Keywords: Emotional Freedom Technique, Midwifery, Well-Being Status, Cortisol, Music, Prenatal loss, Psychological Development

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DÖT (EFT)	: Duygusal Özgürlük Tekniği (Emotional Freedom Technique)
SUDS	: Özel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (Subjective Units of Disturbance Scala)
SUE	: Subjektif Deneyim Birimi (Subjective Units of Experience)
TSBE	: Travma Sonrası Büyüme Envanteri
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
BSA	: Bovine serum albumine
GABA	: Gamma Amino Bütirik Asit
HPA	: Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal
CONSORT	: Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials)
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Package for the Social Sciences)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No		Sayfa No
Şekil 2.1	Enerji Noktaları.....	19
Şekil 2.2	Kalp şifa duruşu pozisyonu.....	21
Şekil 3.1	Consort 2010 araştırma uygulama akış şeması.....	27
Şekil 3.2	Tükürük toplama tüpü.....	30
Şekil 3.3	Tükürük örneğini vermek için sipsi.....	30
Şekil 3.4	Tükürük toplama tüplerinin kodlanması.....	31
Şekil 3.5	Enerji noktaları.....	36
Grafik 4.1	Gebelerin Subjektif Deneyim Birimi Skalası puan ortalamaları eğrisi.....	45
Grafik 4.2	Gebelerin Travma Sonrası Büyüme Envanteri puan ortalamaları eğrisi.....	48
Grafik 4.3	Gebelerin WHO-5 İyi Olma İndeksi puan ortalamaları eğrisi.....	50
Grafik 4.4	Gebelerin tükürük kortizol ortancaları eğrisi.....	53

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 3.1	Gebelerin kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılması.....	38
Tablo 3.2	Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler.....	39
Tablo 4.1	Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları.....	41
Tablo 4.2	Gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları.....	42
Tablo 4.3	Gebelerin yapılan ölçümlerde Subjektif Deneyim Birimi Skalası puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.4	Gebelerin 1. ve 4. ölçümlerdeki Travma Sonrası Büyüme Envanteri toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.5	Gebelerin 1. ve 4. ölçümlerdeki WHO-5 İyi Olma İndeksi puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.6	Gebelerin 1. ve 4. ölçümlerdeki tükürük kortizol değerlerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	51

1. GİRİŞ

Günümüzde hala önemli bir sorun olan prenatal kayıp, kadınlarda hayal kırıklığına ve üzüntüye neden olmaktadır (1, 2). Pek çok kadın prenatal kayıp sonrası başarısız olduklarını düşünerek suçluluk duygusu yaşamakta ve gelecekteki gebeliklerinde bu kayıpların tekrarlanmasından korkmaktadır (3, 4). Dünya çapında yaklaşık dört gebelikten biri düşükle sonuçlanmakta ve yılda 2.6 milyon bebek ölü doğmaktadır (4-6). Ülkemizde ise gebeliklerin %14'ü istemsiz düşük, ektopik gebelik ve ölü doğum gibi nedenlerle kaybedilmektedir (7).

Prenatal kayıp yaşayan kadınlar, kayıp sonrası depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ciddi psikolojik problemler yaşayabilmektedir (8, 9). Birçok kadın kayıp sonrası kaçınma, yeniden yaşama (olay yeniden yaşanıyormuş gibi hissetme), çaresizlik, utanç ve suçluluk gibi semptomları uzun süre yaşamaya devam edebilmektedir (10). Kayıp sonrası gebelik yaşayan kadınlarda ise ağrıya odaklanma ve anksiyete gibi iyilik durumlarını olumsuz yönde etkileyen davranışlar görülmektedir (11, 12).

İyi olma durumu / iyilik durumu, hem yaşam kalitesinin hem de mutluluğun göstergesidir (13). Ancak gebelik kaybı sonrası kadınların yaşadıkları stres ve anksiyete gibi duygular kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (14). Stres düzeyinin ölçülebilir değeri olan kortizol, anksiyete ile pozitif yönlü çalışmakta ve böylece kayıp sonrası gebelik yaşayan kadınlarda ortaya çıkan anksiyete ile kortizol düzeyinin ilişkisi önem kazanmaktadır (15). Gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada; gebelik boyunca yüksek düzeyde anksiyete yaşayan kadınlarda kortizol seviyelerinin arttığı saptanmıştır. Bu nedenlerle kayıp yaşamış gebelerde yüksek anksiyetenin ve yüksek kortizol düzeyinin birbiriyle ilişkili olabileceği vurgulanmaktadır (16).

Gebelik kayıplarının olumsuz psikolojik etkilerinin yanı sıra ilerleyen zamanlarda pozitif sonuçlar getireceği de görülmüştür (17). Bazı kişilerde travmatik yaşantılar sonrasında stresle başetme becerilerinde artış, kişiler arası ilişkilerinde iyi yönde gelişme, benlik saygısında artış, pozitif düşünme becerisinde artış şeklinde olumlu değişimler görülmektedir. Bu durum literatürde "Travma sonrası büyüme veya psikolojik gelişim" olarak adlandırılmaktadır (18). Gebelik kaybı yaşamış kadınların psikolojik gelişimleri incelendiğinde, kadınların kayıp sonrası orta düzeyde gelişim gösterdikleri bildirilmiştir (19). Bireylerin yaşamlarında stresle başa çıkma stratejilerini harekete geçirerek, travmatik olay sonucu olumlu psikolojik gelişime olanak sağlanabilir (20).

Kayıp sonrası kadınların duygu durumlarının araştırılması ve bu sürecin yönetiminde psikolojik yaklaşımların ve etkin baş etme yöntemlerinin kullanılması oldukça önemlidir. Kayıp yaşayan ailelere uygulanan psikolojik yaklaşımların kayıp yaşamayan ailelerle benzer düzeyde psikolojik yanıt oluşturduğu bildirilmiştir (21). Bu nedenle uygulanabilecek psikolojik yaklaşımlar kayıp yaşamış gebeler üzerinde olumlu etkiler yaratabilir. Bu tekniklerden biri olan duygusal özgürlük tekniği (DÖT/EFT- Emotional Freedom Technique) kişinin enerji bedeninde meydana gelen duygusal tıkanıklıkların çözülmesinde kullanılan bir yöntemdir. Bu teknik, geçmişte yaşanmış travmanın; bedenin bir bölgesinde tıkalı kaldığını ve olumsuz duygunun bulunma ihtimalinin olduğu tüm noktaların ortaya çıkarılmasını amaçlamaktadır. Bu tür enerji psikoloji uygulamalarında, kişiyi olumsuz etkileyen duygulara odaklanarak sıklıkla dokunma yoluyla yapılan uyarımlar ile enerji akışı düzenlenerek bireyin rahatlaması sağlanmaktadır. Meridyen sistemindeki akışın kesintisiz devam etmesi bireyin beden, zihin ve duygu alanlarında rahatlatma sağlamaktadır. Travma sonrası stres bozukluğunda azalmaya, kortizol seviyesini düşürmeye, serotonin ve endorfin salınımının artmasına katkı sağlayabilir (22). Gebelere uygulandığında hissedilen stres ve gerginliğin azalmasına, anksiyete ve kortizol seviyesinin düşmesine neden olabilir (23, 24).

Duygu durum üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilen yöntemlerden bir diğeri de müziktir (25). Bireylerin fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal ve manevi ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kullanılmaktadır (26). Bilişsel işlevlerin, hareket ve sosyal becerilerin geliştirilmesine, duygusal gelişime ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlar. Müzik, çeşitli klinik popülasyonlarda iyileşmeyi kolaylaştırmak için terapötik bir müdahale olarak kullanılmıştır (27, 28). Travmaya maruz kalan ve travma sonrası stres bozukluğu olan bireyler arasında semptomları azaltmak ve işlevselliği iyileştirmek için yararlı bir terapötik araçtır (29). Müzik, stres hormonu seviyelerini azaltarak stres semptomlarını ve endişeyi azaltır, fizyolojik parametreleri olumlu yönde etkiler (30). Daha az stres yaşanması ve artan gevşeme nedeniyle ağrı ile baş etme mekanizmasını ve uyku kalitesi artırılabilir (25). Bu da genel sağlığı ve refahı iyileştirir (31). Prenatal kayıp yaşamış kadınlar üzerinde müziğin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, tıbbi müdahale esnasında müzik uygulamasının anksiyeteyi azaltıp kadınları rahatlattığı saptanmıştır (32).

Prenatal dönem süresince gebenin tüm izlemleri ve bakımları ebeler tarafından yapıldığı için ebelerin kadınlara prenatal dönem süresinde sunduğu bakım, kadının rahat

ve sağlıklı bir gebelik geçirmesinde anahtar rol oynamaktadır. Kadınlarla her zaman temas halinde olan ebelerin, daha önce kayıp yaşamış gebelere, psikolojik gelişimlerini sağlamak, genel iyilik durumlarını geliştirmek ve stres düzeylerini azaltmak amacıyla psikolojik yaklaşımlarda bulunması gerekmektedir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, herhangi bir invaziv girişim gerektirmeyen, maliyetsiz ve uygulanması kolay olan DT ve müziğin, prenatal kayıp yaşamış gebelerin geçmiş kayıp travması ile baş etmelerine ve böylece kendilerini daha iyi hissetmelerine katkı sağlayacağı dşnlmektedir.

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı, prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan duygusal özgürlük tekniği ve müziğin psikolojik gelişim, iyi olma durumu ve kortizol düzeyine etkisini belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezleri:

H₁: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan DT gebelerde psikolojik gelişim düzeyini yükseltir.

H₂: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan müzik gebelerde psikolojik gelişim düzeyini yükseltir.

H₃: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan DT gebelerde iyilik hali düzeyini yükseltir.

H₄: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan müzik gebelerde iyilik hali düzeyini yükseltir.

H₅: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan DT gebelerde kortizol düzeyini azaltır.

H₆: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan müzik gebelerde kortizol düzeyini azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kayıp Kavramı

Kayıp, bireyin doğumundan ölümüne kadar karşılaştığı evrensel bir deneyim olup birey için önemli ve değerli nesnelerin (kişi, organ, işlev, obje, hayvan, vb.) uzaklaştırılması ya da yitirilmesidir (33). Kayıplar somut ve gelişimsel kayıplar olmak üzere ikiye ayrılır. Somut kayıplar organ, iş, sevilen bir eşya, değer verilen bir insan ya da henüz doğmamış bir bebeğin kaybını temsil ederken, gelişimsel kayıplar insanın normal gelişim süreci içinde karşılaştığı ve ölüm gibi mutlaka yaşanacak durumlardır (34). Kayıp anlam olarak kişiden kişiye farklılık gösterebilir ve geçici ya da sürekli, kısmi ya da bütün, gerçek ya da tehdit edici, ani ya da uzun süreli olabilir. Aynı zamanda kayıp başka kayıplara da neden olabilir, ya da geçmişte yaşanan kayıpları canlandırabilir. Kısaca kayıp bir objenin yitirilmesinden bir bireyin yaşamında rastlayacağı en kaçınılmaz kayıp olgusu olan ölümüne kadar çok geniş bir yelpazeyi karşılar. Ölüm ise sona eriş ve geri dönülmez olup çok acı veren bir kayıptır (33).

2.1.1. Prenatal Kayıp

Prenatal dönem; gebeliğin başlangıcından doğum anına kadar fetüsün uterus içindeki yaşantısını tanımlamaktadır. Bu dönem doğurganlık özellikleri ile neslin devamını sağlayan kadınlar için önemli bir yaşam deneyimidir (35). Ne yazık ki, tüm gebelikler bir bebeğin doğumuyla sonuçlanmaz. Prenatal kayıp, erken ve geç fetal ölümleri (düşük, ölü doğum) kapsamaktadır. Dünya çapında yaklaşık dört gebelikten biri düşükle sonuçlanmakta ve yılda 2.6 milyon bebek ölü doğmaktadır (4, 6). Ülkemizde ise gebeliklerin %14'ü istemsiz düşük, ektopik gebelik ve ölü doğum gibi nedenlerle kaybedilmektedir (7). Prenatal kayıpların tanımlanması şu şekildedir;

Abortus: Abortus kelimesi latince aboriri kelimesinden türemiş olup fetüsün yaşama kapasitesine erişmeden doğması olarak tanımlanmaktadır (36). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) abortusu; 20. gebelik haftasından önce, 500 gramdan düşük embriyo veya fetus ve eklerinin tamamının veya bir bölümünün uterus kavitesi dışına atılması olarak tanımlanmaktadır (37). Gebeliğin ilk 12 haftasına kadar yaşanan abortuslar erken abortus, 12.–20. gebelik haftaları arasında meydana gelen abortuslar ise geç abortus olarak tanımlanmakta ve en sık erken abortus ile karşılaşılmaktadır (38, 39). Erken abortus

insidansının yaklaşık %10–31 oranda olduğu bilinmekle birlikte geç abortuslarda bu oran %1’den azdır (36, 40, 41).

Ölü doğum: DSÖ fetal ölümü, gebeliğin herhangi bir anında fetüsün intrauterin ölümü olarak tanımlar. Uluslararası karşılaştırma için DSÖ, ölü doğumu 22. gebelik haftasında veya sonrasında yaşam belirtisi olmayan bir bebek olarak tanımlamayı önerir (42). International Classification of Disease / Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11) tanımına göre ise erken fetal ölüm 500 gram ve üzerinde, gebelik haftası 22. hafta, baş-topuk uzunluğu ise 25 santimetre ve daha fazla olan doğumlardır. Geç fetal ölüm 1000 gram veya daha fazla, ya da 28 hafta veya daha fazla, ya da baş-topuk uzunluğu 35 santimetre veya daha fazla olan doğumlardır (5, 43).

2.1.2. Prenatal Kayıp Nedenleri

En sık karşılaşılan kayıp türü olan abortusun %80-90’ını kromozomal anomaliler oluşturmaktadır. Ayrıca anneye ait hipo/hipertiroidi, diabetes mellitus gibi sistemik hastalıklar; toxoplasma gondii, rubella, cytomegalovirus gibi enfeksiyonlar; konjenital uterin anomalisi ve servikal yetmezlik gibi anatomik nedenler; otoimmünite gibi immunolojik faktörler; trombofili hastalıkları ve yaş, madde bağımlılığı, radyasyon maruziyeti ve stres gibi faktörler düşüğe neden olmaktadır (44-46).

Günümüzde ölü doğum nedeniyle başvuran hastaların yaklaşık yarısında hala belirgin bir neden saptanamamakla birlikte ölü doğum nedenleri maternal, fetal, plasental ve dış faktörler olmak üzere dört başlık altında toplanmaktadır.

- *Maternal nedenler:* Maternal enfeksiyon, ölü doğumun en önemli nedenlerinden biridir (47). Diabetes mellitus, tiroid anormallikleri, hipertansif bozukluklar, anemi gibi maternal tıbbi durumlar ve beslenme yetersizlikleri ölü doğuma neden olmaktadır (48).
- *Fetal nedenler:* İntra uterin gelişme geriliği ölü doğumun bilinen en önemli nedenidir. Ayrıca konjenital ve kromozomal anomaliler ve fetal enfeksiyonlar da ölü doğumla sonuçlanmaktadır (49, 50).
- *Plasental nedenler:* Plasenta dekolmanı, erken membran rüptürü, vasa previa, koryoamniyonit, umbilikal kord problemleri ve anormallikleri ölü doğuma neden olmaktadır (1, 48).

- *Dış faktörler:* Gebelik sırasında kaza ve yaralanmalar veya perinatal asfiksi gibi doğum olayları ile modern obstetrik bakımın mevcut olmadığı yerlerde ölü doğumlar sık görülmektedir (48, 51).

2.1.3. Prenatal Kayba Verilen Tepkiler

Prenatal kayıp kadınlarda çeşitli ve oldukça kişiselleştirilmiş bir yanıtı sebep olmaktadır (52). Kayıp sonrası yaşanabilecek sorunlar gebelik haftası ile doğrudan ilişkili olsa da kadın üzerinde yıkıcı etkileri olup, kısa ve uzun vadede yoğun keder, üzüntü, utanç, suçluluk, çaresizlik, düşük benlik saygısı, öfke, kaygı, depresyon ve travma sonrası stres görülmesine neden olmaktadır (1, 53, 54). Kadınlar kaybettikleri bebeğe özlem duyar, bedenlerine olan inançlarını, umutlarını ve hayallerini kaybettiklerini düşünürler (55, 56). Dahası kadınlarda obsesif-kompulsif semptomlarda artış ve intihar düşünceleri görülebilmektedir (57). Bazı kadınların yaşamını değiştirebilecek şekilde ilişkilerini, akıl sağlığını, manevi inançlarını ve sonraki gebeliklerde psikososyal gereksinimlerini etkileyebilir (58). Gelecekte çocuk doğurmaya yönelik korku ve güven eksikliği gibi sorunlarla baş başa kalabilirler (59, 60). Prenatal kayba kadın fiziksel ağrı ile de yanıt verebilir. Prenatal kayıp yaşayan kadınlar yıllar sonra bile sık sık fiziksel ağrı yaşayabilmektedir (55, 59). Bu da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek genel iyilik halinde düşüşe neden olabilir (61).

Yaşayan hatıralar bırakarak ölen yaşlı bir aile üyesinin ölümünün aksine gebelik kayıplarında yas tutulacak somut bir birey bulunmamaktadır (62). Ayrıca gebelik kaybı için kültürel olarak kabul görmüş yas ritüellerinin olmaması kadınların yas tutma sürecinde kendilerini önemsenmemiş hissetmelerine neden olabilir. Yas tutma veya çözülme süreci, yaşanan kayıp diğer bireyler tarafından görülmediği, aileler tarafından tanınmadığı ve özel olarak kabul edilip önem verilmediği için çok daha zor olmaktadır (54, 55, 57).

2.1.4. Prenatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebeliğe Etkisi

Gebelik kaybı sonrası pek çok kadın, mümkün olan en kısa sürede gebe kalmak istemekte ve % 80'i kayıp sonrası 18 ay içinde gebe kalmaktadır (63, 64). Ancak kayıp sonrası gebeliklerde kadınlar yüksek seviyelerde depresif semptomlar, anksiyete semptomları ve bebeklerini kaybetme korkusu yaşamaktadırlar (1, 53, 65). Bu kadınlar, diğer şiddetli travmatik olaylardan sonra yaşananlarla karşılaştırılabilir kadar yüksek derecede travmatik semptomlar göstermektedirler (66, 67). Prenatal kayıp öyküsü olan

kadınlar tekrar gebe kaldıklarında mutlu olduklarını, fakat kaybetme korkusu yaşadıkları için bu mutluluklarının kısa sürdüğünü belirtmişlerdir. Gebelik boyunca yaşanan maternal stresin anne ve bebek üzerine olumsuz etkileri olmakla birlikte, bu kadınlar sağlıklı bir bebeğe sahip olsalar bile anksiyete ve depresyon yaşamaya devam etmektedirler. Ayrıca bu kadınlar gebelik belirtilerine karşı daha hassas olmakta ve daha çok rutin test yaptırmaya ihtiyaç duymaktadırlar. Sosyal izolasyon, negatif duygusal tepkiler ve ağrı duygularına odaklanma gibi kadınların iyilik durumlarını olumsuz yönde etkileyen davranışlar da daha fazla görülmektedir (1, 4, 68).

2.1.5. Prenatal Kayıp Yaşamış Gebenin Bakımında Ebenin Sorumlulukları

Prenatal kayıp yaşamış kadın gebeliği süresince profesyonel desteğe ihtiyaç duyabilir ve kadınlarla en çok zaman geçiren ebelerin desteği, bakımı ve yaklaşımı bu süreçte büyük önem kazanmaktadır. Kayıp yaşamış gebe bu süreçte detaylı olarak değerlendirilmeye, cesaretlendirilmeye, bilgilendirilmeye, psikolojik desteğe, kayıpla ilgili duygularının yargılanmadan dinlenmesine ve yeterli bakım almaya ihtiyaç duymaktadır. Kısaca bu bakım tıbbi tedavinin ötesine geçmeli ve kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığını bir bütün olarak değerlendirmelidir (52, 69).

Gebe bu dönemde kaygılarını dile getirebilmek için cesaretlendirilmeye ihtiyaç duyar. Cesaretlendirme kadının kayıp ile baş etmesini sağlamada oldukça önemlidir. Ebeler kadınlara gebelik döneminde hissettikleri duyguları sorup, duygularını konuşmalarına fırsat tanıyıp bu kaybın doğrulanması ve kabul edilmesini sağlayabilir (70, 71). Ayrıca kadınların prenatal kayıp sonrası gebelikle ilgili düşüncelerinin incelenmesi ve etkin baş etme tekniklerinin kullanılmasının sağlanması önemli bir ebelik sorumluluğudur (69). Ebeler tarafından bütüncül bir yaklaşımla kadınlara karşı hazırlayıcı ve tutarlı bir yaklaşım sergilemesi onların yas sürecini kolaylaştırdığı ve suçluluk duygusunun önlenmesinde önemli olduğu bildirilmektedir (72).

Bazı gebeler bu süreçte ek desteğe ihtiyaç duyabileceği için gebeye ihtiyaç duyduğu sıklıkta ebeyle iletişime geçme fırsatı sunulması gerekmektedir. Çünkü kapsamlı ebelik girişimleri ile bu kadınların umut düzeyleri arttırılabilir (73). Prenatal kayıp öyküsü olan gebelerle yapılan bir araştırmada, bakım temelli ev ziyaretlerinin gebeler üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Prenatal kayıpta bakım yönetiminde uygulanan yöntemlerden biri de destek gruplarıdır. Destek gruplarının prenatal kayıp yaşayan kadınların psikolojileri üzerinde olumlu katkılar sağladığı, kadınların ilişkilerini

geliştirdiği ve kayıp sonrası yeni gebeliği daha olumlu karşıladıkları belirlenmiştir (71). Kadınlar destek gruplarında diğer kadınların da kendileri ile aynı deneyimi, benzer düşünce ve duyguları paylaştıklarını görerek kendilerini daha iyi hissedebilirler (4, 74).

Prenatal kayıp sonrası geleneksel olarak yas tutulmadığı düşüncesi ve bu süreç başkaları tarafından önemsenmediği için kadınlar yaşadıkları duyguları reddedebilirler. Bu da sonraki gebeliklerde kadınların bastırdıkları duygular açığa çıkarak karmaşık duygular yaşanmasına neden olabilir. Aksine psikoterapi tekniklerinin uygulanması kadının kaybı gerçek olarak kabul etmesini ve keder duygularını onaylamasını sağlayarak, bu süreci daha sağlıklı yaşamasında kritik bir rol oynayabilir (57). Bu doğrultuda kadınların stresini, anksiyetesini ve depresyonu azaltmak, kayıp sonrası gebelik deneyimini normalleştirmek için gevşeme egzersizi, olumlu olaylara odaklanarak kendi kendine pozitif telkin verme, fetal hareketlerin algılanması ve bebeğine mektup yazdırma gibi teknikler uygulanabilir. Stresli veya travmatik olaylarla ilgili duygusal ifade fiziksel sağlığı, psikolojik iyi oluşu, fizyolojik işleyişi ve genel işlevselliği iyileştirebilir (71).

Gebelik kaybının kadının psikolojik sağlığı üzerindeki etkilerini belirlemek, sağlık bakım kılavuzlarını geliştirmesi için temel oluşturur. Bu doğrultuda İngiltere, Avustralya ve Kanada gibi bazı ülkelerde prenatal kayıp yaşayan gebeleri kayıp süresince, kayıp olayından sonra ve sonraki gebeliklerde destekleyen sistemler bulunmaktadır (75, 76). Türkiye’de ise prenatal kayıp yaşayan kadınlara ya da ailelerine yönelik geliştirilen destek grupları, bu gruba özel doğuma hazırlık sınıfları gibi yapılandırılmış herhangi bir program bulunmamaktadır.

2.2. Travma Kavramı

Travma sözcüğü kelime olarak, “open hole” (açık delik) anlamına gelip, vücuttaki herhangi bir deliği ifade etmektedir (77). Travma sözcüğü psikoloji alanında yaygın olarak kullanılmakta olup; ölüm veya ölüm tehdidinin olduğu, beklenmedik ve kişinin uyum sağlama baş etme mekanizmalarını olumsuz yönde etkileyen olaylar olarak tanımlanabilir (78). Bireyde yüksek düzeyde strese yol açan yaşam olayları (ölüm, ciddi hastalık, boşanma vb.) davranışsal, psikolojik ve duygusal olarak olumsuz yanıtlara neden olabilir (79). Tehdite verilen duygusal yanıt, dengesizlik duygusuna ve kontrol kaybına neden olabilir. Birey gelecekle ilgili güvenlik duygusunu kaybeder ve travmatik bir sürece girer (80).

Travmatik yaşam olayları karşısında gösterilen tepkiler bireyden bireye değişiklik gösterir. Bu tepkiler depresyon, stres, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi olumsuz etkiler şeklinde olabilir. Ancak travmatik bir olay karşısında her zaman bu doğrultuda sonuçlar yaşanmayabilir. Travmatik bir olay kişiyi daha güçlü hale getirip olumlu yönde de değiştirebilir (79). Bu olumlu değişimler, literatürde travma sonrası büyüme, algılanan faydalar, strese bağlı büyüme, güç dönüşümü, gelişme, olumlu psikolojik değişiklikler, psikolojik gelişim ve olumlu uyum sağlama gibi çeşitli kavramlar ile tanımlanmıştır. Bu terimler arasında bulunan travma sonrası büyüme/psikolojik gelişim; zorlu koşulların üstesinden gelmek için yapılan psikolojik ve bilişsel çabaların sonucu olarak yaşanan olumlu değişimlerdir (81).

2.2.1. Travma Sonrası Psikolojik Gelişim

Travma sonrası psikolojik gelişim kavramı; “büyük bir yaşam krizi ile mücadeleden kaynaklanan önemli olumlu değişimler” olarak tanımlanmaktadır (81). Yüksek düzeyde zorlayıcı yaşam koşullarıyla başa çıkma sonucu deneyimlenen pozitif psikolojik değişim olarak da tanımlanabilir. Travma sonrası gelişim kavramı yeni bir olgu olmayıp, stresin ve acının insanlar üzerinde olumlu etkileri olacağı düşüncesi çok eski dönemlere dayanmaktadır (82). Bazı yazıtlar (Antik İbraniler, Yunanlılar ve ilk dönem Hristiyanların yazıtları) ve bazı İslam öğretilerinde travmatik veya yoğun stresli olayların insanı olgunlaştırdığı belirtilmiştir (18, 83). Nietzsche ve Kierkegaard gibi bazı düşünürlerde travma ile mücadele sonucu kişilerin hayatın anlamını sorgulayacakları bir deneyim yaşayabileceklerini belirtmişlerdir (82). Literatürde travma sonrası psikolojik gelişime yol açabilecek cinsel saldırı, kayıp, kanser, trafik kazaları, savaş ve göç gibi bir çok yaşam olayı belirtilmiştir (81).

Bireysel (stres yönetimi, kişilik özellikleri, baş etme mekanizmaları vb.) ve çevresel (stres düzeyi, sosyokültürel etkiler, sosyal destek) faktörler travma sonrası psikolojik gelişimi etkilemektedir (79). Bireysel özelliklere bakıldığında; dışadönük, yumuşak başlı ve sorumluluk sahibi kişilerde travma sonrası gelişim pozitif yönde etkilenirken; nevrotik kişilerde negatif yönde etkilenmektedir. Çevresel özelliklerden ise stres düzeyinin artışına paralel olarak travma sonrası psikolojik gelişimde artış görülmekle birlikte; stres düzeyinin çok yüksek olduğu en travmatik olaylarda travma sonrası büyüme görülmeyebilir (81). Sosyal destek, travma ile başa çıkma sürecine uyum sağlamayı etkileyerek travma sonrası psikolojik gelişim için belirleyici olabilmektedir.

Sosyokültürel olarak cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi travma sonrası psikolojik gelişim üzerinde önemli rol oynamaktadır. Bu doğrultuda kadınlarda, gençlerde ve eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde psikolojik gelişim daha fazla görülmektedir (79). Bunların yanı sıra travmaya ilişkin duyguların konuşulması, yaşananların yazılması, günlük tutulması gibi eylemler ya da destek gruplarıyla paylaşma bilişsel işlemlemeyi kolaylaştırdığı için psikolojik gelişime yardımcı olabilmektedir (84).

2.2.2. Travma Sonrası Psikolojik Gelişimin Boyutları

Travma sonrası psikolojik gelişim; bireyi kendilik algısında, kişilerarası ilişkilerde ve yaşam felsefesinde yaşanan değişim olmak üzere üç boyutta değişime uğratır (83).

Kendilik algısında yaşanan değişim: Bu değişim kendi içinde üç unsurdan meydana gelmektedir. Bunlardan ilki kişi yaşadığı travmatik olay sonucunda kendini kurban olarak değil, bu olaydan sonra hayatta veya sağ kalan biri olarak tanımlamakta ve kendini daha güçlü hissetmektedir. İkinci unsur kendine güvenmektir. Kişi hayatta kaldığı ve travmatik olayla başa çıkabildiği için bundan sonra karşılaşabileceği her türlü problemin üstesinden gelebileceğini düşünür. Üçüncü unsur; kolay incinirlik, hassasiyettir. Travma sonrası psikolojik gelişim yaşamış olan kişilerin ölümlü olduklarına ve hayatın ne kadar değerli, hassas ve kırılgan olduğuna dair farkındalıkları artmıştır. Kişinin kazandığı bu farkındalık; hayatı anlamlandırmasına, yaşamaktan zevk almasına ve hayatındaki öncelikleri belirlemesine katkı sağlamaktadır (83, 85).

Kişilerarası ilişkilerde yaşanan değişim: Travmatik yaşantılar, kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkileyebildiği gibi, bazı kişilerde bunun aksine kişilerarası ilişkileri olumlu yönde etkileyebilmektedir. Travmatik olay sonrasında bazı kişiler yaşadıklarına ilişkin duygularını konuşmayı ve hissettiklerini karşısındakine anlatmayı istemektedirler (86). Kişi böylelikle önceden hiç yaşamadığı biçimde destek alma, verme ve kendini ifade etme fırsatı bularak diğer insanlarla yakınlaşma konusunda kendini daha rahat hissetmektedir. Ayrıca diğer insanların duygu ve ihtiyaçlarına hassasiyet gösterip, ilişkilerin ilerletilmesi için daha çok çaba harcamaktadır. Böylelikle bireyde şefkat, fedakarlık gösterme, empati kurabilme becerisinde artış görülmektedir (83, 85).

Yaşam felsefesinde yaşanan değişim: Travmatik deneyim sonrası birey yaşamın anlamını ve amacını sorgular. Travmatik olaydan sonra hayatta kalan birey kendisine ikinci bir şans verildiğini düşünerek daha bilinçli bir yaşam sürmek için çabalar. Bu

doğrultuda kişi her yeni güne başlamanın değerini bilmekte ve hayatın anlamını gözden geçirerek yaşam önceliklerini değiştirmektedir. Sürecin diğer önemli parçası “varoluşsal konuların sorgulanması ve anlam arayışı” olup kişide ruhsal bir değişime neden olmaktadır. Bu boyutta kişilerde dini gelenekleri uygulama ya da daha iyi anlamının gerçekleştiği ifade edilmektedir (83, 85).

2.2.3. Prenatal Kayıp ve Psikolojik Gelişim

Gebelik kaybı, kadınlar için beklenmedik bir olay olup stres, depresyon ve travma gibi olumsuz yanıtlara sebep olmaktadır (87, 88). Kayıp sonrası kadınlar sırasıyla inkar, öfke, pazarlık etme, depresyon ve kabullenme duygularını yaşarlar (89). Ancak gebelik kaybının sonuçları tamamen olumsuz değildir. Birey daha sonrasında bu travmatik olaylardan olumlu deneyimler kazanmış olarak travma sonrası psikolojik gelişim evresine yani olumlu değişiklikler kısmına geçiş yapabilir (90).

Literatürde kayıp ve psikolojik gelişim ilişkilerini ve etkilerini değerlendirilen çalışmalar yer almaktadır (19, 91). Bu çalışmalarda gebelik haftası, kayıp zamanı ve sosyal destek gibi kavramların travma sonrası büyümenin önemli belirleyicileri olduğu belirtilmiştir. Gebelik haftası daha ileri olanların ve kayıptan önce çocuk sahibi olanların daha fazla psikolojik gelişim yaşadığı bildirilmiştir (19). Ayrıca sosyal destek varlığı ve yas duygusunun paylaşımı psikolojik gelişimi olumlu yönde etkilemektedir. Sosyal desteği olan ve duygularını paylaşan ebeveynlerin; arkadaşlarıyla ve birbirleriyle olan yakınlıkları artmakta ve sonra doğan çocukları ile ilişkilerinin normalde olacağından daha iyi olması şeklinde değişimler yaşanmaktadır. Bu doğrultuda yas sürecini uyumlu yaşamak psikolojik gelişim üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (91, 92). Ayrıca kayıp sonrası anne adayları babalara göre daha yüksek düzeyde travma sonrası psikolojik gelişim yaşamaktadırlar (93). Kadınlar en büyük gelişimi kendilik algısı ve kişilerarası ilişkiler boyutunda yaşarken, en az değişimi ruhsal boyutta yaşamaktadırlar. Kadınlar bu doğrultuda hayata bakış açılarında olumlu değişim yaşayarak yaşam önceliklerini değiştirmektedirler (19).

2.3. İyi Olma Durumu

DSÖ'ye göre sağlıklı olma, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (94). İyilik hali / iyi olma durumu ise kişiden kişiye değişen bir kavram olmakla birlikte yaşam memnuniyetiyle ilişkilendirilmektedir. İyi olma durumu Antik Yunan'da filozoflar tarafından

“mutlulukla” eş anlamlı bir şekilde tanımlanmış olup; mutluluk, sonlu ve yararlı olan, son derece iyi olarak tanımlanmıştır. Başka bir tanımda ise, iyi olma durumu yaşam kalitesi seviyesinin yüksek olması olarak tanımlanmış olup, ızdıraptan kaçınma, tatmin ve memnuniyet duygularını içermektedir. (95).

İyi olma durumu öznel iyi oluş ve psikolojik iyi oluş şeklinde iki ana başlıkta incelenmektedir. Öznel iyi oluş ise; bilişsel ve duyuşsal olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel alt boyut yaşamdan zevk alma, olumlu duyguları sık ve olumsuz duyguları az yaşama şeklinde tanımlanmaktadır (95, 96). Duyuşsal boyutta ise olumlu duygular, onur, neşe, ilgi, sevinç ve güven gibi duyguları içerirken; olumsuz duygular, utanç, nefret, suçluluk, öfke, kin gibi duyguları içermektedir. Sonuç olarak öznel iyi oluş düzeyi yüksek bireyler mutluluk veren olumlu duyguları sıklıkla yaşamakta, rahatsızlık veren olumsuz duyguları daha az yaşamaktadırlar (97). Psikolojik iyi oluş kavramı ise bireyin kendi yeteneklerini gerçekleştirebilme, karşılaştığı stresli yaşam olayları ile başa çıkabilme, etkin ve verimli bir şekilde çalışabilme durumu olarak tanımlanmaktadır (98).

İyi oluş düzeyinin yükselmesi; sağlığı, iş ve geliri, sosyal ilişkileri olumlu yönde etkilemektedir. Bununla birlikte bireyin sosyal desteğinin fazla olması, evli olması, istediği ve sevdiği meslekte çalışması, ekonomik durumunun iyi olması ve sağlıklı olması gibi faktörler iyi oluşu olumlu yönde etkilerken; kayıp yaşamış kadınların yaşadığı öfke, kaygı, üzüntü, stres, suçluluk gibi olumsuz duygular iyi oluşu olumsuz yönde etkilemektedir (99).

2.3.1. Prenatal Kayıp ve İyi Olma Durumu

Gebelik ve doğum sonrası dönem doğal bir olay olmasına rağmen, fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişikliği beraberinde getirmekte, özellikle gebelik bir kayıpla sonuçlandığında ciddi düzeyde olumsuz duyguların yaşanmasına neden olabilmektedir (100). Hatta gebelik kaybı sonrası yaşanmış olumsuz duygular sonraki gebeliği de etkilemektedir (101).

Olumlu duyguların varlığı ve olumsuz duyguların yokluğu öznel iyi oluşla ilgili bilgi vermektedir. Bu bağlamda kayıp yaşamış gebelerde yoğun olarak görülen stres, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz duyguların fazla olması kadının sosyal hayatını ve iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (65, 100). Kişilerin iyi oluşlarının yüksek olabilmesi için olumlu duyguların, olumsuzlara oranla daha fazla yaşanması gerekmektedir. Ancak gebelik kaybı yaşamış kadınlar kayıptan dolayı kendilerini

suçlamakta, öfke ve üzüntü gibi olumsuz duyguları yoğun olarak ve uzun süreli yaşamaktadırlar (102). Negatif duyguların sürekli olarak yaşanması, bireyin işlevselliğine zarar verebilmekte ve bunun sonucunda iyilik hali olumsuz etkilenerek mutsuzluğa neden olmaktadır (103, 104).

Gebelik kaybı kadınları fiziksel olarak ta olumsuz yönde etkilemektedir. Bu kadınlar sonraki gebeliklerinde gebelik belirtilerine karşı daha hassas olmakta, ağrı duygularına daha çok odaklanmakta, yorgunluk ve uyku problemleri yaşamaktadırlar (1, 4, 101). Ayrıca alkol veya uyuşturucuya bağımlılıkta daha fazla görülebilir, yaşam kalitesi uzun süreli olarak olumsuz yönde etkilenebilir (14).

Literatür incelendiğinde benlik saygısının da iyi oluşu anlamlı düzeyde etkilendiği görülmüştür. Gebelik kaybı sonrası bazı kadınlar beden imajlarıyla ilgili olumsuz duygular yaşamakta ya da olumsuz algıladıkları bir beden imajı geliştirerek yaşadıkları kaybın yasını fiziki bedenlerine yaşatmaktadırlar. Bu tür olumsuz duygular kadınların benlik saygılarını ve cinsel aktivitelerini azaltarak iyi oluşlarını negatif olarak etkilemektedir (14). Ayrıca yüksek öznel iyi oluş, yüksek düzeyde sosyallik ile tutarlı bir şekilde ilişkilidir (99). Ancak kayıp sonrası kadınlar damgalanma korkusuyla kendilerini sosyal yönden izole etmekte ve gebeyken kendilerini tanıyanlarla iletişime geçmek istememektedirler (14). Bütün bunlar kadınların fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek iyi oluşlarını değiştirmektedir.

2.4. Kortizol Hormonu

Kortizol insan vücudunda stres sırasında salınan ve salınımı hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) sistemi aracılığıyla düzenlenen glukokortikoid steroid bir hormondur (105, 106). Stresör algılandıktan sonra HPA eksenini hipotalamustan kortikotropin releasing hormon (CRH) salgılanmasını başlatır. CRH, ön hipofizden adrenokortikotropik hormonun (ACTH) salınımını uyararak adrenal bezlerin korteks kısmından kortizol, medulla kısmından epinefrin ve norepinefrin hormonlarının salgılanmasını sağlar. Kortizol düzeyi gün içerisinde her zaman aynı düzeyde kalmayıp yaş, cinsiyet ve uyku-uyanıklık halinden etkilenerek, 24 saatlik sirkadyen bir ritim gösterir (106, 107). Normal gece uykusu ve gündüz aktivitesi olan sağlıklı insanlarda, kortizol sabah uyanmayı takiben 30-60 dakika içerisinde en yüksek seviyesine ulaşırken gece yarısı en düşük seviyelere ulaşır (108). Başka bir değerlendirmeye göre tükürükteki en yüksek kortizol değeri sabah uandıktan 45 dakika sonra, en düşük kortizol değeri de

sabah uyandıktan 12 saat sonra ölçülmektedir (109). Kortizol hormonunun %90-93'lük kısmı albümin ya da transkortin proteinlerine bağlı olarak taşınırken (total kortizol), %7-10'luk kısmı serbest kortizol olarak bulunmaktadır (110). Kortizol hormonunun serbest kısmı tükürük, ter, saç teli, idrar gibi vücut kısımlarına dağılır. Tükürükteki kortizol örneğiyle uzun süreli stres değerlendirilebilmekte olup, ölçümün non-invaziv olması ve serbest kortizol düzeyini en iyi yansıtan matriks olmasından dolayı kortizol değerlendirilmesinde etkili bir yöntem olarak kullanılmakta ve kan testiyle tekrarlanmasına gerek duyulmamaktadır (107, 111-113).

Gebelik döneminde maternal kortizol plasenta, desidua ve fetal membranlar tarafından düzenlenmekte ve artan bir eğilim göstermektedir. Gebelik süresince plasenta fetal ve maternal kan dolaşımlarına artan miktarda CRH salgılar ve bu düzey gebeliğin 8. haftasından doğuma kadar katlanarak artış gösterir (114). Ayrıca günlük kortizol miktarı 25. gebelik haftasından sonra artarak 3. trimesterde gebe olmayan kadınlardaki kortizol düzeyinin iki katına ulaşır (115). Nulliparite, genç anne yaşı, düşük beden kitle indeksi gibi faktörler yüksek maternal kortizol seviyeleriyle ilişkilendirilmiştir (116).

Gebelik döneminde kortizol hormonu ve glikokortikoidler fetal akciğerler ve beyin gelişimi için gereklidir (117, 118). Prenatal kayıp yaşamış gebelerde yüksek düzeyde stres görülmekte ve stres düzeyin artmasıyla maternal kortizol plasentadan fetüse geçiş yaparak fetal kortizol düzeyinin artmasının neden olmaktadır (14, 119). Prenatal dönemde kortizol düzeyinin yüksek olması ise hem fetal hayatta hem de yenidoğan dönemde olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir. Özellikle yüksek maternal kortizol seviyeleri gebelik kayıplarıyla ilişkilendirilmekte ve stres faktörünün bu oranı %42 civarında artırdığı bildirilmektedir. Doğum sonrası dönemde ise yenidoğanlarda mental gelişim problemlerine, düşük doğum ağırlığına, prematüriteye, bebeklerde dil gelişimi problemlerine neden olmaktadır (119-124). Bu nedenlerden dolayı anne ve bebek sağlığının korunması ve yükseltilmesinde gebelerin patolojik stres düzeylerini azaltmaya yönelik girişimlerin planlanabilmesi için stres düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir. Tükürük örneğinin non-invaziv ve belirtilen özellikleri sayesinde klinikte kolay uygulanabilir olması ebeler açısından kullanımını kolaylaştırmaktadır. Ebeler kadınla ilk karşılaştıkları anda kortizol değerini ve stresini değerlendirip, yüksek çıkması durumunda stresi azaltıcı yöntemleri uygulayabilirler.

2.5. Duygusal Özgürlük Tekniği (Emotional Freedom Technique /EFT)

Duygusal Özgürlük Tekniği (DÖT) bir akupress yöntemi olup üzüntü, öfke, kaygı gibi olumsuz durumların iyileştirilmesi amacıyla bu duyguların sorumlusu olan organların meridyen geçiş noktasına bası, uyarı yapılmasını öngören bir methodtur (125). Bu açıdan Batı'nın geleneksel psikoterapi yöntemi ile Doğu'nun temel meridyen ve akupunktur noktalarının uyarılması ile enerji akışının düzgün akması esas alınmıştır (126). DÖT, psikolojik değişiklikler yapmak için bilişsel işlevler ile fiziksel bileşenleri (akupunktur noktalarına dokunarak) kullanan; bilişsel davranışçı terapi, maruz kalma terapisi ve somatik uyarım unsurlarını birleştiren psikofizyolojik bir müdahaledir. Birey stres yaratan bir hatıra ya da olayı seçip (maruz kalma terapisinde olduğu gibi), bu sorunun varlığını ve kendini kabul ettiğini ifade ederek (bilişsel davranışçı terapide olduğu gibi) eşleştirme yapmaktadır (127, 128). Akupunktur noktalarının dokunularak uyarılması ile eşleştirilmiş hayali maruz kalma, orta beyin aşırı uyarılmışlığını azaltmakta, kaygı ve travmatik hatıraları karşı şartlandırmaktadır (129). Noninvaziv olması ve uygulama esnasında akupunktur meridyenlerinin kullanılması nedeniyle "akupresürün duygusal bir biçimi" veya "iğnesiz akupunktur" olarak da tanımlanmaktadır (125).

DÖT'e göre insan bedeninde, vücudu yukarıdan aşağıya sarmalayan meridyenler mevcuttur (130, 131). Meridyenlerdeki enerji akışı düzgün olduğunda kişide mutlu olmakta, kendini iyi hissetmekte ve sevecen davranmaktadır. Enerji akışı düzgün olmadığında ise kişide korku, stres, panik, hüzn gibi olumsuz duygular ortaya çıkmakta ve bu duyguların sonucu olarakta fiziksel bedende rahatsızlıklar meydana gelmektedir (132).

2.5.1. Duygusal Özgürlük Tekniğinin Nörofizyolojisi ve Etki Mekanizması

DÖT, otonom sinir sisteminin ve hipotalamik-pitüiteradrenal ekseninin fizyolojik olarak düzenlenmesini sağlamakta olup, bilişsel ve enerjik düzeyler üzerine çalışan bir uygulamadır (133). Bu nedenle DÖT uygulamasında öncelikle bireylere maruz kalma terapisi uygulanmaktadır. Maruz kalma terapisi; tetik olarak adlandırılan ve bireyde stres tepkisi oluşturan durum (bebeğini kaybetme korkusu gibi) ile bireylere uygulama esnasında karşılaştırılmasıdır. Kişiye tetik hatırlatılarak bireyin rahatsızlık hakkında bilinçli ve farkında olması sağlanır. Bu durum amigdalayı aktive etmekte ve tehdit uyarısı oluşturmaktadır. Bireyin zihninde uyarı aktif halde tutulurken yani birey sorunu

hakkında bilinçli iken aynı anda dokunma terapisi uygulanmaya başlanır. Böylelikle kişilerde bilişsel geçiş ve enerjetik salınım aynı anda meydana getirilir (125, 132).

Dokunma terapisi DÖT'ün bedeninde bulunan meridyen noktalarına vuruşların yapıldığı aşamadır. Kaygı gibi durumlarda vuruş yapılması bozulmuş olan enerji akımını düzenler ve bu doğrultuda iyileşme sağlar. Dokunma terapisi esnasında beyne giden olumsuz uyarılar azaltılarak beyne deaktif sinyallerin gitmesi sağlanır (125, 132). Tetik nedeniyle stres tepkisini başlatan sinirsel yollar kalıcı olarak değiştirilmekte ve böylelikle bireyde stres tepkisi olmamakta limbik uyarılma olmaksızın tetikleyici ile karşılaşma sağlanmaktadır (134).

Akupunktur noktalarının manuel olarak uyarılması; endojen opioidler üretmekte, serotonin ve GABA gibi nörotransmitterlerin üretimini arttırmakta ve ana stres hormonu olan kortizolü düzenlemektedir. Bu nörokimyasal değişiklikler ile ağrıyı, kalp atış hızını ve kaygıyı azaltmakta, savaş/kaç/dona kalma tepkisini kapatmakta, otonom sinir sistemini düzenlemekte ve sakin bir his oluşturmaktadır. Bu gevşeme tepkisi karşılıklı olarak hem kaygıyı engellemekte hem de travmatik uyarılara karşı hızlı bir duyarsızlaşma sağlamaktadır (129).

DÖT ve akupunktur noktası vuruşunun, limbik sistemin aktivitesini akupunktur ile benzer şekilde düzenlediği düşünülmektedir. Elinden akupunktur yapılan deneklerin fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemesinde amigdala, hipokampus ve nükleus akkumbens dahil olmak üzere hafıza ve stres yanıtıyla ilişkili çeşitli beyin bölgelerinde düşük kan akımı (azalmış aktivite gösteren) tespit edilmiştir. Benzer bir şekilde, DÖT uygulanan deneklerin elektroensefalografik kayıtları, sağ ön korteks uyarılmasının azaldığını göstermektedir, bu durum diğer nöroterapi biçimlerinde de görülmektedir (128, 135). Bazı çalışmalara göre, kaygı bozukluklarının tedavisinde akupunktur noktalarına parmak uçları ile vurmanın iğneye göre daha üstün olduğu gösterilmiştir. Kısaca akupunktur noktasına hafifçe vurulması; strese bağlı hormonal durumları hafifletmeyi ve psikolojik belirtilerin nörolojik temellerini hızlıca bozan elektrik sinyallerinin üretilmesini sağlamaktadır (136, 137).

2.5.2. Duygusal Özgürlük Tekniğinin Uygulaması

DÖT'de parmak uçları ile bası ile birlikte kişinin kendisini rahatsız eden duruma yoğunlaştırması gerekmektedir (125, 133). Bir yandan akupunktur noktalarına vuruş (tapping) yapılırken bir yandan da kurulum cümlesi/ kelimesi sesli olarak söylenir. Sesli

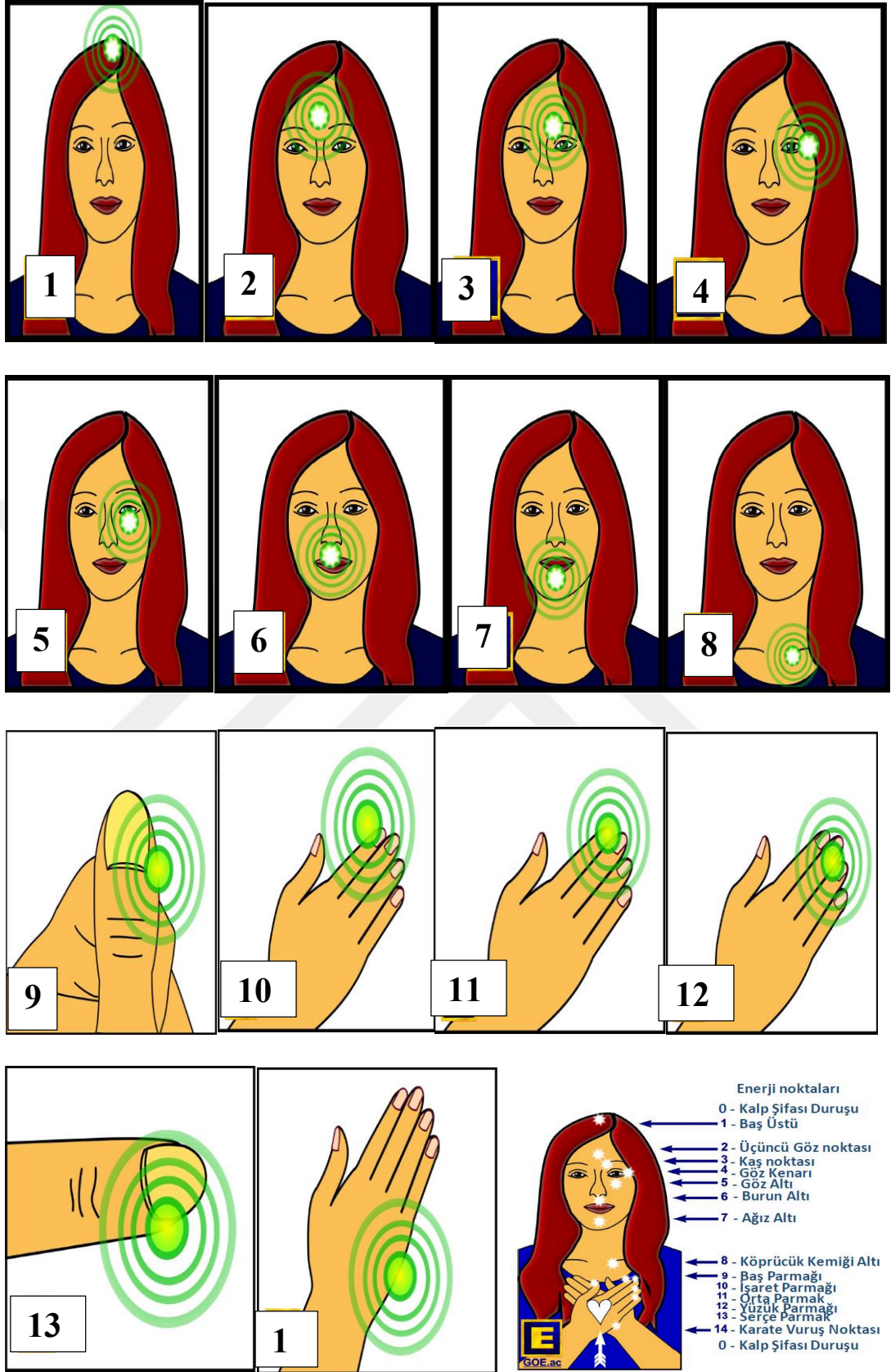
söylenmesinin amacı sinir sisteminin büyük bir bölümünün devreye girmesini sağlamaktır.

Bir DÖT turunda vücutta bulunan 14 ana meridyenin geçiş noktalarına vuruşlar yapılır. DÖT vuruş noktalarını şu şekilde sıralamak mümkündür (132, 133) (Şekil 2.1):

1. *Başın tepe noktası:* Başın en üst noktasıdır. Çok sayıda enerji kanalı bu noktada birleşir. Bu nokta enerji bedenin merkezine direkt olarak ulaşan, temel giriş ve çıkış noktasıdır.
2. *Üçüncü göz noktası:* Alnın ortasında ki bölgedir. Bu nokta enerji bedeninin psişik devrelerine, yani nörolojisine bağlantıyı sağlar.
3. *Kaş noktası:* Kaşın başlangıcında, burnun hemen yanındaki alandır. Akupunkturda mesane meridyenidir, özellikle şok/travma ve üzüntü ile ilişkili noktadır.
4. *Göz kenarı noktası:* Gözün dış kenarında, kemiğin hemen üzerindeki alandır. Akupunkturda safra kesesi meridyenidir, öfke durumlarında önemli bir noktadır
5. *Gözaltı noktası:* Gözbebeğinin yaklaşık bir cm altında, gözün altındaki kemik üzerindeki alandır. Akupunkturda mide meridyenidir, kaygı ile ilişkili önemli bir noktadır.
6. *Burun altı noktası:* Burnun altı ve üst dudağın üstü arasındaki alandır. Akupunkturda yönetici meridyendir, sosyal nedenlerle (başkaları tarafından övülme ya da hor görülme gibi) ilişkili utanma duygusunda önemli bir noktadır
7. *Ağız altı noktası:* Alt dudakla çene arasındaki noktadır. Akupunkturda merkez meridyendir, ahlaki olmayan bir davranış/hata yapıldığında hissedilen utanç/suçluluk duygusu ile ilişkili önemli bir noktadır
8. *Köprücük kemiğinin altı:* Köprücük kemiği ile göğüs kafesi arasında yer alan bölgedir. Akupunkturda böbrek meridyeninin 27. noktasıdır (K27), genel olarak önemli bir noktadır.
9. *Başparmak noktası:* Başparmak tırnağının tabanı ile aynı hizada, başparmağın dış kısmındaki noktadır. Akupunkturda akciğer meridyenidir, doğum travması dahil eski travmalar ve solunum güçlüğü ile ilişkili önemli bir noktadır
10. *İşaret parmağı noktası:* Tırnağın tabanı ile aynı hizada, işaret parmağının başparmağa bakan tarafındaki noktadır. Akupunkturda kalın bağırsak meridyenidir, suçluluk duygusu ile ilişkilidir.

11. *Orta parmak noktası:* Tırnağın tabanı ile aynı hizada, orta parmağın başparmağa yakın olan tarafındaki noktadır. Akupunkturda perikard-kalp koruyucu veya dolaşım-cinsiyet meridyenidir, kalp duygularını korumakla ilişkilidir.
12. *Yüzük parmağı noktası:* Bu meridyen bedenin tüm savunma işlevlerini yönetir ve hücre işlevlerini yöneten beden ısısından sorumludur.
13. *Serçe parmağı:* Tırnağın tabanı ile aynı hizada, serçe parmağın başparmağa yakın olan tarafının iç kısmındaki noktadır. Akupunkturda kalp meridyenidir, kızgınlık durumları ile ilişkilidir
14. *Karate vuruş noktası:* El bileğinin üst kısmı ve serçe parmağın tabanı arasında elin dış yan kısmındaki orta noktadır. Akupunkturda incebağırsak meridyenidir.





Şekil 2.1: Enerji Noktaları (132)

DÖT uygulanırken izlenmesi gereken temel basamaklar şu şekildedir (132):

1. *Kalp şifa duruşu pozisyonu almak*: Kalp enerji sisteminin güç üreten merkezidir. Kalbi güçlendirerek, tüm enerji bedenini dengeler ve güçlendirir. Enerji sisteminin kalbi, elimizle kendimizi göstererek ‘Bu benim’ dediğimiz noktadır. Baskın el bu noktaya koyulur. Diğer el de onun üzerine koyulur (Şekil 2.2).
2. *Üç kez derin nefes alıp vermek*: Gözler kapatılır ve üç uzun, derin nefes alıp verilir.
3. *Kurulum cümlesini veya telkini üç kez yüksek sesle söylemek*: DÖT’de bir diğer önemli husus kurulum cümlesidir. Kurulum cümlesinde kişinin, danışanın ifade ettiği kelime, cümle, deyim veya yöresel söylem her ne ise tam olarak o ifade söylenir ve DÖT vuruşları yapılır. Vuruş yaparken de her noktada en az bir kere derin nefes alıp vermek ve değişen duygu durumlarının izini sürmek önemlidir. Her noktada yine kurulum cümlesi veya hatırlatıcı kelime söylenir. Bundaki amaç ise dikkati sürekli aynı konuda toplayabilmektir. Vuruşlar sırasında duygu değiştiği için kurulum cümlesi de değişecektir.
Kurulum cümlelerinde netlik olmalı ve spesifik ifadeler bulunup söylenmelidir. Örneğin; “*düşük/ölü doğum yapmaktan korkuyorum.*” şeklinde DÖT kurulumu yapılır. Bazen bu kurulumları netleştirmek için kişiye “ne oldu”, “nasıl oldu” şeklinde sorular sorularak danışanın gözü önüne gelen kareler sorulabilir. Bunlar da asıl duyguyu içeren kurulumu, ifadeyi bulmaya yardımcı olur (125, 131).
4. *Subjektif Deneyim Birimi (Subjective Units of Experience) (SUE) Skalası ile kişinin olumsuz duygusundan* (Örneğin; “*düşük/ölü doğum yapmaktan korkuyorum.*”) hissettiği rahatsızlığı değerlendirmesi ve bir puan vermesi istenir. Hartmann tarafından geliştirilmiş ölçekte -10 ile +10 arasında puanlama yapılmaktadır.
5. *Sırayla akupunktur noktalarına vuruşlar yapılması*: Değerlendirme yapıldıktan sonra gebenin her akupunktur noktasına bir ya da iki parmak ucuyla 7-10 kez vuruş yapması ve vuruşlar yapılırken kurulum cümlesini sürekli söylemesi istenir. Bir tur negatif kurulum; örneğin; “*düşük/ölü doğum yapmaktan korkuyorum*”, bir tur olumsuz duyguyu serbest bırakma kurulumu; örneğin; “*düşük/ölü doğum yapma korkumu serbest bırakıyorum*” ve bir tur da pozitif kurulum; örneğin; “*bu korkudan arınmak için gebeliğime ve bebeğime sağlık/şifa istiyorum*” şeklinde üç tur tamamlandıktan sonra vuruşlar sonlandırılır.

6. *Tekrar Kalp şifa duruşu pozisyonu almak:* Üç tur tamamlandıktan sonra gebeye kalp şifa duruşu pozisyonu alması, üç derin nefes alıp su içmesi söylenir.
7. *Tekrar SUE skalası ile rahatsızlık düzeyinde olan farklılaşma kontrol edilmekte ve DÖT'ün bir seansı son bulmaktadır* (132).

Uygulanan her DÖT turu enerji sistemini harekete geçirir ve varolan blokajın ortadan kalkmasını sağlar. Bu da kişinin yaşadığı olumsuz durumu çözmesini ve kişi de aynı zamanda “aydınlanma” diye tarif edilen bir durumun yaşanmasını sağlar (132). Uygulama sırasında olumsuz duygularla ilgili kişinin iyi olduğu bir alana odaklanması sağlanır. Böylelikle olumsuz duyguların akıtılması sonucu kişi de olumlu duygulara yönelme eğilimi artmaktadır. Hissettiği olumsuz duygularla yüzleşip, onların yaşanıp bittiğini kabul ederek yaşadığı durumu çözülemez bir sorun olmaktan çıkarmaktadır. Kendi benliğine karşı yaptığı bu yolculuk sonrası olumsuz duygunun yerini olumlu duygular almaktadır (132).



Şekil 2.2: Kalp şifa duruşu pozisyonu (132).

2.6. Duygusal Özgürlük Tekniğinin Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelerde Duygu Durum Üzerine Etkisi

Prenatal kayıp yaşamış gebelerin yaşadıkları stres; yaşam boyu edindikleri başa çıkma mekanizmalarını zorlamakta ve kişilerde öfke, üzüntü, kaygı gibi olumsuz duygusal tepkilere neden olmaktadır. Bu duygusal tepkiler bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ve ruhsal durumunu etkileyen enerji akışında blokajlar oluşturmaktadır (126).

DÖT'ün enerji akışını düzenleyici etkisiyle travmalar, geçmiş olumsuz yaşantılar ve korkular temizlenebilmektedir (24). Şiddetli travma vakalarında bile travma sonrası stres semptomlarını ortadan kaldırmakta ve travma sonrası psikolojik gelişimi desteklemektedir. Travma sonrası stres semptomları görülen bir vaka çalışmasında, uygulanan DÖT sonrası bireyin stres semptomlarının azaldığı ve psikolojik gelişim gösterdiği görülmüştür (138). Bunların yanı sıra DÖT; bağımlılık, depresyon, korkular gibi kişinin iyilik halini olumsuz yönde etkileyen psikolojik faktörlerin yanı sıra fiziksel

olarak ta birçok alanda olumlu etkiler yaratmaktadır (139-141). Fiziksel ve tıbbi tedavi amacıyla ağrı, sedef hastalığı, nöbet bozuklukları, fibromiyalji, baş ağrısı ve kronik hastalık semptomları gibi konularda da DÖT uygulamaları mevcuttur (142-147).

Gebelikte yaşanan stres kortizol seviyesinin artmasına neden olabilir. DÖT ise amigdalaya etki ederek stres tepkilerini düzenlemekte, kortizol seviyesini düşürmekte ve kaygı üzerinde etkili olmaktadır (148). Gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada DÖT'ün kadınların kortizol düzeylerini önemli ölçüde azalttığı ve bu oranın %43 civarında olduğu bulunmuştur (23, 24, 148). Ayrıca yetişkin bireylerin psikolojik sıkıntılarına yönelik bir saatlik bir müdahale sonucunda kaygıyı ve tükürük kortizol seviyelerini anlamlı düzeyde azalttığı belirlenmiştir (135).

Birçok olumsuz duyguda kullanılabilen DÖT'ün non-invaziv ve non-farmakolojik olması ve herhangi bir yan etkisinin olmaması nedeniyle ebeler tarafından kayıp yaşamış gebelerdeki stresi azaltmak için güvenle uygulanabilir (127). Ebe, DÖT uygulamadan önce sessiz bir ortam sağlamalı, kadına DÖT uygulamasını nasıl yapacaklarını anlatmalı, kadınla birlikte karşılıklı olarak DÖT uygulaması yapmalı ve bittikten sonra kadını bir süre dinlemelidir. Böylece ebe kadının stresinin azalmasını sağlayarak psikolojik gelişimine ve iyilik durumuna olumlu katkı sağlamış olacaktır.

2.7. Müzik

Müzik, işitme yoluyla algılanan, düzenli ve uyumlu seslerden oluşan, insanlara özgü ve insanın doğasında bulunan estetik bütünü, süreci ya da ürünü ifade eden bir davranış biçimidir (149). Diğer bir deyişle müzik, duygu ve düşünceleri seslerle anlatan ya da sesleri düzen ve estetik anlayış içerisinde ifade eden bir sanattır (150). Müzik terapi ise bir hastalık ya da yetersizliğin fizyolojik ve psikolojik etkilerinin tedavisinde yardımcı olabilmek için kullanılan sağlık bakımının dalıdır (151). Müzik insanın içsel dünyasına ulaşmayı sağlayan bir araç olup, beden-ruh sağlığı ve mutluluk arasında pozitif ilişkiler yaratır (152-154).

2.7.1. Müzik Uygulamasının Fizyolojik Mekanizması

Müzik, nöroendokrin sistem ve otonom sinir sistemini etkileyerek insan vücudunda hem fizyolojik hem de psikolojik değişiklikler meydana getirir. Müziğin ayrıca parasempatik sinir sistemini üzerinde etkileri bulunmaktadır. İşitsel uyarı kuvvetli veya ritimsel olduğunda seri halinde hareketler meydana geliyormuş gibi algılanır. Müzik sesi dış kulak kanalında başlayarak timpanik membrana oradan kokleaya, kokleadan

geçerek somatosensorieldeki sinirlere ulaşır. Merkezde bulunan nörotransmitterlere olan baskının artmasıyla ruh halinde değişim meydana gelmektedir. Bu değişim sonucunda parasempatik sinir sistemi aktive olur (155, 156). Düşük tempoda dinlenen müziğin, rahatsızlık oluşturan duyguları düzenlediği ve ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (28, 152).

2.7.2. Türk Müziğinde Müzik Terapide Kullanılan Başlıca Makamlar ve Etkileri

Müziğin etkileri türüne göre değişmektedir. Farabi'ye göre Türk müziğinde kullanılan makamların insan ruhuna olan etkilerini söyle sınıflandırmıştır (157).

1. Rast Makamı: İnsana neşe huzur verir.
2. Rehavi Makamı: İnsana sonsuzluk fikri verir.
3. Küçek Makamı: İnsana hüznün ve elem verir.
4. Büzürk Makamı: İnsana korku verir.
5. İsfahan Makamı: İnsana hareket kabiliyeti ve güven hissi verir.
6. Neva Makamı: İnsana lezzet ve ferahlık verir.
7. Uşşak Makamı: İnsana gülme sevinç ve kuvvet hissi verir.
8. Zırgüle Makamı: İnsana uyku verir.
9. Saba Makamı: İnsana cesaret kuvvet verir.
10. Buselik Makamı: İnsana kuvvet verir.
11. Hüseyini Makamı: İnsana sessizlik ve rahatlık verir.
12. Hicaz Makamı: İnsana alçak gönüllülük verir.

2.8. Müziğin Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelerde Duygu Durum Üzerine Etkisi

Prenatal kayıp öyküsü olan gebelerde olumsuz duygular yaygın olup kadınların çoğu bebeklerinin sağlığından endişe eder ve emosyonel, fiziksel ve sosyal değişiklikler sebebiyle stres yaşarlar (158). Gebelerde müzik terapinin psikolojik ve fiziksel etkileri bulunmakta, iyilik hali ve sağlık üzerindeki olumlu etkiler göstermektedir (154). Müzik negatif duyguları nötralize eder, stres eşiğini yükseltir, kişinin stresinin azalmasına ve rahatlamasına yardım eder (159). Ayrıca ruh halini değiştirerek, talamik seviyede otonomik yanıt ve imajinasyonu stimüle eder. His ve duygular serebral hemisfere geçer. Beyin iletişim ağına etki eden müzik, limbik sistem yoluyla duygu durumunu etkiler. Estetik zevkler sağ beyin tarafından alınarak, hipofizden endorfin salınmasına sebep olur.

Böylece kanda adrenokortikotropik hormon konsantrasyonu azalır (160). Vücudun doğal ağrı kesici ve ruhsal durum düzenleyici maddesi olan endorfinin salınımı sonucunda ağrı, anksiyete azalır ve algılama olumlu yönde etkilenir (156, 161). Ayrıca müzik kortizol seviyelerini ve öznel stres raporlarını azaltır, dopamin salınımını artırır, kişinin toplumla olan bağlantısını güçlendirir ve bunların tümü, travma sonrası stresi olan bireylerin yaşadıkları semptomları azaltır (31).

Müzik terapisi, travmaya maruz kalan bireylerin büyük sıkıntıların ardından yaşamlarında normallik unsurlarını iyileştirme yeteneklerinden yararlanmalarına yardımcı olabileceğinden, dayanıklılığı artırıcı bir müdahale olarak kabul edilebilir. Müzik uygulamasının bir çok popülasyonda duygusal sıkıntıyı azalttığı, sosyal bağlılığı geliştirdiği, genel refahı iyileştirdiği, stresi ve endişeyi azalttığına dair mevcut kanıtlar, travma sonrası stresle mücadele eden bireyler üzerinde dayanıklılığı geliştirme potansiyeline sahip olabileceğini düşündürmektedir (30, 162, 163). Müzik terapisi travma sonrası stres bozukluğu olan bireylerin yaşadıkları semptomları azaltır, işlevselliği iyileştirir, düşüncelere ilişkin farkındalık geliştirmeyi sağlar ve kişilerin duygularını ifade ederek rahatlamalarını sağlayarak travma sonrasında bilişlerinin azalmasını sağlayabilir. Ayrıca uyku problemlerinde azalmayı, depresif duygu durumunda iyileşmeyi ve kişinin motivasyonunun artmasını sağlayarak kendilerini daha iyi ifade etmelerini ve psikolojik olarak güçlenmelerini sağlar (31, 164). Araştırmalar müziğin hasta ve sağlıklı kişilerde zihin, beden, ruh arasında denge oluşturduğunu, uyku ve yaşam kalitesini artırdığını, kişilerin dikkatini dağıttığını, fizyolojik parametreleri iyileştirmede önemli bir araç olduğunu göstermektedir. Bütün bu değişimler kişinin iyilik hali üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır (165, 166).

Gebelerin stres ve anksiyetesinin az olması, stres hormonlarının da az salınması demektir. Müziğin, özellikle stres esnasında artan kortizol seviyesini düşürdüğünü doğrulayan çalışmalar vardır (31, 167). Sezaryen sırasında dinletilen müziğin, subjektif (anketler) ve objektif (tükürük kortizol ve kalp hızı) parametrelerle ölçülen stresin azalmasında etkili olduğu ve amniyosentez yapılacak gebelere yapılan müzik uygulamasının anksiyete ve kortizol seviyelerini azalttığı bulunmuştur (153, 168). Gebelerin anksiyetesini ve stresini azaltmada, iyilik halini geliştirmede kullanılan müzik terapisinin bağımsız ebelik bakım uygulamaları içinde yer alması ve bakım pratiğinde uygulanması gerekmektedir (169).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, randomize kontrollü olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerinde Ekim 2020- Eylül 2021 tarihleri arasında yürütüldü. Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi bünyesinde toplam 6 tane kadın doğum polikliniği faaliyet göstermekte olup, 8 kadın doğum uzmanı görev yapmaktadır. Bu polikliniklere hastane kayıtlarına göre günlük 300-350 gebe başvurmaktadır. Hastanede ebelerin görev aldığı bir gebe okulu bulunmakta ve prenatal dönemde başvuran gebelere gebelik ve doğum ile ilgili eğitimler verilmektedir. Ancak bu polikliniklerde DÖT veya müzik gibi herhangi bir girişim yapılmamaktadır. Gebe okulunda gebelerin rahatlıkla oturabilecekleri koltuk ve sandalyeler bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerine başvuran prenatal kayıp öyküsü olan gebeler oluşturdu. Power analizinde örneklem büyüklüğü %5 yanılğı düzeyi çift yönlü önem düzeyinde, %95 güven aralığında %80 evreni temsil etme yeteneği (güç) ve gebelik kaybı yaşamış grupta 51.22 (standart sapma 20.13) olan travma sonrası büyüme envanteri puan ortalamasının girişim sonrası 11 puan artacağı varsayılarak her bir grup için en az 53 gebe olarak hesaplandı (53 DÖT grubu, 53 müzik grubu, 53 kontrol grubu) (19). Araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan gebeler, randomizasyon yöntemiyle DÖT, müzik ve kontrol gruplarına alındı. Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler, polikliniğe geliş sırasına göre basit randomizasyon yöntemiyle gruplara atandı. DÖT grubuna dâhil edilen 2 gebenin riskli gebelik tanısı alması, 3 gebenin günlük DÖT ev ödevi prosedürünü uygulamaması ve 4 gebenin çalışmaya devam etmek istememesi; müzik grubuna dâhil edilen 2 gebeden tükürük numunesinin alınamaması, 7 gebenin çalışmaya devam etmek istememesi ve 3 gebenin günlük müzik dinleme prosedürünü uygulamaması; kontrol grubuna dâhil edilen 5 gebeye ulaşılamaması, 4 gebenin ayrılmak istemesi ve 1 gebenin tükürük numunesinin analize dâhil edilememesi nedeniyle toplam 31 gebe araştırma analizine dahil edilmedi. Araştırma, 53 DÖT, 53 müzik ve 53 kontrol

olmak üzere toplam 159 gebeyle tamamlandı. Araştırmada kaybedilen gebeler yerine örneklem sayıları tamamlanana kadar gruplara randomizasyonla gebe alımına devam edildi. CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials-CONSORT) kriterleri esas alınarak yürütülen örneklem seçim süreci Şekil 3.1’de verildi

Araştırmaya Alınma Kriterleri

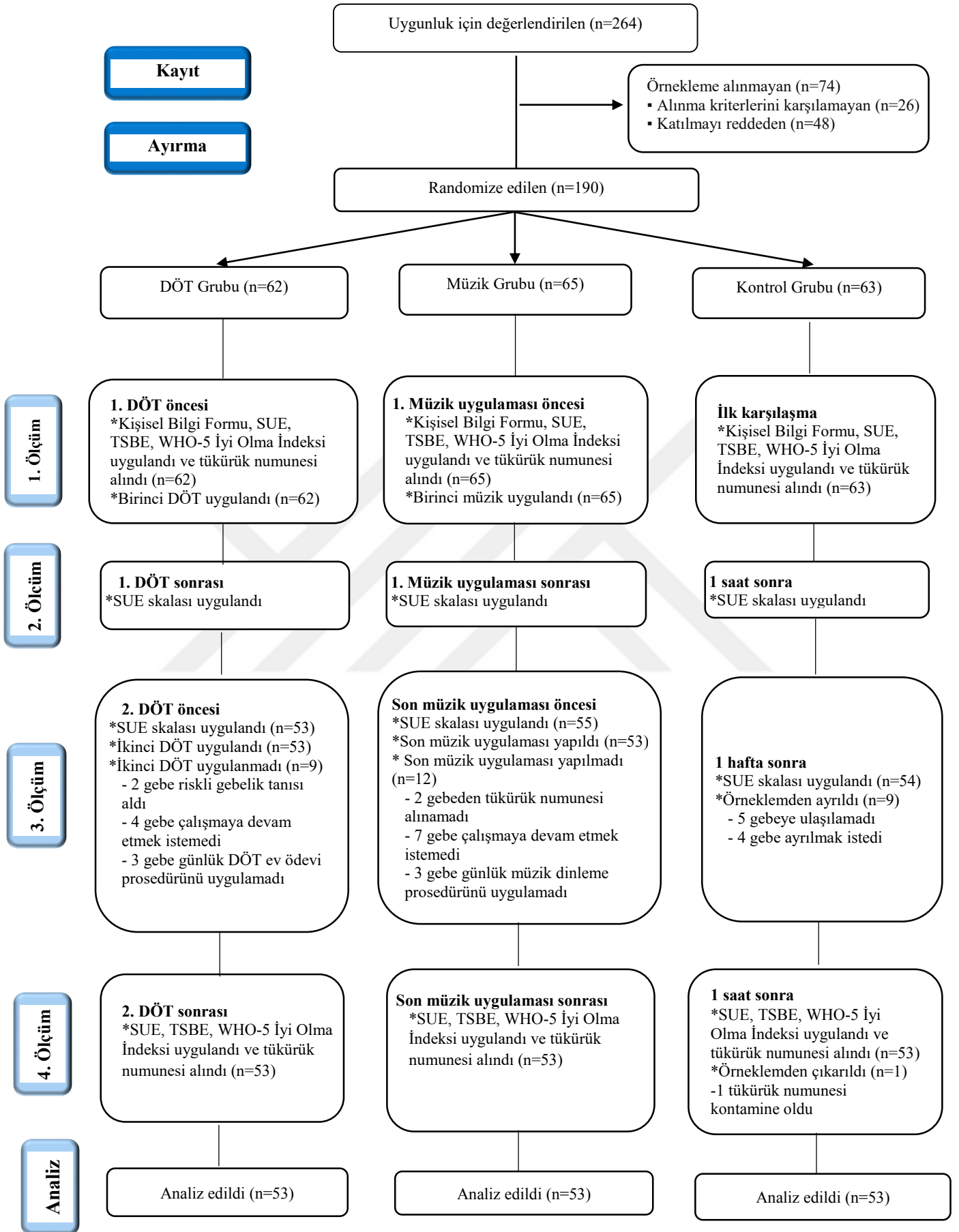
- ✓ Kaygı düzeyi, öznel rahatsızlık birimi ölçeği (EK 3) ile ölçüldüğünde 1 ve üzeri olan,
- ✓ 18 yaş ve üzerinde olan,
- ✓ Dokunma (tapping) bölgelerinde enfeksiyon, yara, skar gibi durumları olmayan,
- ✓ Gebeliğinde ve bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu olmayan (preeklampsi, diyabet, kalp hastalığı, plasenta previa, oligohidroamnios, fetal anomali gibi) tüm gebeler örneklem kapsamına alındı.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- ✓ İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir soruna sahip olan (Türkçe bilmemek, işitme, konuşma ve anlama yeteneklerinde bozukluğa sahip olmak gibi),
- ✓ Tükürük kortizolü kontamine olan,
- ✓ Tıbbi kayıtlara göre psikiyatrik sağlık sorunu olanlar çalışma dışında tutuldu.

3.3.1. Randomizasyon

Araştırmada gebelerin DÖT, müzik ve kontrol gruplarına atanması işlemi randomizasyon ile yapıldı. Randomizasyon için random.org web sitesinin Numbers alt başlığında yer alan Random Integer Generator yöntemi kullanılarak sistemde 1- 159 arasında sütunlar oluşturuldu. Sütunda 1, 2 ve 3 rakamları gözetilerek, polikliniklere gelen prenatal kayıp yaşamış gebeler 1, 2 ve 3 numaralara randomize olarak atandı. Hangi rakamın DÖT, müzik veya kontrol grubu olduğu araştırmanın başında kura çekilerek belirlendi. Kura sonucu 1 numara DÖT grubunu, 2 numara müzik grubunu, 3 numara kontrol grubunu oluşturdu.



Şekil 3.1. Consort 2010 Araştırma Uygulama Akış Şeması

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (Subjective Units of Disturbance Scala-SUDS), Subjektif Deneyim Birimi (Subjective Units of Experience-SUE) Skalası, Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) ve WHO-5 İyi Olma İndeksi ile toplandı. Ayrıca tükürük numunesi için toplama tüpü (Şekil 3.2) ve tükürük vermeyi kolaylaştırmak amacı ile nargile ağızlığı (sipsi) kullanıldı (Şekil 3.3).

Kişisel Bilgi Formu (EK 2)

Bu form, gebelerin bazı tanıtıcı özellikleri ile (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, ekonomik durumu, aile tipi gibi) evlilik ve obstetrik özelliklerini (evlilik süresi, gebelik sayısı, gebeliğin istenme durumu, yaşayan çocuk sayısı, doğum sayısı, önceki gebelik kayıpları gibi) belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulmuştur (19, 69, 170).

Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (Subjective Units of Disturbance Scala-SUDS) (EK 3)

Wolpe tarafından geliştirilen SUDS, enerji terapilerinde kullanılmakta ve bireyin rahatsızlığını değerlendirmektedir. SUDS terapiye başlamadan hemen önce ve terapi sonunda uygulanabilir. Verilen puan, terapiye başlandığı anda bireyin durumuna ilişkin somut ve temel bir hareket noktası işlevi görmekte ve uygulamanın sonunda oluşan değişimi yansıtmaktadır. Ülkemizde de daha önce enerji terapi çalışmalarında kullanılmıştır (81, 126, 171). Bu ölçekte 0 ile 10 arasında puanlama yapılmakta ve 0 kaygı yok, 10 yüksek kaygıyı göstermektedir. Rakam değeri büyüdükçe kişinin yaşadığı rahatsızlık da şiddetlenmektedir. Ölçekte rakamlar aşağıdaki ifadeleri göstermektedir (172).

- ✓ 0 = Kaygı yok,
- ✓ 1 = Akut sıkıntı yok ve temelde iyi hissetme. Ancak duygulara odaklanılırsa hoş olmayan duygular hissetmeyi ifade etmektedir,
- ✓ 2 = Biraz üzgün, ama duygulara odaklanmadıkça rahatsızlık fark etmeme,
- ✓ 3 = Hafif üzgün ve endişeli hissetme,
- ✓ 4 = Biraz üzgün hissetme,
- ✓ 5 = Orta derecede rahatsızlık hissetme ve kaygı biraz çabayla yönetilebilme,
- ✓ 6 = Kötü hissetme,

- ✓ 7 = Kontrolü zorlukla koruma,
- ✓ 8 = Kontrolü sağlayamamanın başlangıcı,
- ✓ 9 = Umutsuz hissetme,
- ✓ 10 = Kontrolsüz ve dayanılmaz derecede kötü hissetme (yüksek kaygı).

Subjektif Deneyim Birimi (Subjective Units of Experience-SUE) Skalası (EK 4)

Hartmann tarafından 2009’da geliştirilmiş olan skala, DÖT uygulamasında kullanılan ve kişinin kendi deneyimlerini sayılarla değerlendirerek sınıflandırmasını sağlamaktadır. DÖT’e özel kullanılan SUE, terapinin başlangıcında ve sonunda kişinin içinde bulunduğu duygunun yoğunluğunu (derecesini) belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Skala -10 ile +10 arasında puanlanmakta olup, negatif sayılar olumsuz/hoş olmayan deneyimler için, pozitif sayılar olumlu/hoş deneyimler için kullanılmaktadır. Buna göre;

- ✓ -10 = akla gelebilecek en büyük acı, hayal kırıklığı, korku, stres, üzüntü ya da rahatsızlık (negatif duygular)
- ✓ 0 = (Duygu yok)
- ✓ +10 = en üst düzeyde neşe, mutluluk ya da kendini harika hissetmeyi (pozitif duygular) tanımlamaktadır (132, 173).

Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) (EK 5)

Tedeschi ve Calhoun tarafından geliştirilmiş ölçeğin Türkçe uyarlaması Kağan ve ark. tarafından yapılmıştır. Travma sonrası olumlu değişimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan ölçek 21 maddelik, Likert tipi olup, 0 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 105’dir. Alınan yüksek puan, kişinin travmatik yaşantı sonrasında yüksek düzeyde bir büyüme yaşadığını göstermektedir. Ölçeğin benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim, başkalarıyla ilişkide değişim olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Benlik algısında değişim; 5, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19. maddelerin, yaşam felsefesinde değişim; 1, 2, 3, 4, 7, 14. maddelerin, başkalarıyla ilişkide değişim; 6, 8, 9, 20, 21. maddelerinin toplanmasıyla elde edilir. Ölçeğin Cronbach’s alfa güvenirlik katsayısı 0.92 olarak saptanmıştır (174). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach’s alfa güvenirlik katsayısı 0.87 bulundu.

WHO-5 İyi Olma İndeksi (EK 6)

Mental iyi oluşu tespit etmek amacıyla 1996 yılında Ware tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 1999 yılında Eser tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve Türkçe uyarlaması 2019 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Toplam 5 sorudan oluşan ölçek “hiçbir zaman”, “bazen”, “geçen zamanın yarısından daha azında”, “geçen zamanın yarısından daha çoğunda” ve “her zaman” arasında değişen 6’lı Likert tiptedir. Ham puan, beş cevaba ait sayılar toplanarak hesaplanır ve elde edilen puan sıfır ile 25 aralığındadır. Sıfır olası en kötü, 25 ise olası en iyi yaşam kalitesini temsil eder. Ölçeğin Cronbach’s alfa güvenirlik katsayısı 0.81 olarak saptanmıştır (175). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach’s alfa güvenirlik katsayısı 0.83 bulundu.

Tükürük numunesi toplama materyalleri

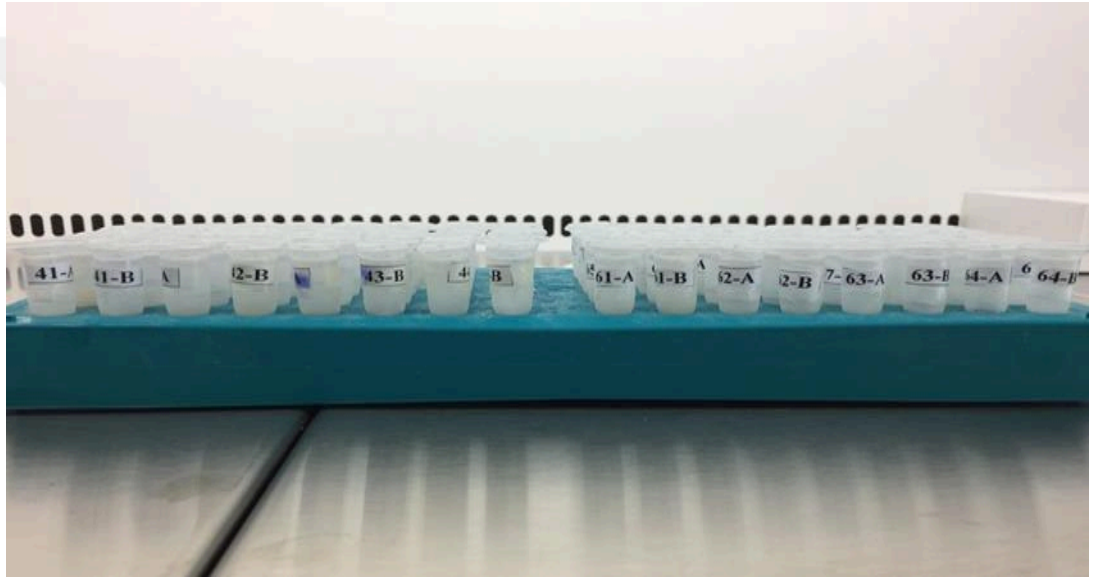
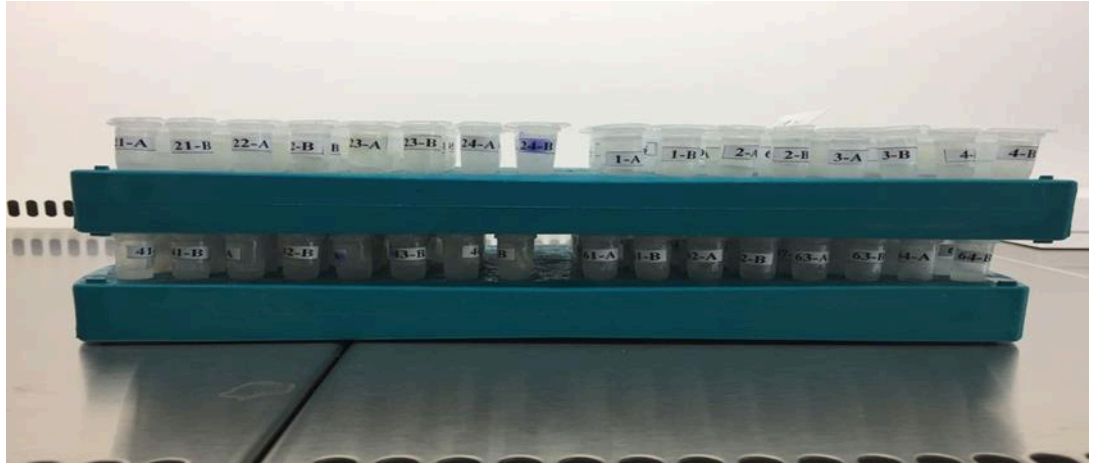
Tükürük numunesi toplama materyalleri, 1.5 ml’lik tükürük toplama tüpü (ependorf tüp) (Şekil 3.2) ve tükürük verme işlemini kolaylaştırmak amacı ile nargile ağızlığından (sipsi) (Şekil 3.3) oluşmaktadır. Tüpler araştırmacı tarafından bir sisteme göre etiketlenerek hazırlandı. Tüm gruplara çalışmaya alındığı sıra numarası verilerek, ilk örnek için “A”, son örnek için “B” olarak kodlandı (Örn: 1A; birinci gebenin ilk tükürük numunesi, 1B; birinci gebenin son tükürük numunesi) (Şekil 3.4).



Şekil 3.2. Tükürük toplama tüpü



Şekil 3.3. Tükürük örneğini vermek için sipsi



Şekil 3.4. Tükürük toplama tüplerinin kodlanması

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verileri Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi kadın doğum polikliniklerine başvuru yapan prenatal kayıp öyküsü olan gebelerden toplandı. Veri toplama araçları Ekim 2020- Nisan 2021 tarihleri arasında, hafta içi günlerde hastane içinde bulunan gebe okulunda, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulandı. DÖT, müzik ve kontrol grubundaki gebelere ilk olarak SUDS uygulandı ve kaygı düzeyi 1 ve üzeri olan (duygulara odaklanılırsa hoş olmayan duygular hissetme) gebeler araştırmaya davet edildi.

DÖT Grubu;

1. ölçüm: İlk karşılaşmada Kişisel Bilgi Formu, SUE Skalası, TSBE, WHO-5 İyi Olma İndeksi uygulandı ve tükürük numunesi alındı.

Gebelere yaklaşık 30-40 dakika süren birinci DÖT araştırmacı tarafından uygulandı.

2. ölçüm: Birinci DÖT'den hemen sonra SUE tekrar uygulandı.

Gebeler bir hafta boyunca, günde iki kez ev ödevi olarak DÖT uyguladı.

3. ölçüm: Bir hafta sonra ikinci DÖT öncesi SUE uygulandı.

Gebelere yaklaşık 30-40 dakika süren ikinci DÖT araştırmacı tarafından uygulandı.

4. ölçüm: İkinci DÖT'den hemen sonra SUE, TSBE, WHO-5 İyi Olma İndeksi uygulandı ve tükürük numunesi alındı.

Müzik Grubu;

1. ölçüm: İlk karşılaşmada Kişisel Bilgi Formu, SUE Skalası, TSBE, WHO-5 İyi Olma İndeksi uygulandı ve tükürük numunesi alındı.

Gebelere yaklaşık 30 dakika süren birinci müzik uygulaması araştırmacı tarafından uygulandı.

2. ölçüm: Birinci müzik uygulamasından hemen sonra SUE tekrar uygulandı.

Gebeler bir hafta boyunca evde kendi kendine müzik uygulamasını yaptı.

3. ölçüm: Bir hafta sonra son müzik uygulaması öncesi SUE uygulandı.

Gebelere yaklaşık 30 dakika süren son müzik uygulaması araştırmacı tarafından uygulandı.

4. ölçüm: Son müzik uygulamasından hemen sonra SUE, TSBE, WHO-5 İyi Olma İndeksi uygulandı ve tükürük numunesi alındı.

Kontrol Grubu;

1. ölçüm: İlk karşılaşmada Kişisel Bilgi Formu, SUE Skalası, TSBE, WHO-5 İyi Olma İndeksi uygulandı ve tükürük numunesi alındı.

2. ölçüm: İlk uygulamadan yaklaşık bir saat sonra SUE tekrar uygulandı.

3. ölçüm: İlk karşılaşmadan bir hafta sonra SUE uygulandı.

4. ölçüm: Üçüncü ölçümden yaklaşık bir saat sonra SUE, TSBE, WHO-5 İyi Olma İndeksi uygulandı ve tükürük numunesi alındı.

Tükürük numunelerinin toplanması ve analizi

Her tükürük örneği alımı öncesinde gebelere uyulacak prosedür hakkında bilgi verilerek ve tükürük toplama işlemi araştırmacı tarafından gösterilerek anlatıldı. Kortizolün sirkadyen ritimden etkilenmesi önlemek amacıyla ilk tükürük örnekleri saat

09.00-13.00 arasında alındı. İkinci tükürük numunesi ise bir hafta sonra ilk numunenin alındığı saatte alındı. Ayrıca tükürük kortizol değerlerinin kontamine olmaması için gebelerden numuneler alınmadan önce bazı kurallara uymaları istendi. Gebelerin numunelerin alınacağı uygulamalara başlamadan en az 1.5 saat önce yemek yemeyi sonlandırması, son 2 saat içerisinde kafein içeren içecekler tüketmeye son vermesi, son bir saat içinde yorucu fiziksel aktivitede bulunmaması, uygulama öncesi 24 saat içerisinde alkol tüketmemiş olması, son iki saat içerisinde diş fırçalamaması ve diş etlerinde kanama olmaması gibi kurallara dikkat etmeleri istendi (176-178). Bu kurallara uymayan gebeler çalışmadan çıkarıldı.

Toplanan tükürük numuneleri, buz kalıplarının olduğu taşıma kabında saklandı ve en fazla 2 saat içinde araştırmacı tarafından taşıma kabında laboratuvara ulaştırıldı. Toplanan her bir tükürük numunesi laboratuvarında – 22 °C’de analiz edilinceye kadar saklandı. Numunelerin analizi İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi projesi (proje no: TDK-2020-2182) bütçesinden hizmet alımı yöntemiyle özel bir laboratuvarında yapıldı.

Tükürük kortizol analizi, Özgöçer ve arkadaşları referans alınarak yapılmıştır (179, 180). Öncelikle, 96 kuyucuklu mikrotipler (Nunc, Danimarka) kortizol-BSA (sığır serum albumin) ile +4 °C’de gece boyu kaplandı ve 200 µl BSA (%1) ile 37 °C’de 2 saat bloklandı. Tükürük örnekleri mikrotiplere eklenmeden önce çözündürüldü ve 4000 g’de 10 dakika santrifüj edildi. Süpernatant, testte kullanılmadan önce test solüsyonu ile 3 kat dilüe edildi. Tükürük örnekleri ve standartlar (0, 1, 5, 10, 20, 40, 100, 1000 ng/ml) kuyucuklara duplike (40 µl) olarak, dilüe edilmiş tavşan anti-kortizol antikorları (40 µl) ile birlikte eklendi. Pleytler 45 dakika 37 °C’de inkübe edildi ve 5 defa yıkama solüsyonu ile yıkandı ve 100 µl biyotinlenmiş keçi-anti tavşan antikorları eklendi. Bunu 37 °C’de 30 dakika inkübasyon takip etti. Daha sonra pleytler yıkama solüsyonu ile 5 defa yıkandı. Streptavidin peroksidaz (100 µl) eklendi ve pleytler 15 dakika +4 °C’de inkübe edildi. Takiben yıkama solüsyonu ile 5 defa yıkandı, 150 µl substrat solüsyonu (tetrametil benzidin) eklendi. Mavi renk oluştuğunda, 50 µl sülfirik asit tarafından durduruldu ve pleytler, pleyt-okuyucu spektrofotometre (Biotek, Synergy HT, ABD) tarafından okundu. Kalibrasyon eğrileri 4 parametrelili lojistik regresyon eğrileri (Gen5, Biotek, ABD) kullanılarak oluşturulmuş ve kortizol seviyeleri bu eğri kullanılarak ölçülmüştür. Minimum saptama limiti 1 ng/ml’ dir ve intra (test içi)- ve inter (testler arası) test varyasyon katsayıları sırasıyla %13.6 ve %15.8’ dir (179, 180).

3.6. Ebelik Girişimi

Ebelik girişimi olarak, prenatal kayıp öyküsü olan gebelere araştırmacı tarafından DÖT uygulaması yapıldı veya müzik dinletildi. İlk DÖT ve müzik uygulamaları gebe okulunda yapıldı ve ortamın rahatlatıcı, dinlendirici ve ferah olacak şekilde olmasına özen gösterildi.

DÖT Uygulama Prosedürü

DÖT uygulaması bu konuda eğitim almış (40 saat) araştırmacı tarafından (EK 11), mümkün olan en sessiz ve rahat ettiği bir pozisyonda uygulandı. DÖT grubunu oluşturan gebelere DÖT'nin işlevi, tıklama noktaları ve uygulanması konusunda bilgi verildikten sonra, DÖT uygulama basamakları araştırmacı tarafından uygulamalı olarak gösterildi ve daha sonra uygulama basamaklarına geçildi.

Araştırmada gebelere bir hafta ara ile iki kez araştırmacı tarafından DÖT uygulaması yaptırıldı. İlk DÖT uygulamasından sonraki bir hafta boyunca, günde iki kez (sabah uyandığında ve gece uyumadan önce) kendi kendine uygulaması için kişiye özel ev ödevleri verildi ve araştırmacı tarafından telefonla mesaj yoluyla günlük olarak hatırlatma yapıldı. Ayrıca gebelere araştırmacı tarafından oluşturulan DÖT ev ödevi uygulama yönergesi (EK 10) ve uygulamalarını günlük kaydedebileceği DÖT uygulaması ev ödevi izlem çizelgesi verildi ve gebelerin her yaptığı ev ödevi için işaret koyması istendi (EK 7).

DÖT Uygulama Basamakları

Kalp şifa duruşu pozisyonu almak: DÖT turunun başlangıç noktası “Kalp şifa duruşu pozisyonu” diye bilinen kalbin üzeridir. DÖT’e başlarken gebenin kalp şifa duruşu pozisyonu olarak gözlerini kapatıp, üç uzun, derin nefes alıp vermesi istenir.

Sorunun Belirlenmesi Daha sonra gebe ile beraber, DÖT ile üzerinde çalışılacak özel sorunun veya duygunun adlandırılmasına (belirlenmesi) karar verilir. Bu amaçla gebe olmakla ilgili kendisini rahatsız eden durumlar ve ilişki sorunları üzerine konuşulur.

Hatırlatıcı Kelime Öbeği (Duygu cümlesi) Oluşturma: Uygulamanın daha sonraki aşamalarında sorunu hatırlamasına yardımcı olacak kısa bir ifade (duygu cümlesi) oluşturulur ve gebenin bu sorunu DÖT seansı sırasında yüksek sesle söylemesi sağlanır. Kurulum cümlesi ne kadar açık, dolaysız ve gerçekçi olursa o kadar büyük bir değişim elde edilir (132). “Tekrar düşük/ölü doğum yapmaktan korkuyorum” kurulum cümlesine bir örnektir.

Sorunun Değerlendirilmesi: Bu duygunun (sorunun) gebe için ne derece önemli olduğu (yoğunluğunu) SUE skalası üzerinde belirlemesi istenir.

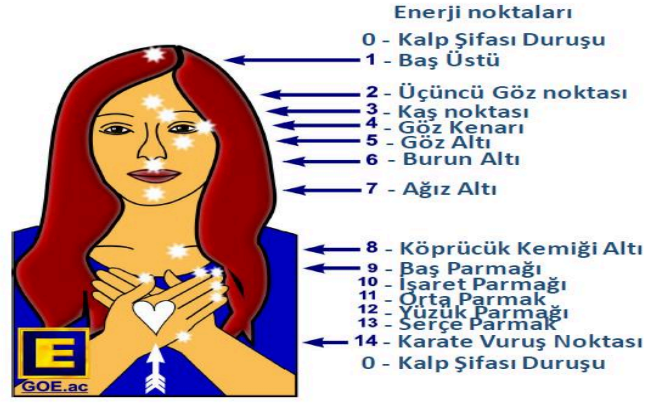
*-10 akla gelebilecek en büyük acı, hayal kırıklığı, korku, stres, üzüntü ya da rahatsızlık
*+10 ise en üst düzeyde neşe, mutluluk ya da kendini harika hissetme hali olsa şu anda deneyimlediklerinize (duygunuza) kaç puan verirsiniz? Ya da şu anda SUE skalasının neresindesiniz? gibi sorularla gebe yönlendirilir.

Dokunma (Tapping) Sırasını Gerçekleştirme: Gebe SUE skalasında yaşadığı duygunun yoğunluğunu gösterdikten sonra, uygulayıcının (araştırmacının) yönlendirmesiyle dokunuşlara başlanır. Sert dokunuşlardan kaçınılmalı ve farkındalıkla dokunmak için mümkün olduğunca kişinin kendi kendine dokunması sağlanmalıdır. Gerektiğinde yönlendiren kişinin dokunma girişimi kullanılabilir. Genellikle orta parmak ve işaret parmağını kullanarak sabit, nazik ve sağlam dokunuşlar uygulanır. Dokunuşlar sırasında yüksek sesle konuşmaya devam edilir. İlk olarak başın üst kısmından başlayarak üçüncü göz noktası, kaşın başlangıcı, kaş bitimi, gözaltı, burun altı, dudak altı, köprücük kemiğinin altı ve sırasıyla başparmak, işaret parmağı, orta parmak, yüzük parmağı, serçe parmağı, karate vuruş noktası ile vuruşlara devam edilir ve gebe tarafından parmak uçlarıyla 5-10 kez vurularak tekrarlanır (132).

Telkinlerin oluşturulması: Kurulum cümlelerinden sonra dokunuşlar sırasında, kişinin soruna karşı güçlü hissetmesine yardımcı olan olumlu telkinler oluşturulur: “düşük/ölü doğum yapma korkumu serbest bırakıyorum” ya da “bu korkudan arınmak için gebeliğime ve bebeğime sağlık/şifa istiyorum” gibi.

Yeniden Değerlendirme: Vuruşlar bittikten sonra gebenin kalp şifa duruşu pozisyonuna dönmesi, üç derin nefes alıp vermesi ve su içmesi sağlanır. SUE skalası ile tekrar değerlendirme yapılarak bir görüşmenin DÖT uygulaması tamamlanır (132).

Bu araştırmada tüm gebelere eşit süre tanınabilmesi amacıyla öznel kaygı değerlendirmesinin sıfıra inmesi veya pozitif bir değere yükselmesi beklenmemiş olup, vuruşlar 3 tur uygulandıktan sonra sonlandırıldı.



Şekil 3.5. Enerji noktaları (Hartman, 2016).

Müzik Uygulama Prosedürü

Gebelere ilk müzik uygulaması araştırmacı tarafından mümkün olan en sessiz ve rahat ettiği bir pozisyonda uygulandı. Müzik grubunu oluşturan gebelere girişim hakkında bilgi verildikten sonra 30 dakika müzik uygulandı. Araştırmada gebelere bir hafta ara ile iki kez araştırmacı tarafından müzik dinletildi. İlk uygulamadan sonraki bir hafta boyunca müzik uygulaması, günde bir kez/30 dakika boyunca gebe tarafından uygulandı ve araştırmacı tarafından telefonla mesaj yoluyla hatırlatma yapıldı. Ayrıca gebelere araştırmacı tarafından oluşturulan ve uygulamalarını günlük kaydedebileceği müzik uygulaması izlem çizelgesi verildi ve gebelerin her yaptıkları uygulama için işaret koyması istendi (EK 8). Müzik uygulamalarında 30 dakikalık sürenin yeterli olacağı belirtildiğinden her uygulama için 30 dakika süre ayrıldı (181).

Müzik grubundaki gebeler için Güzel Sanatlar ve Tasarım Fakültesinden iki öğretim üyesinden uzman görüşü alınarak oluşturulan CD kullanıldı. Hazırlanan bu CD, 60 desibel şiddetinde, akıcı, kaygı giderici, bireyin kendisini güçlü hissetmesini sağlayan, rahatlık ve neşe verici etkisi olan müzik türünden oluşturuldu (seçilen müzikler ve makamları; Rast, Neva, Buselik, Hüseyini, Saba). CD çaları olmayan gebelere dinletilecek müzikler akıllı telefon aracılığıyla gönderildi (whatsapp, bluetooth vb.). Müzik uygulamasında bireyin müzikal tercihinin uygun bir müzik kullanılmasını sağlayabilmek için de gebelere birden fazla müzik seçeneği sunuldu.

Müzik dinletisi yapılacak gebelerin mesanesinin boş olması, konsantrasyonu sağlamak için üç kez derin nefes alarak müzik dinletisine başlanması, konsantrasyon bozulması durumunda nefes alma işleminin tekrar edilmesi, cep telefonunun

kapattırılması, bu esnada hiçbir girişimin yapılmaması gibi hususlara uygulama esnasında dikkat edildi.

3.7 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Duygusal özgürlük tekniği ve müzik uygulaması bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Bağımlı Değişkenler: Gebelerin SUE Skalası, TSBE ve WHO-5 İyi Olma İndeksi'nden elde edilen puan ortalamaları ile tükürük kortizol düzeyleri bağımlı değişkenlerdir.

Kontrol Değişkeni: Yaş, aile tipi, çalışma durumu, gelir durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk varlığı, gebelik kaybı sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, şu anki gebelik haftası ve kayıp yaşanan gebelik haftası araştırmanın kontrol değişkenleridir. Gebelerin kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılması Tablo 3.1.'de verildi. DÖT, müzik ve kontrol grubundaki gebelerin kontrol değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 3.1. Gebelerin kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılması (n=159)

Tanıtıcı Özellikler	DÖT Grubu (n=53)		Müzik Grubu (n=53)		Kontrol Grubu (n=53)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Yaş (yıl)							
19-26	13	24.5	21	39.6	10	18.9	$\chi^2=8.070$
27-33	28	52.9	25	47.2	27	50.9	$p=0.089$
34 ve üzeri	12	22.6	7	13.2	16	30.2	
Aile tipi							
Çekirdek aile	44	83.0	47	88.7	45	84.9	$\chi^2=0.712$
Geniş aile	9	17.0	6	11.3	8	15.1	$p=0.701$
Çalışma durumu							
Evet	16	30.2	12	22.6	7	13.2	$\chi^2=4.470$
Hayır	37	69.8	41	77.4	46	86.8	$p=0.107$
Gelir durumu							
Gelir giderden az	14	26.4	7	13.2	16	30.2	$\chi^2=9.286$
Gelir gidere denk	30	56.6	37	69.8	35	66.0	$p=0.054$
Gelir giderden fazla	9	17.0	9	17.0	2	3.8	
Gebelik sayısı							
2	12	22.6	14	26.4	9	17.0	$\chi^2=2.184$
3	16	30.2	17	32.1	15	28.3	$p=0.702$
4 ve üzeri	25	47.2	22	41.5	29	54.7	
Yaşayan çocuk varlığı							
Evet	39	73.6	37	69.8	41	77.4	$\chi^2=0.777$
Hayır	14	26.4	16	30.2	12	22.6	$p=0.678$
Gebelik kaybı sayısı							
1	39	73.6	42	79.2	41	77.3	$\chi^2=6.902$
2	10	18.9	10	18.9	9	17.0	$p=0.141$
3 ve üzeri	4	7.5	1	1.9	3	5.7	
Gebeliğin planlı olması							
Evet	36	67.9	41	77.4	37	69.8	$\chi^2=1.302$
Hayır	17	32.1	12	22.6	16	30.2	$p=0.522$
Şu anki gebelik haftası							
1. Trimester	11	20.8	13	24.5	12	22.6	$\chi^2=4.952$
2. Trimester	21	39.6	11	20.8	14	26.5	$p=0.292$
3. Trimester	21	39.6	29	54.7	27	50.9	

Kayıp yaşanan gebelik haftası							
İlk 12 hafta	46	86.8	42	79.2	39	73.6	$\chi^2=6.902$ $p=0.141$
13-20 hafta arası	2	3.8	1	1.9	6	11.3	
21 hafta ve sonrası	5	9.4	10	18.9	8	15.1	

DÖT: Duygusal Özgürlük Tekniği

χ^2 : Ki-kare testi

3.8 Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 25.0 for Windows yazılımı (SPSS, Chicago, IL, USA) kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler

Değerlendirilen özellik	Kullanılan istatistiksel yöntem
DÖT, müzik ve kontrol gruplarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma
DÖT, müzik ve kontrol gruplarının kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması	Pearson ki-kare testi
DÖT, müzik ve kontrol gruplarının SUE Skalası, TSBE ve WHO-5 İyi Olma İndeksi puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması	Anova testi
DÖT, müzik ve kontrol gruplarının kortizol düzeyinin gruplar arası karşılaştırılması	Kruskal-Wallis testi
DÖT, müzik ve kontrol grupları SUE Skalası, TSBE ve WHO-5 İyi Olma İndeksi puan ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesine yönelik çoklu karşılaştırma	Post-Hoc Tukey testi
DÖT, müzik ve kontrol grupları kortizol düzeyleri arasındaki farkın belirlenmesine yönelik çoklu karşılaştırma	Mann-Whitney U testi

DÖT, müzik ve kontrol grupları SUE Skalasının ölçümler arasındaki farkın karşılaştırılması	Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi
DÖT, müzik ve kontrol gruplarının SUE Skalası, TSBE ve WHO-5 İyi Olma İndeksi grup içi puan ortalamaların karşılaştırılması	Bağımlı gruplarda t testi
DÖT, müzik ve kontrol gruplarının kortizol düzeyinin grup içi karşılaştırılması	Wilcoxon Signed Ranks Test

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay (EK-12) (Karar no: 2020/66) ile birlikte araştırmanın yapılacağı Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli izinler alındı (EK-13) (Sayı no: E.483). Araştırmada yer alan gebelere çalışmanın adı, amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklendiği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklandı ve “Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu” ilkesine uyularak gebelerden sözlü ve yazılı izin alındı (EK-14).

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları (n=159)

Değişkenler	DÖT Grubu (n=53)		Müzik Grubu (n=53)		Kontrol Grubu (n=53)	
	n	%	n	%	n	%
Yaş (yıl)						
19-26	13	24.5	21	39.6	10	18.9
27-33	28	52.9	25	47.2	27	50.9
34 ve üzeri	12	22.6	7	13.2	16	30.2
Gelir durumu						
Gelir giderden az	14	26.4	7	13.2	16	30.2
Gelir gidere denk	30	56.6	37	69.8	35	66.0
Gelir giderden fazla	9	17.0	9	17.0	2	3.8
Çalışma durumu						
Evet	16	30.2	12	22.6	7	13.2
Hayır	37	69.8	41	77.4	46	86.8
Eğitim düzeyi						
İlkokul mezunu	11	20.8	7	13.2	15	28.3
Ortaokul mezunu	9	17.0	6	11.3	16	30.2
Lise mezunu	11	20.8	24	45.3	10	18.9
Üniversite ve üzeri mezun	22	41.4	16	30.2	12	22.6
Aile tipi						
Çekirdek aile	44	83.0	47	88.7	45	84.9
Geniş aile	9	17.0	6	11.3	8	15.1
Yaşanılan yer						
İl	47	88.7	49	92.5	42	79.2
İlçe	4	7.5	4	7.5	9	17.0
Köy	2	3.8	0	0.0	2	3.8
Evlilik süresi (yıl)						
0-5	19	35.8	23	43.4	23	43.4
6-10	11	20.8	17	32.1	16	30.2
11 ve üzeri	23	43.4	13	24.5	14	26.4

DÖT: Duygusal Özgürlük Tekniği

DÖT, müzik ve kontrol grubundaki gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verildi. Çalışmaya katılan DÖT grubundaki gebelerin %52.9’unun 27-33 yaş arasında, %56.6’sının gelirinin giderine denk olduğu, %69.8’inin çalışmadığı, %41.4’ünün üniversite ve üzeri mezunu olduğu, %83.0’ının çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %88.7’sinin il merkezinde yaşadığı ve %43.4’ünün 11 yıl ve üzeri evlilik süresine sahip olduğu belirlendi. Müzik grubundaki gebelerin %47.2’sinin 27-33 yaş arasında, %69.8’inin gelirinin giderine denk olduğu, %77.4’ünün çalışmadığı, %45.3’ünün lise mezunu olduğu, %88.7’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %92.5’inin il merkezinde yaşadığı ve %43.4’ünün 0-5 yıl arası evlilik süresine sahip olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki gebelerin ise %50.9’unun 27-33 yaş arasında, %66.0’sının gelirinin giderine denk olduğu, %86.8’inin çalışmadığı, %30.2’sinin ortaokul mezunu olduğu,

%84.9'unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %79.2'sinin il merkezinde yaşadığı ve %43.4'ünün 0-5 yıl arası evlilik süresine sahip olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları (n=159)

Değişkenler	DÖT Grubu (n=53)		Müzik Grubu (n=53)		Kontrol Grubu (n=53)	
	Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS	
Gebelik sayısı	3.60 ± 1.33		3.32±1.10		3.79±1.24	
Şu anki gebelik haftası	23.04±9.53		25.36±10.81		24.38±10.85	
Yaşayan çocuk sayısı	1.23±1.01		1.09±0.98		1.53±1.15	
	n	%	n	%	n	%
Gebeliğin planlı olması						
Evet	36	67.9	41	77.4	37	69.8
Hayır	17	32.1	12	22.6	16	30.2
Yaşayan çocuk varlığı						
Evet	39	73.6	37	69.8	41	77.4
Hayır	14	26.4	16	30.2	12	22.6
Yaşanan kayıp türü						
Düşük	48	90.6	43	81.1	45	84.9
Ölü doğum	5	9.4	10	18.9	8	15.1
Gebelik kaybı sayısı						
1	39	73.6	42	79.2	41	77.3
2	10	18.9	10	18.9	9	17.0
3 ve üzeri	4	7.5	1	1.9	3	5.7
Gebelik kaybı nedeni						
Fetal	12	22.6	8	15.1	10	18.9
Maternal	6	11.4	8	15.1	4	7.5
Bilinmeyen	35	66.0	37	69.8	39	73.6

DÖT: Duygusal Özgürlük Tekniği

DÖT, müzik ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2'de verildi. Çalışmaya katılan DÖT grubundaki gebelerin gebelik sayısı ortalaması 3.60 ± 1.33 , şu anki gebelik haftası ortalaması 23.04 ± 9.53 ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.23 ± 1.01 olup, %67.9'unun gebeliklerinin planlı olduğu, %73.6'sının yaşayan çocuklarının olduğu, %90.6'sının geçmişte düşük yaptığı, %73.6'sının bir kayıp yaşadığı ve %66.0'ının gebelik kaybının nedenlerini bilmediği belirlendi. Müzik grubundaki gebelerin gebelik sayısı ortalaması 3.32 ± 1.10 , şu anki gebelik haftası

ortalaması 25.36 ± 10.81 ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.09 ± 0.98 olup, %77.4'ünün gebeliklerinin planlı olduğu, %69.8'inin yaşayan çocuklarının olduğu, %81.1'inin geçmişte düşük yaptığı, %79.2'sinin bir kayıp yaşadığı ve %69.8'inin gebelik kaybının nedenlerini bilmediği belirlendi. Kontrol grubundaki gebelerin ise gebelik sayısı ortalaması 3.79 ± 1.24 , şu anki gebelik haftası ortalaması 24.38 ± 10.85 ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.53 ± 1.15 olup, %69.8'inin gebeliklerinin planlı olduğu, %77.4'ünün yaşayan çocuklarının olduğu, %84.9'unun geçmişte düşük yaptığı, %77.4'ünün bir kayıp yaşadığı ve %73.6'sının gebelik kaybının nedenlerini bilmediği belirlendi.



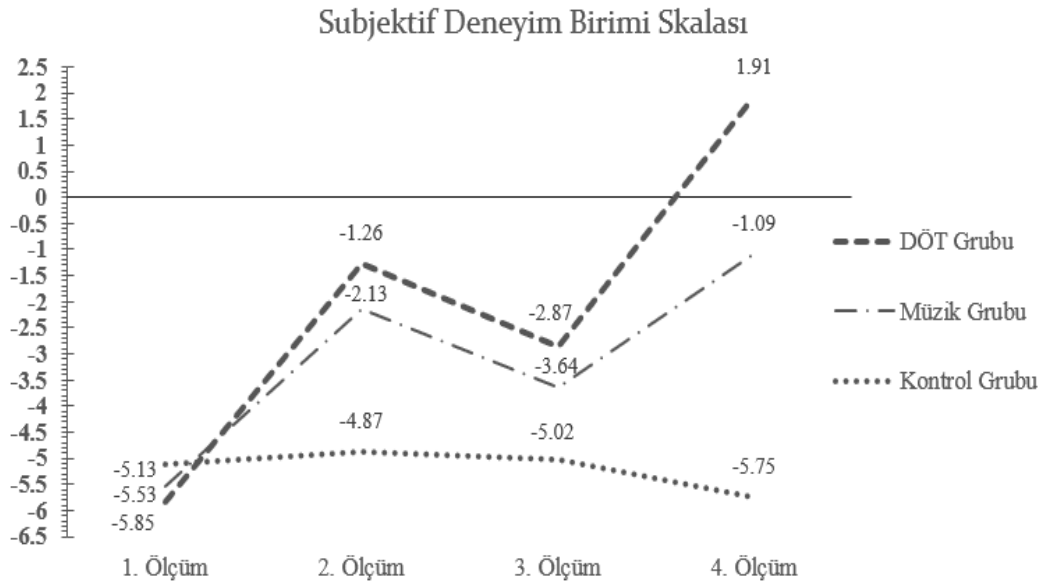
Tablo 4.3. Gebelerin yapılan ölçümlerde SUE skalası puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişken	Gruplar											
	DÖT Grubu (n=53)				Müzik Grubu (n=53)				Kontrol Grubu (n=53)			
	1. ölçüm	2. ölçüm	3. ölçüm	4. ölçüm	1. ölçüm	2. ölçüm	3. ölçüm	4. ölçüm	1. ölçüm	2. ölçüm	3. ölçüm	4. ölçüm
SUE (Ort±SS)	-5.85±1.72	-1.26±2.11	-2.87±1.77	1.91±3.23	-5.53±1.82	-2.13±2.01	-3.64±1.76	-1.09±2.39	-5.13±2.04	-4.87±1.98	-5.02±1.91	-5.75±2.22
Test* ve p değeri	t=-19.998, p<0.001		t=-15.328, p<0.001		t=-20.361, p<0.001		t=-15.637, p<0.001		t=-1.493, p=0.142		t=4.021, p<0.001	
Model İstatistiği				Test** değeri				p değeri				
Grup				F=38.758				<0.001				
Ölçüm				F=34.862				<0.001				
Grup x Ölçüm				F=131.297				<0.001				

DÖT: Duygusal Özgürlük Tekniği, SUE: Subjektif Deneyim Birimi

* Bağımlı gruplarda t-testi, ** Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Gebelerin yapılan ölçümlerde SUE skalası puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te verildi. Gebelerin 1. ve 2. ölçüm SUE skalası puan ortalamaları incelendiğinde, DÖT grubu (sırasıyla -5.85 ± 1.72 , -1.26 ± 2.11 , $p < 0.001$), müzik grubu (sırasıyla -5.53 ± 1.82 , -2.13 ± 2.01 , $p < 0.001$) ve kontrol grubu (sırasıyla -5.13 ± 2.04 , -4.87 ± 1.98 , $p > 0.05$) olmak üzere DÖT ve müzik grubunda SUE skalası puanlarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı, kontrol grubunda ise anlamlı farklılığın olmadığı görülmektedir. Benzer şekilde 3. ve 4. ölçüm SUE skalası puan ortalamaları incelendiğinde, DÖT grubu (sırasıyla -2.87 ± 1.77 , 1.91 ± 3.23 , $p < 0.001$), müzik grubu (sırasıyla -3.64 ± 1.76 , -1.09 ± 2.39 , $p < 0.001$) ve kontrol grubu (sırasıyla -5.02 ± 1.91 , -5.75 ± 2.22 , $p < 0.001$) olmak üzere DÖT ve müzik grubunda SUE skalası puanlarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı, kontrol grubunda ise anlamlı biçimde azaldığı görülmektedir. Gebelerin SUE skalası puan ortalamaları gruplara ve ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p < 0.001$) (Şekil 4.1.).



Grafik 4.1. Gebelerin Subjektif Deneyim Birimi Skalası puan ortalamaları eğrisi

Tablo 4.4. Gebelerin 1. ve 4. ölçümlerdeki TSBE toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

Ölçümler	DÖT Grubu (n=53)	Müzik Grubu (n=53)	Kontrol Grubu (n=53)	Test* ve p değeri		Anlamlılık**
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS			
Benlik algısında değişim						
1. ölçüm	26.70±8.48	29.77±8.83	28.66±9.99	F=1.543	p=0.217	
4. ölçüm	34.08±8.65 ^a	32.15±8.40 ^b	28.34±9.49 ^c	F=5.750	p=0.004	a>c
Test*** ve	t= -11.560	t= -7.886	t= 1.066			
p değeri	p<0.001	p<0.001	p=0.291			
Yaşam felsefesinde değişim						
1. ölçüm	11.89±6.21	11.17±6.84	10.38±6.95	F=0.677	p=0.510	
4. ölçüm	16.00±6.25 ^a	12.36±6.70 ^b	9.91±6.30 ^c	F=11.634	p<0.001	a>b,c
Test*** ve	t=-10.210	t=-5.647	t=2.099			
p değeri	p<0.001	p<0.001	p=0.041			
Başkalarıyla ilişkide değişim						
1. ölçüm	6.26±4.55	6.26±5.41	6.45±5.58	F=0.023	p=0.977	
4. ölçüm	8.26±5.57 ^a	6.66±5.30 ^b	5.53±5.11 ^c	F=3.520	p=0.032	a>c
Test*** ve	t=-5.075	t=-2.073	t=3.941			
p değeri	p<0.001	p=0.043	p<0.001			
TSBE Toplam						
1. ölçüm	44.85±14.39	47.21±17.75	45.49±20.36	F=0.252	p=0.777	
4. ölçüm	58.34±17.18 ^a	51.17±16.95 ^b	43.77±18.45 ^c	F=9.133	p<0.001	a>c
Test*** ve	t=-10.519	t=-8.061	t=3.624			
p değeri	p<0.001	p<0.001	p=0.001			

DÖT: Duyusal Özgürlük Tekniği, TSBE: Travma Sonrası Büyüme Envanteri

*Tek Yönlü Varyans Analizi, ** Post-Hoc Tukey testi, ***Bağımlı gruplarda t-testi

Araştırmaya dâhil edilen gebelerin 1. ve 4. ölçümlerdeki TSBE toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.4'te verildi. DÖT, müzik ve kontrol grubundaki gebelerin 1. ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; TSBE toplam ve alt boyutları “benlik algısında değişim”, “yaşam felsefesinde değişim” ve “başkalarıyla ilişkide değişim” puan ortalamalarının DÖT grubunda sırasıyla 44.85±14.39, 26.70±8.48, 11.89±6.21 ve 6.26±4.55 olduğu, müzik grubunda sırasıyla 47.21±17.75, 29.77±8.83, 11.17±6.84 ve 6.26±5.41 olduğu, kontrol

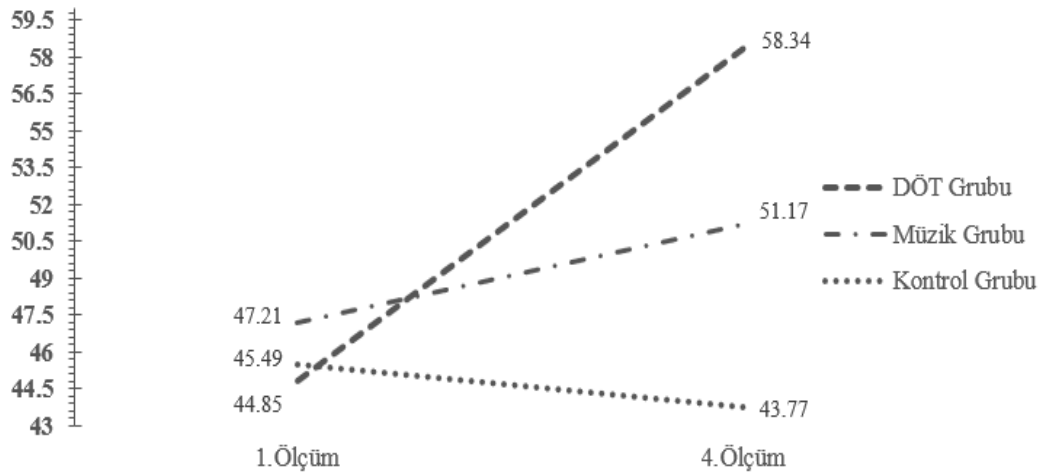
grubunda sırasıyla 45.49 ± 20.36 , 28.66 ± 9.99 , 10.38 ± 6.95 ve 6.45 ± 5.58 olduğu saptandı. DÖT, müzik ve kontrol grubundaki gebelerin TSBE toplam ve alt boyutları 1. ölçüm puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$).

DÖT, müzik ve kontrol grubundaki gebelerin 4. ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; TSBE toplam puan ortalamasının DÖT grubunda 58.34 ± 17.18 , müzik grubunda 51.17 ± 16.95 ve kontrol grubunda 43.77 ± 18.45 olduğu belirlendi. TSBE alt boyutu “benlik algısında değişim” puan ortalamasının DÖT grubunda 34.08 ± 8.65 , müzik grubunda 32.15 ± 8.40 ve kontrol grubunda 28.34 ± 9.49 olduğu saptandı. TSBE alt boyutu “yaşam felsefesinde değişim” puan ortalamasının DÖT grubunda 16.00 ± 6.25 , müzik grubunda 12.36 ± 6.70 ve kontrol grubunda 9.91 ± 6.30 olduğu bulundu. TSBE alt boyutu “başkalarıyla ilişkide değişim” puan ortalamasının DÖT grubunda 8.26 ± 5.57 , müzik grubunda 6.66 ± 5.30 ve kontrol grubunda 5.53 ± 5.11 olduğu belirlendi. DÖT, müzik ve kontrol grubundaki gebelerin TSBE toplam ve alt boyutları 4. ölçüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Ayrıca yapılan ileri analizler sonrasında gruplar arası TSBE toplam ve “benlik algısında değişim”, “başkalarıyla ilişkide değişim” alt boyutları 4. ölçüm karşılaştırmasında DÖT grubundaki gebelerin puan ortalamasının kontrol grubundaki gebelere göre daha yüksek olduğu belirlendi ($a > c$). “Yaşam felsefesinde değişim” alt boyutu 4. ölçümünde ise DÖT grubundaki gebelerin puan ortalamasının müzik ve kontrol grubundaki gebelere göre daha yüksek olduğu bulundu ($a > b, c$).

DÖT grubunda grup içi 1. ve 4. ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; TSBE 1. ölçüm toplam puan ortalamasının 44.85 ± 14.39 , 4. ölçüm puan ortalamasının 58.34 ± 17.18 olduğu (Şekil 4.2.), “benlik algısında değişim” alt boyutu 1. ölçüm puan ortalamasının 26.70 ± 8.48 , 4. ölçüm puan ortalamasının 34.08 ± 8.65 olduğu, “yaşam felsefesinde değişim” alt boyutu 1. ölçüm puan ortalamasının 11.89 ± 6.21 , 4. ölçüm puan ortalamasının 16.00 ± 6.25 olduğu ve “başkalarıyla ilişkide değişim” alt boyutu 1. ölçüm puan ortalamasının 6.26 ± 4.55 , 4. ölçüm puan ortalamasının 8.26 ± 5.57 olduğu bulundu. DÖT grubundaki gebelerin 1. ve 4. ölçüm puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.001$). Müzik grubunda grup içi 1. ve 4. ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; TSBE 1. ölçüm toplam puan ortalamasının 47.21 ± 17.75 , 4. ölçüm puan ortalamasının 51.17 ± 16.95 olduğu (Şekil 4.2.), “benlik algısında değişim” alt boyutu 1. ölçüm puan ortalamasının 29.77 ± 8.83 , 4. ölçüm puan ortalamasının 32.15 ± 8.40 olduğu, “yaşam felsefesinde değişim” alt boyutu 1. ölçüm puan ortalamasının 11.17 ± 6.84 , 4. ölçüm puan ortalamasının 12.36 ± 6.70 olduğu ve “başkalarıyla ilişkide

değişim” alt boyutu 1. ölçüm puan ortalamasının 6.26 ± 5.41 , 4. ölçüm puan ortalamasının 6.66 ± 5.30 olduğu bulundu. Müzik grubundaki gebelerin 1. ve 4. ölçüm puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Kontrol grubunda grup içi 1. ve 4. ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; TSBE 1. ölçüm toplam puan ortalamasının 45.49 ± 20.36 , 4. ölçüm puan ortalamasının 43.77 ± 18.45 olduğu (Şekil 4.2.), “benlik algısında değişim” alt boyutu 1. ölçüm puan ortalamasının 28.66 ± 9.99 , 4. ölçüm puan ortalamasının 28.34 ± 9.49 olduğu, “yaşam felsefesinde değişim” alt boyutu 1. ölçüm puan ortalamasının 10.38 ± 6.95 , 4. ölçüm puan ortalamasının 9.91 ± 6.30 olduğu ve “başkalarıyla ilişkide değişim” alt boyutu 1. ölçüm puan ortalamasının 6.45 ± 5.58 , 4. ölçüm puan ortalamasının 5.53 ± 5.11 olduğu bulundu. Kontrol grubundaki gebelerin 1. ve 4. ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında TSBE toplam, “yaşam felsefesinde değişim” ve “başkalarıyla ilişkide değişim” alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$); “benlik algısında değişim” puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$).

Travma Sonrası Büyüme Envanteri



Grafik 4.2. Gebelerin Travma Sonrası Büyüme Envanteri puan ortalamaları eğrisi

Tablo 4.5. Gebelerin 1. ve 4. ölçümlerdeki WHO-5 İyi Olma İndeksi puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

Ölçümler	DÖT Grubu (n=53)	Müzik Grubu (n=53)	Kontrol Grubu (n=53)	Test* ve p değeri	Anlamlılık**
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
1. ölçüm	11.42±5.60	12.02±5.66	11.62±5.74	F=0.155	p=0.857
4. ölçüm	17.70±4.71 ^a	14.23±5.37 ^b	10.43±5.41 ^c	F=26.101	p<0.001
Test*** ve	t=-13.092	t=-9.568	t=5.742		
p değeri	p<0.001	p<0.001	p<0.001		a>b>c

DÖT: Duygusal Özgürlük Tekniği

*Tek Yönlü Varyans Analizi, **Post-Hoc Tukey testi, ***Bağımlı gruplarda t-testi

Gebelerin 1. ve 4. ölçümlerdeki WHO-5 İyi Olma İndeksi puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.5'te verildi. DÖT, müzik ve kontrol grubundaki gebelerin 1. ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; WHO-5 İyi Olma İndeksi toplam puan ortalamasının DÖT grubunda 11.42±5.60, müzik grubunda 12.02±5.66 ve kontrol grubunda 11.62±5.74 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Gebelerin 4. ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; WHO-5 İyi Olma İndeksi toplam puan ortalamasının DÖT grubunda 17.70±4.71, müzik grubunda 14.23±5.37 ve kontrol grubunda 10.43±5.41 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$). Yapılan ileri analizler sonrasında gruplar arası anlamlı farklılığın üç grup arasında olduğu belirlendi ($a>b>c$).

DÖT grubunda grup içi 1. ve 4. ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; WHO-5 İyi Olma İndeksi 1. ölçüm toplam puan ortalamasının 11.42±5.60, 4. ölçüm puan ortalamasının 17.70±4.71 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$). Müzik grubunda grup içi 1. ve 4. ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; WHO-5 İyi Olma İndeksi 1. ölçüm toplam puan ortalamasının 12.02±5.66, 4. ölçüm puan ortalamasının 14.23±5.37 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$). Kontrol grubunda grup içi 1. ve 4. ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; WHO-5 İyi Olma İndeksi 1. ölçüm toplam puan ortalamasının 11.62±5.74, 4. ölçüm puan ortalamasının 10.43±5.41 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$) (Şekil 4.3.).



Grafik 4.3. Gebelerin WHO-5 İyi Olma İndeksi puan ortalamaları eğrisi

Tablo 4.6. Gebelerin 1. ve 4. ölçümlerdeki tükürük kortizol değerlerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

Ölçümler	DÖT Grubu (n=53)	Müzik Grubu (n=53)	Kontrol grubu (n=53)	Test* ve p değeri		Anlamlılık**
	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)			
1. ölçüm	23.80 (0.00-312.04)	17.93 (0.00-243.08)	18.01 (0.00-542.01)	KW=2.150	p=0.341	
4. ölçüm	19.17 ^a (0.00-155.76)	13.18 ^b (0.00-287.12)	26.55 ^c (0.00-608.17)	KW=9.793	p=0.007	c>a,b
Test*** ve p değeri	Z=-3.693 p<0.001	Z=-3.431 p=0.001	Z=-3.459 p=0.001			
1. ve 4. ölçüm arası fark	-3.95 ^a (-229.80-138.56)	-3.30 ^b (-98.67-242.48)	5.05 ^c (-116.56-467.80)	KW=32.109	p<0.001	c>a,b

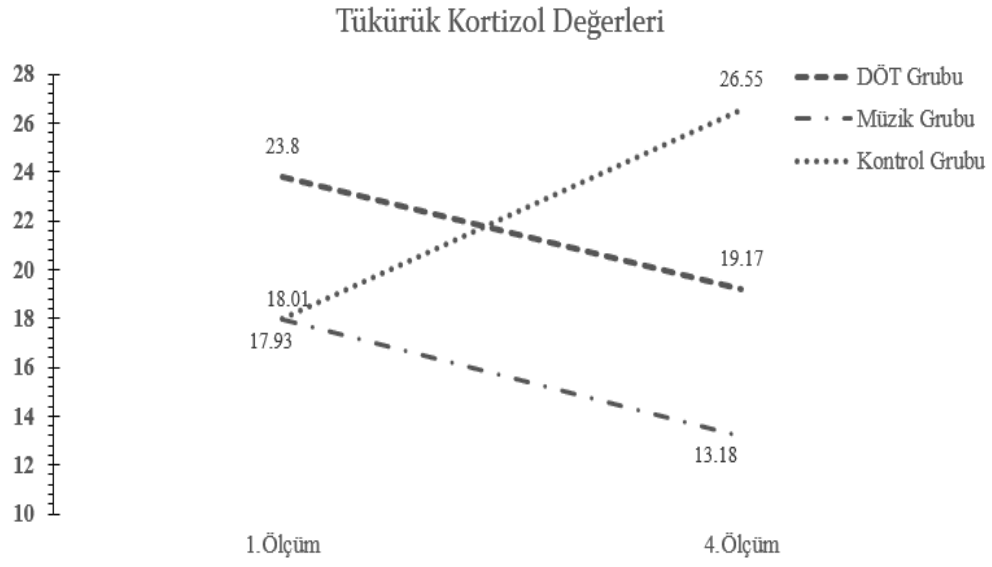
DÖT: Duygusal Özgürlük Tekniği

*Kruskal Wallis Testi, **Mann-Whitney U testi, *** Wilcoxon Signed Ranks Test

Gebelerin 1. ve 4. ölçümlerdeki tükürük kortizol değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.6'da verildi. DÖT, müzik ve kontrol grubundaki gebelerin 1. ölçüm ortancaları karşılaştırıldığında; tükürük kortizol değerleri ortancasının DÖT grubunda 23.80 (min-max, 0.00-312.04), müzik grubunda 17.93 (0.00-243.08) ve kontrol grubunda 18.01 (0.00-542.01) olduğu ve ortancalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Gebelerin 4. ölçüm ortancaları karşılaştırıldığında; tükürük kortizol değerleri ortancasının DÖT grubunda 19.17 (0.00-155.76), müzik grubunda 13.18 (0.00-287.12) ve kontrol grubunda 26.55 (0.00-608.17) olduğu ve ortancalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Yapılan ileri analizler sonrasında kontrol grubundaki gebelerin tükürük kortizol ortancasının DÖT ve müzik grubundaki gebelere göre daha yüksek olduğu bulundu ($c>a,b$).

DÖT grubunda grup içi 1. ve 4. ölçüm ortancaları karşılaştırıldığında; tükürük kortizol değerleri 1. ölçüm ortancasının 23.80 (0.00-312.04), 4.ölçüm ortancasının 19.17 (0.00-155.76) olduğu ve ortancalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$). Müzik grubunda grup içi 1. ve 4. ölçüm ortancaları karşılaştırıldığında; tükürük kortizol değerleri 1. ölçüm ortancasının 17.93 (0.00-243.08), 4. ölçüm ortancasının 13.18 (0.00-287.12) olduğu ve ortancalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Kontrol grubunda grup içi 1. ve 4. ölçüm ortancaları karşılaştırıldığında; tükürük kortizol değerleri 1. ölçüm ortancasının 18.01 (0.00-542.01), 4. ölçüm ortancasının 26.55 (0.00-608.17) olduğu ve ortancalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Şekil 4.4.).

Gebelerin yapılan ölçümlerde tükürük kortizol değerleri 1. ve 4. ölçüm ortancaları arası farkları DÖT grubunda -3.95, müzik grubunda -3.30 ve kontrol grubunda 5.05 olup, üç puan arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$). Yapılan ileri analizler sonrasında kontrol grubundaki gebelerin tükürük kortizol 1. ve 4. ölçüm ortancaları arası farkın DÖT ve müzik grubundaki gebelere göre daha yüksek olduğu bulundu ($c>a,b$).



Grafik 4.4. Gebelerin tükürük kortizol ortancaları eğrisi

5. TARTIŞMA

Prenatal kayıp yaşamış kadınlar; tekrar gebelik yaşadıklarında yoğun stres, anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ciddi psikolojik problemler yaşayabilmektedir. Bu sorunlar gebelerin psikolojik gelişimlerini, iyilik hallerini ve stres hormonlarını olumsuz yönde etkileyerek anne ve bebek üzerine olumsuz etkiler bırakabilmektedir (8, 9). Bu nedenle prenatal kayıp yaşamış gebelerin stres düzeyinin azaltılması büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda stresi azaltmak ve duygu durumunu olumlu yönde etkilemek için birçok tamamlayıcı tıp yöntemi (akupunktur, meditasyon, yoga, dans, masaj, terapötik dokunma ve reiki) kullanılabilmektedir. DÖT ve müzik uygulaması da bu yöntemler arasında sayılmaktadır (126, 132, 182). Stres üzerine etkinliği bilinen DÖT ve müziğin psikolojik gelişim, iyi olma durumu ve kortizol düzeyi üzerine etkinliği ile ilgili çalışmalar literatürde yer almaktadır (23, 24, 127, 154, 160, 183). Ancak prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan DÖT ve müziğin psikolojik gelişim, iyi olma durumu ve kortizol düzeyine etkinliğini inceleyen çalışmalara rastlanmamaktadır. Bu nedenle; bu çalışma prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan DÖT ve müziğin; psikolojik gelişim, iyi olma durumu ve kortizol düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapıldı.

Araştırma kapsamına alınan DÖT grubundaki gebelere 1 hafta arayla iki kez DÖT uygulaması yapıldı. Müzik grubundaki gebelere 1 hafta boyunca günlük 30 dk müzik dinletildi. Bu çalışmada DÖT, müzik ve kontrol gruplarındaki gebeler; yaş, aile tipi, çalışma durumu, gelir durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk varlığı, gebelik kaybı sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, şu anki gebelik haftası ve kayıp yaşanan gebelik haftası gibi sosyodemografik ve obstetrik özellikleri açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı görüldü ($p>0.05$) (Tablo 3.1). Bu bulgu, her üç grubun sosyodemografik ve obstetrik özellikler açısından benzer olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada gebelerin önceki prenatal kayıptan yaşanan rahatsızlık/kaygı düzeyini değerlendirmek için, DÖT gibi enerji terapilerinde kullanılan SUE skalası sadece DÖT grubunda değil, müzik ve kontrol grubundaki gebelerde de kullanıldı. Elde edilen bulgulara göre, DÖT ve müzik uygulanan gebelerin kaygı düzeylerinin girişim sonrası azaldığı belirlendi ($p<0.001$; Tablo 4.3). Literatürde yer alan lomber disk herni ameliyatı öncesi uygulanan DÖT ve müziğin kaygı ve yaşam bulguları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada da, DÖT'ün kaygı düzeyini düşürmede etkili olduğu bildirilmiştir (184). Benzer olarak, DÖT'ün postpartum psikolojik semptomlar üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada da,

kaygı düzeyinin girişim sonrası anlamlı bir şekilde düştüğü bulunmuştur (185). Vural ve Aslan'ın doğum korkusunu azaltmada DÖT'ün etkinliğini belirlemek için gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada da, uygulama sonrası kaygının azaldığı saptanmıştır (171). Bu bulgular, DÖT'ün kaygıyı düşürmede etkili olduğunu göstermektedir. Bunun nedeninin DÖT uygulanırken kişilerin kaygıları üzerinde yoğunlaşmalarının sağlanması ve kendi kendini kabul unsurunun kullanılmasıdır. Ayrıca uygulama sırasında kişilere dokunulması ve sürekli iletişim halinde olunması gibi faktörler de etkili olmaktadır (184). Müzik temelli müdahalelerin stres veya kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla gebelerin dâhil edildiği meta analiz sonucunda müzik terapinin stres ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu sonucu araştırmamızla paralellik göstermektedir (186). Yine gebelerde anksiyeteyi azaltmaya yönelik müzik müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla 11 randomize kontrollü çalışma ve 1482 gebenin dâhil edildiği başka bir meta analiz sonucunda da müzik terapinin gebelerde kaygıyı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (187).

Kontrol grubundaki gebelerde ise grup içi yapılan ölçümlerde kaygı düzeyinin zaman içinde arttığı belirlendi ($p<0.001$; Tablo 4.3). Bu bulgu, kaygıyı azaltmaya yönelik destek sağlanmayan gebelerde gebelik ilerledikçe kaygının arttığını göstermektedir. Olumsuz yaşam deneyimleri, düşük yapmış olma ve fetüs hakkında kaygılanma gebelikte ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Gebelik döneminde ortaya çıkan ruhsal sorunlar eğer çözülmez ise, emosyonel baskılar artmaya devam etmekte, kaygı ve depresyon gelişebilmektedir (188). Adölesan gebelere verilen psikososyal destek tabanlı psikoeğitimin; anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal desteğe etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada destek almayan gebelerin anksiyete seviyelerinde anlamlı olmasa da artış gösterdiği bulunmuştur (189). Bu bağlamda bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada DÖT, müzik ve kontrol gruplarındaki gebelerin 4. ölçüm TSBE toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırmasına göre, DÖT uygulanan gebelerin psikolojik gelişim düzeyinin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Bu bulgu **“H₁: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan DÖT gebelerde psikolojik gelişim düzeyini yükseltir.”** hipotezini kanıtlamaktadır. Yapılan literatür taramasında, prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan DÖT'ün psikolojik gelişime etkisinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak DÖT'de çeşitli düşünce kalıplarının değiştirilmesi esas olup duygu farkındalığı ile olumsuz duygu ortadan kaldırılarak pozitif duygu dönüşümü amaçlanır. Bu süreçte kişi, olaylara farklı açılarından bakmayı öğrendiği için kişisel bir dönüşüm yaşamaktadır. DÖT uygulanan kişilerde, çalışılan konu ile ilgili tüm olumsuz duygular ortadan kalktığında kişi bu sorunu hiç yaşamamış gibi hissedebilir.

Bu etki oluştuğunda duygu değiştiği için kişinin sıkıntılarının giderilmesi desteklenerek psikolojik gelişim sağlanır (190). Altuntaş ve Düzgüner'in DÖT'ün kadınlarda bireysel, sosyal ve manevi değişim üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları nitel bir araştırmada, kadınların %20'sinin DÖT sonrası başkalarıyla ilişkilerinde olumlu değişim yaşadıkları, %50'sinin DÖT sonrası yaşama bakış açısında değişim yaşadıkları ve DÖT'ün kadınların kendini sevmeye ve olumlu-olumsuz duygularını kabullenmeye etkili olduğu tespit edilmiştir (190). DÖT'nin kadınların gebelik döneminde karşılaştıkları kritik ve stres kaynaklı krizlerle ve zor durumlarla başarılı bir şekilde başa çıkmada etkinliğini değerlendiren başka bir çalışmada, DÖT'ün etkili olduğu bildirilmiştir (24). Bu bulgular doğrultusunda, DÖT'ün sadece kaygıyı azaltmayıp, psikolojik olarak daha iyi hissetmeye neden olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada müzik uygulanan grubun psikolojik gelişim düzeyinin 4. ölçümde DÖT ve kontrol grubu ile benzer olduğu, bununla birlikte grup içi yapılan ölçümlerde müziğin psikolojik gelişim düzeyini yükselttiği belirlendi (Tablo 4.4). Bu bulgu **“H₂: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan müzik gebelerde psikolojik gelişim düzeyini yükseltir.”** hipotezini kanıtlamaktadır. Müzik, insan davranışında olumlu değişimler yaratarak yaşam felsefesinin yeniden düzenlenmesini sağlamakta, yaşamın değerini arttırmakta, kişilerarası ilişkileri geliştirmekte ve böylece psikolojik gelişime katkıda bulunmaktadır (30, 162, 163). Ayrıca gebelik döneminde müzik uygulamasının biriken gerilim ve sıkıntılarının giderilmesini desteklediği, ruhsal sağlığı geliştirdiği bilinmektedir (160). Ayrıca stres ve depresyonu azaltarak kazanılan ruhsal iyileşmeyle ilişkili olarak da psikolojik gelişim sağlayabileceği düşünölmektedir. Yapılan çalışmalarda da, müzik uygulamasının gebenin anksiyete ve stresini azalttığı, negatif duyguları nötrale ederek rahatlamayı sağladığı ve ruh halini pozitif yönde değiştirerek psikolojik gelişim sağladığı belirlenmiştir (159, 160). Kore'de prenatal dönemde dinlenen rahatlatıcı müziğin, annenin fiziksel ve psikolojik durumunda stabilite sağladığına inanılmaktadır (191). Müzik uygulaması gevşemeyi sağlamakta olup, Fink ve arkadaşları sistematik incelemelerinde, gebelik sırasında gevşemenin refahı artırdığını göstermiş ve ruhsal durumları düzenlediğini vurgulamışlardır (192). Kanıta dayalı uygulamalarda da müziğin prenatal ve perinatal bakımı kapsayan geniş bir yelpazede duygu düzenlemesine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (163). Ayrı ayrı çalışmalara ait olan bu bulgular bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Kontrol grubundaki gebelerde ise grup içi yapılan ölçümlerde psikolojik gelişim düzeyinin zaman içinde düştüğü belirlendi (Tablo 4.4). Bu düşüş kadınların gebelik döneminde psikolojik gelişimlerinin olumsuz yönde olduğunu göstermektedir. Literatürde de antenatal eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanan gebelerin, gebeliklerini olumlu algıladıkları

ve uyum süreçlerini daha kolay tamamlayarak gebeliğin getirdiği fizyolojik yük ve psikolojik değişikliklerden olumsuz etkilenmedikleri belirtilmiştir (193). Sonuç olarak gebelik döneminde profesyonel destek alamayan kadınlarda gebelikte görülen fizyolojik ve psikolojik değişimlere uyum sağlamada sorunlar yaşanabileceği, psikolojik sorunlarla karşılaşılabilceği düşünülmektedir.

Kayıp yaşamış gebeler olumsuz duyguları sıklıkla yaşamakta ve bu durum kadının iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (65, 100). Bu araştırmada DÖT, müzik ve kontrol gruplarındaki gebelerin 4. ölçümdeki iyilik hali düzeyleri karşılaştırıldığında, DÖT uygulanan gebelerin iyilik hali puan ortalamasının müzik ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bu bulgu **“H₃: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan DÖT gebelerde iyilik hali düzeyini yükseltir.”** hipotezini kanıtlamaktadır. DÖT’ün gebelikte iyilik hali üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamış olup; farklı gruplarda yapılan çalışmalarda; DÖT’ün gerilim tipi baş ağrısı hastalarında algılanan stres ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada DÖT uygulamasının baş ağrısı ataklarını önemli ölçüde azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı bulunmuştur (147). Anksiyete bozukluğu olan hastalarda DÖT’ün faydalarının araştırıldığı sistematik derlemede DÖT’ün depresyon, anksiyete, stresi azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (194). Bulgumuz literatüre benzerlik göstermektedir.

Müzik dinleme iyilik halini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemekte olup, gebelikte sadece 30 dk müzik dinleme bile duygu durumunu değiştirmektedir (152, 153). Bu araştırmada müzik uygulanan grubun iyilik hali düzeyinin 4. ölçümde kontrol grubundan daha yüksek olduğu, grup içi yapılan ölçümde de müziğin iyilik hali düzeyini yükselttiği belirlendi (Tablo 4.5). Bu bulgu **“H₄: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan müzik gebelerde iyilik hali düzeyini yükseltir.”** hipotezini kanıtlamaktadır. Yapılan çalışmalarda gebelikte müzik dinlemenin anksiyete ve depresyonu düşürdüğü belirlenmiştir (25, 195). Dahası, gebelik döneminde müzik dinlemenin uzun süreli etkisi olarak doğum sonrası iyi oluşu desteklediği bildirilmiştir (152). Bu çalışma bulgumuz gebelik sırasında müzik dinlemenin rahatlatıcı ve ruh halini iyileştirici etkilerini vurgulayan literatürdeki çalışmalarla uyumludur (183, 195).

Kontrol grubundaki gebelerde ise grup içi yapılan ölçümlerde iyilik hali düzeyinin zaman içinde düştüğü belirlendi (Tablo 4.5). Depresyon ve anksiyete semptomları birbirini desteklemekte ve kadının iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (196). Prenatal kayıp yaşamış gebelerin anksiyete, depresyon gibi olumsuz duyguları sıklıkla yaşadıkları için iyilik hallerinin azaldığı düşünülmektedir.

Gebelikte kaygının maternal kortizol düzeyini arttırdığı bilinmektedir. Ancak gebelik döneminde yüksek maternal kortizol düzeylerinin fetal açıdan birçok olumsuz duruma neden olduğu belirtilmektedir (119). Literatürde DÖT ve müzik uygulamasının gebelerde stresi azaltarak kortizol düzeylerini düşürdüğü, maternal ve fetal sağlığı olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (23, 127). Bu araştırmada DÖT grubundaki gebelerin 4. ölçüm kortizol ortanca değerinin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Bu bulgu “**H₅: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan DÖT gebelerde kortizol düzeyini azaltır.**” hipotezini kanıtlamaktadır. DÖT ile akupunktur noktalarının manuel olarak uyarılması; endojen opioidler üretmekte, serotonin ve GABA gibi nörotransmitterlerin üretimini arttırmakta ve ana stres hormonu olan kortizölü düzenlemektedir (129). Mardjan ve arkadaşları son trimesterdeki gebelerde uygulanan DÖT’ün kortizol düzeyini %43 düşürdüğünü bulmuştur (23). Benzer şekilde bağımsız ebelerin çalıştığı bir klinikte primigravidalara uygulanan DÖT’ün gebelerde 14 gün sonunda kortizol düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (148). Anksiyete bozukluğu olan hastalarda DÖT’ün faydalarının araştırıldığı sistematik derlemede DÖT’ün kortizol seviyesini düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır (194).

Bu araştırmada müzik uygulanan grubun kortizol düzeyinin 4. ölçümde kontrol grubundan daha düşük olduğu, grup içi yapılan ölçümde de müziğin kortizol düzeyini düşürdüğü belirlendi (Tablo 4.6). Bu bulgu “**H₆: Prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan müzik gebelerde kortizol düzeyini azaltır.**” hipotezini kanıtlamaktadır. Bizim bulgumuza paralel olarak müziğin, özellikle stres esnasında artan kortizol seviyesini düşürdüğünü doğrulayan çalışmalar bulunmaktadır (153, 168). Wulff ve arkadaşları tarafından müzik uygulamasının gebe üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada tükürük kortizol değerinin önemli düzeyde azaldığı belirlenmiştir (154). In Vitro Fertilization (IVF) tedavisiyle gebe kalan kadınlarda müzik terapisinin kortizol düzeyine etkisini belirlemek amacıyla 30 gebeye 3 gün 20 dk müzik dinletilen çalışmanın sonunda müzik terapisi sonrası kortizol düzeylerinin önemli ölçüde düştüğü görülmüştür (27). Amniyosentez yapılacak gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada işlem esnasında 30 dakika kadar kısa süren kaygı azaltıcı müzik dinletilmesinin kortizölü azalttığı bulunmuştur (153). Obstetri alanında yapılan bu çalışmalar, müziğin kortizol düzeyini azaltmak için etkili bir müdahale olabileceğini göstermiştir.

Kontrol grubundaki gebelerde ise grup içi yapılan ölçümlerde tükürük kortizol ortancalarının zaman içinde yükseldiği belirlendi (Tablo 4.6). Önceki gebeliklerde kayıp yaşamış olma riskli gebelik kategorisinde yer almakta olup, özellikle yüksek riskli gebeliklerin kadınlardaki stres düzeyini artırdığı bilinmektedir (197, 198). Bulgumuz, Mardjan ve arkadaşlarının adolesan primiparlarda kortizol düzeyini azaltmada DÖT’ün etkisini belirlemek

amacıyla yaptıkları çalışmayla benzerlik göstermekte olup çalışmada kontrol grubundaki gebelerin kortizol düzeylerinin son testte anlamlı düzeyde yükseldiği bulunmuştur (23). Benzer sonuç Yuniarti ve arkadaşlarının gebeler üzerinde DÖT'ün etkinliğini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada da bulunmuştur (148). Ayrıca örneklemimizde kontrol grubunda bulunan gebelerin stres düzeyi artışının gebelik ilerledikçe tekrar kayıp yaşama korkusuyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan DÖT ve müziğin gebelerin psikolojik gelişim ve iyi olma durumlarını arttırıp, kaygı ve kortizolü azaltmadaki etkinliğini ortaya koymaktadır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Prenatal kayıp öyküsü olan gebelere uygulanan duygusal özgürlük tekniği ve müziğin psikolojik gelişim, iyi olma durumu ve kortizol düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılan araştırmada;

- Girişim sonrası SUE skalası puan ortalamalarının DÖT ve müzik grubundaki gebelerde anlamlı düzeyde arttığı ve kontrol grubundaki gebelerde anlamlı düzeyde azaldığı belirlendi ($p<0.001$). Ayrıca gebelerin SUE skalası puan ortalamaları gruplara ve ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0.001$; Grafik 4.1; Tablo 4.3).
- Girişim sonrası DÖT grubundaki gebelerin psikolojik gelişim düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$; $a>c$; Tablo 4.4).
- Girişim sonrası müzik grubundaki gebelerin psikolojik gelişim düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$; Tablo 4.4).
- Girişim sonrası DÖT grubundaki gebelerin iyi olma durumlarının müzik ve kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$; $a>b>c$; Tablo 4.5).
- Girişim sonrası müzik grubundaki gebelerin iyi olma durumlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$; $a>b>c$; Tablo 4.5).
- Girişim sonrası DÖT ve müzik grubundaki gebelerin kortizol düzeylerinin anlamlı düzeyde azaldığı ve kontrol grubundaki gebelerin kortizol düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ($p<0.05$; sadece DÖT grubu için $p<0.001$). Ayrıca girişim sonrası kontrol grubundaki gebelerin kortizol düzeylerinin DÖT ve müzik grubundaki gebelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$; Tablo 4.6).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ebelerin, prenatal kayıp yaşamış gebelerde DÖT ve müzik uygulamasının psikolojik gelişim, iyi olma durumu ve kortizol düzeyi üzerine etkisi hakkında bilgi sahibi olmaları,

- Ebelik bakımında prenatal kayıp yaşamış gebelerde psikolojik gelişim sağlamak, iyilik halini geliştirmek ve kortizol düzeyini azaltmak amacıyla DÖT ve müzik uygulamalarına yer vermeleri,
- Prenatal kayıp yaşamış gebelerde psikolojik gelişim sağlamak, iyilik halini geliştirmek ve kortizol düzeyini azaltmak için DÖT kullanımının etkin hale getirilmesi ve ebelerin uygulayabilmesi için DÖT eğitimlerini almalarının sağlanması,
- DÖT ve müziğin prenatal kayıp yaşamış gebelerde psikolojik gelişim, iyi olma durumu ve kortizol düzeyi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla farklı gruplarda da çalışmalar yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Yılmaz SD, Beji NK. Effects of perinatal loss on current pregnancy in Turkey. *Midwifery* 2013, 29(11): 1272-7.
2. Sutan R, Amin RM, Ariffin KB, Teng TZ, Kamal MF, Rusli RZ. Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. *J Zhejiang Univ Sci B* 2010, 11(3): 209-17.
3. Palmer AD, Murphy-Oikonen J. Social work intervention for women experiencing early pregnancy loss in the emergency department. *Soc Work Health Care* 2019, 58(4): 392-411.
4. Côté-Arsenault D, Donato K. Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *J Reprod Infant Psychol* 2011, 29(1): 81-92.
5. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, Flenady V, Frøen JF, Qureshi ZU, Calderwood C. Stillbirths: Rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016, 387(10018): 587-603.
6. Obst KL, Due C, Oxlad M, Middleton P. Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020, 20(1): 1-17.
7. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması* 2018, 2018.
8. Cumming G, Klein S, Bolsover D, Lee A, Alexander D, Maclean M, Jurgens J. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG* 2007, 114(9): 1138-45.
9. Collins C, Riggs DW, Due C. The impact of pregnancy loss on women's adult relationships. *The Australian Journal of Grief and Bereavement* 2014, 17(2): 44-50.
10. Slobodin O. The aborted time: a temporal view on the trauma of pregnancy loss. *J Depress Anxiety* 2014, 3(04): 2167-1044.1000163.
11. Wallerstedt C, Lilley M, Baldwin K. Interconceptional counseling after perinatal and infant loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003, 32(4): 533-42.
12. Lamb EH. The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *J Perinat Educ* 2002, 11(2): 33-40.
13. Diener E. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Soc Indic Res* 2009, 31: 25-65.

14. Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, Dang N, Das J, Flenady V, Gold KJ. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016, 387(10018): 604-16.
15. Eşel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003, 13(2): 78-87.
16. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Salman F, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Prenatal anger effects on the fetus and neonate. *J Obstet Gynaecol* 2002, 22(3): 260-6.
17. Winograd M. Understanding The Predictors of Posttraumatic Growth Among Those With a History of a Reproductive Trauma. Department of Professional Psychology and Family Therapy. PhD Thesis, New Jersey: Seton Hall University, 2017.
18. Tedeschi RG, Calhoun LG. "Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psycho Inq* 2004, 15(1): 1-18.
19. Krosch DJ, Shakespeare-Finch J. Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychol Trauma: Theory Res Pract Policy* 2017, 9(4): 425.
20. Collicutt McGrath J, Linley PA. Post-traumatic growth in acquired brain injury: A preliminary small scale study. *Brain Inj* 2006, 20(7): 767-73.
21. Carrera L, Díez-Domingo J, Montañana V, Sancho JM, Minguez Jy, Monleon J. Depression in women suffering perinatal loss. *Int J Gynaecol Obstet* 1998, 62(2): 149-53.
22. Vural PI, Aslan E. Duygusal özgürleşme tekniği (EFT) kapsamı ve uygulama alanları. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(3): 11-25.
23. Mardjan M, Prabandari YS, Hakimi M, Marchira CR. Emotional freedom techniques for reducing anxiety and cortisol level in pregnant adolescent primiparous. *UJPH* 2018, 7(1): 1-6.
24. Ghamsari MS, Lavasani MG. Effectiveness of emotion freedom technique on pregnant women's perceived stress and resilience. *J educ sociol* 2015, 6(2): 118-22.
25. Liu Y-H, Lee CS, Yu C-H, Chen C-H. Effects of music listening on stress, anxiety, and sleep quality for sleep-disturbed pregnant women. *J Womens Health* 2016, 56(3): 296-311.
26. de la Torre-Luque A, Caparros-Gonzalez RA, Bastard T, Vico FJ, Buela-Casal G. Acute stress recovery through listening to Melomics relaxing music: A randomized controlled trial. *Nord J Music Ther* 2017, 26(2): 124-41.

27. Patki S, Patil R, Kulkarni S. The effect of music therapy on the level of blood cortisol in pregnant women conceived by in vitro fertilization (ivf) technology. *ASWH* 2020, 2: 02-7.
28. Shivamurthy G, Anusha G. Effect of music therapy on serum cortisol in primigravida in active labour. *IOSR J Dent Med Sci* 2016, 15: 91-4.
29. Ergene Ö. Göğüs Cerrahisi Hastalarında Müzik Terapinin Ameliyat Öncesi Anksiyete ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2019.
30. Karamızrak N. Kardiyovasküler Hastalıklarda Müzik ile Terapi. *Koşuyolu Heart Journal* 2019, 22(2): 120-5.
31. Landis-Shack N, Heinz AJ, Bonn-Miller MO. Music therapy for posttraumatic stress in adults: A theoretical review. *PsychoMcol* 2017, 27(4): 334.
32. Aydın R, Güven DY, Karahan N. Sen de dinle: Yüksek riskli gebeliklerde stresle baş etmede müzikle terapinin etkisi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019, 2(1): 19-24.
33. Bildik T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi* 2013, 52(4): 223-9.
34. Çelik S, Sayıl I. Patolojik yas kavramı travmatik yas. *Kriz Dergisi* 2003, 11(2): 29-34.
35. Atasever İ, Çelik AS. Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018, 21(1): 60-8.
36. Prager S, Micks E, Dalton VK. Pregnancy loss (miscarriage): Terminology, risk factors, and etiology, <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-terminology-risk-factors-and-etiology> Son Erişim Tarihi: 11 Ekim 2020.
37. World Health Organization. Definitions and Indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health Used in The Who Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108284/E68459.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Son Erişim Tarihi: 15 Ekim 2020.
38. *The National Institute For Health And Care Excellence*. Ectopic pregnancy and miscarriage: Diagnosis and initial management, 2019.
39. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. ACOG Practice Bulletin No. 200 Summary: Early Pregnancy Loss. *Obstetrics and gynecology* 2018, 132(5): 1311-3.
40. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken N-H, Weinberg CR, Håberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: Prospective register based study. *bmj* 2019, 364: 1869.

41. Wyatt PR, Owolabi T, Meier C, Huang T. Age-specific risk of fetal loss observed in a second trimester serum screening population. *Am J Obstet Gynecol* 2005, 192(1): 240-6.
42. World Health Organization. Stillbirth. https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_ Son Erişim Tarihi: 16 Kasım 2020.
43. International Classification of Disease. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> Son Erişim Tarihi: 11 Ekim 2020.
44. Nepyivoda OM, Ryvak TB. Threatened miscarriage and pregnancy loss: Contemporary aspects of the problem. *Wiad Lek* 2020, 73(5): 1021-7.
45. Akdag Topal C, Terzioğlu F. Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspect Psychiatr Care* 2019, 55(4): 618-23.
46. Deniz R, Baykuş Y, Kavak EÇ. Tekrarlayan erken gebelik kayıplarına yaklaşım. *Kafkas J Med Sci* 2016, 6(2): 130-7.
47. Williams EJ, Embleton ND, Clark JE, Bythell M, Platt MPW, Berrington JE. Viral infections: Contributions to late fetal death, stillbirth, and infant death. *J Pediatr* 2013, 163(2): 424-8.
48. American College of Obstetricians and Gynecologists, & Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of stillbirth: obstetric care consensus no, 10. *Obstetrics and gynecology* 2020, 135(3): e110-e132.
49. Bukowski R, Hansen NI, Willinger M, Reddy UM, Parker CB, Pinar H, Silver RM, Dudley DJ, Stoll BJ, Saade GR. Fetal growth and risk of stillbirth: A population-based case-control study. *PLoS Med* 2014, 11(4): e1001633.
50. Frøen JF, Gardosi JO, Thurmann A, Francis A, Stray-Pedersen B. Restricted fetal growth in sudden intrauterine unexplained death. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004, 83(9): 801-7.
51. Woods R. Long-term trends in fetal mortality: Implications for developing countries. *Bull World Health Organ* 2008, 86: 460-6.
52. Fernández-Basanta S, Movilla-Fernández M-J, Coronado C, Llorente-García H, Bondas T. Involuntary pregnancy loss and nursing care: A meta-ethnography. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17(5): 1486.
53. Gravensteen IK, Jacobsen E-M, Sandset PM, Helgadottir LB, Rådestad I, Sandvik L, Ekeberg Ø. Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: A prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018, 18(1): 1-10.

54. Watson J, Simmonds A, La Fontaine M, Fockler ME. Pregnancy and infant loss: A survey of families' experiences in Ontario Canada. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019, 19(1): 1-14.
55. Gerber-Epstein P, Leichtentritt RD, Benyamini Y. The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices. *Death Stud* 2008, 33(1): 1-29.
56. Chaloumsuk N. Women's Experiences of Miscarriage And Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly in Thailand: A Phenomenological Study [PhD Thesis]. Norwich: University of East Anglia; 2013.
57. Markin RD. An introduction to the special section on psychotherapy for pregnancy loss: Review of issues, clinical applications, and future research direction. *Psychotherapy* 2017, 54(4): 367.
58. Watson M, Jewell VD, Smith SL. Journey interrupted: A phenomenological exploration of miscarriage. *Am J Occup Ther* 2017, 71(4_Supplement_1): 7111505154p1-p1.
59. Jones K, Baird K, Fenwick J. Women's experiences of labour and birth when having a termination of pregnancy for fetal abnormality in the second trimester of pregnancy: A qualitative meta-synthesis. *Midwifery* 2017, 50: 42-54.
60. Meredith P, Wilson T, Branjerdporn G, Strong J, Desha L. "Not just a normal mum": A qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017, 17(1): 1-12.
61. Atis G, Altunay IK, Basoglu F, Öncü J. Kaşıntı ve ağrının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türk Dermatoloji Derg* 2017, 11(3): 119-22.
62. Çoban N, Taşpınar A, Savaş N, Deveci A, Uyar Y, Baytur Y. Gebelik kaybının kadınların depresif belirti düzeyine ve yaşam kalitesine etkisi (elektronik sürüm). *Türkiye Klinikleri J* 2015, 3(2): 1-5.
63. Lee L, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Women's decision making and experience of subsequent pregnancy following stillbirth. *J Midwifery Womens Health* 2013, 58(4): 431-9.
64. Mills T, Ricklesford C, Cooke A, Heazell A, Whitworth M, Lavender T. Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: A metasynthesis. *BJOG* 2014, 121(8): 943-50.
65. Campillo ISL, Meaney S, McNamara K, O'Donoghue K. Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review. *BMJ open* 2017, 7(9): e017802.

66. Turton P, Hughes P, Evans C, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *BJPsych* 2001, 178(6): 556-60.
67. Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Hoernig-Franz I, Wesselmann U, Luedorff K, Ohrmann P, Arolt V, Suslow T. Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth—a 14-month follow up study. *Arch Womens Ment Health* 2009, 12(4): 193-201.
68. Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J, O'Connor TG. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *BJPsych* 2011, 198(5): 373-8.
69. Körükcü Ö, Kukulü K. Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansması. *icle Univ Tip Fakul Derg* 2010, 37(4): 429-33.
70. Armstrong DS. Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. *Adv Neonatal Care* 2007, 7(4): 200-6.
71. Côté-Arsenault D, Schwartz K, Krowchuk H, McCoy TP. Evidence-based intervention with women pregnant after perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2014, 39(3): 177-86.
72. Gold KJ. Navigating care after a baby dies: A systematic review of parent experiences with health providers. *J Perinatol* 2007, 27(4): 230-7.
73. O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women Birth* 2016, 29(4): 345-9.
74. O'Leary J, Warland J. Intentional parenting of children born after a perinatal loss. *J Loss Trauma* 2012, 17(2): 137-57.
75. Caelli K, Downie J, Letendre A. Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *J Adv Nurs* 2002, 39(2): 127-36.
76. Chan MF, Lou FL, Arthur DG, Cao FL, Wu LH, Li P, Sagara-Rosemeyer M, Chung LYF, Lui L. Investigating factors associate to nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *J Clin Nurs* 2008, 17(4): 509-18.
77. Wilson JP, Lindy JD. *Trauma, culture, and metaphor: Pathways of transformation and integration*. New York, Routledge Routledge, 2013.
78. İnci F, Boztepe H. Post traumatic growth: if something not killing could be strengthened? *J Psychiatr Nurs* 2013, 4(2): 80-5.
79. Ramos C, Leal I. Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *PCH* 2013, 2(1): 43-54.

80. Graf N. War and Post Traumatic Growth. In: Martin CR, Preedy VR, Patel VB (eds). *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder*. Springer, 2015: 1-10.
81. Duman N. Travma sonrası büyüme ve gelişim. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi* 2019, 4(7): 178-84.
82. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, 1 ed. Routledge, 1998.
83. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996, 9(3): 455-71.
84. Weiss T. Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *J Psychosoc Oncol* 2002, 20(2): 65-80.
85. Taku K, Calhoun LG, Tedeschi RG, Gil-Rivas V, Kilmer RP, Cann A. Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety Stress Coping* 2007, 20(4): 353-67.
86. Calhoun L, Tedeschi R, Cann A, Hanks E. Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychol Belg* 2010, 50(1-2): 125-43.
87. Lichtenthal WG, Currier JM, Neimeyer RA, Keesee NJ. Sense and significance: A mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *J Clin Psychol* 2010, 66(7): 791-812.
88. Côté-Arsenault D. Weaving babies lost in pregnancy into the fabric of the family. *J Fam Nurs* 2003, 9(1): 23-37.
89. Kübler-Ross E, Kessler D. *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Nebraska, Scribner, 2014.
90. Avelin P, Rådestad I, Säflund K, Wredling R, Erlandsson K. Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery* 2013, 29(6): 668-73.
91. Cacciatore J, Blood C, Kurker S. From “silent birth” to voices heard: Volunteering, meaning, and posttraumatic growth after stillbirth. *Illn Crisis Loss* 2018, 26(1): 23-39.
92. Uren TH, Wastell CA. Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. *Death Stud* 2002, 26(4): 279-308.
93. Büchi S, Mörgeli H, Schnyder U, Jenewein J, Hepp U, Jina E, Neuhaus R, Fauchère J-C, Bucher HU, Sensky T. Grief and post-traumatic growth in parents 2–6 years after the death of their extremely premature baby. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2007, 76(2): 106-14.
94. World Health Organization. Constitution. <https://www.who.int/about/governance/constitution> Son Erişim Tarihi: 1 Ekim 2020.

95. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull* 1999, 125(2): 276-302.
96. Argyle M, Martin M, Crossland J. Happiness as a function of personality and social encounters. In: Forgas JP, Innes JM (eds). *Recent advances in social psychology: An international perspective*. North-Holland, Elsevier Science Publishers, 1989: 189-203.
97. Doğan T, Eryılmaz A. Benlik saygısı ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *PEFD* 2013, 33(33): 107-17.
98. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol* 2002, 82(6): 1007.
99. Gencer N. Öznel iyi oluş: Genel bir bakış. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2018, 11(3): 2621-38.
100. Özyürek B. "Gebelik Semptom Envanteri" nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik-Güvenirliği ve Trimesterlere Göre Semptomların İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.
101. Hutti MH, Armstrong DS, Myers JA, Hall LA. Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015, 44(1): 42-50.
102. Clossick E. The impact of perinatal loss on parents and the family. *J Fam Health* 2016, 26(3): 11-5.
103. Pavot W, Diener E. The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *J Posit Psychol* 2008, 3(2): 137-52.
104. Eroğlu NV, Güdücü B. Hamile kadınlarda stres ve öznel iyi oluş düzeylerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma: Kocaeli örneği. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi* 2019, 5(1): 71-84.
105. Tsigos C, Chrousos GP. Hypothalamic–pituitary–adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *J Psychosom Res* 2002, 53(4): 865-71.
106. Malandrino N, Smith RJ. Synthesis, secretion, and transport of peptide hormones. In: Belfiore A, LeRoith D (eds). *Principles of Endocrinology and Hormone Action*; 1sted. New York, Springer International Publishing, 2018: 29-42.
107. Llahana S, Follin C, Yedinak C, Grossman A. *Advanced practice in endocrinology nursing*. 1 ed. Switzerland, Springer, 2019.

108. Pruessner JC, Wolf OT, Hellhammer DH, Buske-Kirschbaum A, Von Auer K, Jobst S, Kaspers F, Kirschbaum C. Free cortisol levels after awakening: a reliable biological marker for the assessment of adrenocortical activity. *Life Sci* 1997, 61(26): 2539-49.
109. Edwards S, Evans P, Hucklebridge F, Clow A. Association between time of awakening and diurnal cortisol secretory activity. *Psychoneuroendocrinology* 2001, 26(6): 613-22.
110. Arafah BM, Nishiyama FJ, Tlaygeh H, Hejal R. Measurement of salivary cortisol concentration in the assessment of adrenal function in critically ill subjects: a surrogate marker of the circulating free cortisol. *J Clin Endocrinol Metab* 2007, 92(8): 2965-71.
111. Nater UM, Rohleder N. Salivary alpha-amylase as a non-invasive biomarker for the sympathetic nervous system: Current state of research. *Psychoneuroendocrinology* 2009, 34(4): 486-96.
112. Gatti R, Antonelli G, Prearo M, Spinella P, Cappellin E, Elio F. Cortisol assays and diagnostic laboratory procedures in human biological fluids. *Clin Biochem* 2009, 42(12): 1205-17.
113. Kudielka BM, Hellhammer DH, Wüst S. Why do we respond so differently? Reviewing determinants of human salivary cortisol responses to challenge. *Psychoneuroendocrinology* 2009, 34(1): 2-18.
114. Field T, Diego M. Cortisol: The culprit prenatal stress variable. *Int J Neurosci* 2008, 118(8): 1181-205.
115. Allolio B, Hoffmann J, Linton E, Winkelmann W, Kusche M, Schulte HM. Diurnal salivary cortisol patterns during pregnancy and after delivery: relationship to plasma corticotrophin-releasing-hormone. *Clin Endocrinol News* 1990, 33(2): 279-89.
116. Bleker LS, Roseboom TJ, Vrijkotte TG, Reynolds RM, de Rooij SR. Determinants of cortisol during pregnancy—The ABCD cohort. *Psychoneuroendocrinology* 2017, 83: 172-81.
117. Waffarn F, Davis EP. Effects of antenatal corticosteroids on the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis of the fetus and newborn: experimental findings and clinical considerations. *Am J Obstet Gynecol* 2012, 207(6): 446-54.
118. Davis EP, Head K, Buss C, Sandman CA. Prenatal maternal cortisol concentrations predict neurodevelopment in middle childhood. *Psychoneuroendocrinology* 2017, 75: 56-63.
119. Baibazarova E, van de Beek C, Cohen-Kettenis PT, Buitelaar J, Shelton KH, van Goozen SH. Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and

- cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. *Psychoneuroendocrinology* 2013, 38(6): 907-15.
120. Qu F, Wu Y, Zhu Y-H, Barry J, Ding T, Baio G, Muscat R, Todd BK, Wang F-F, Hardiman PJ. The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2017, 7(1): 1-8.
121. Adib-Rad H, Basirat Z, Faramarzi M, Mostafazadeh A, Bijani A, Bandpy MF. Comparison of women's stress in unexplained early pregnancy loss and normal vaginal delivery. *JEHP* 2020, 9(14).
122. Nepomnaschy PA, Welch KB, McConnell DS, Low BS, Strassmann BI, England BG. Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans. *PNAS* 2006, 103(10): 3938-42.
123. Davis EP, Sandman CA. The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child Dev* 2010, 81(1): 131-48.
124. Zijlmans MA, Riksen-Walraven JM, de Weerth C. Associations between maternal prenatal cortisol concentrations and child outcomes: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2015, 53: 1-24.
125. Craig G. *Duygusal Özgürleşme Teknikleri El Kitabı*, 5. Baskı. USA, 2004.
126. Sezgin N. Tek oturumda uygulanan duygusal özgürlük tekniği (EFT)'nin yaratılan stres durumu üzerindeki etkileri. *DTCF Dergisi* 2017, 53(1): 329-48.
127. Bach D, Groesbeck G, Stapleton P, Sims R, Blickheuser K, Church D. Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques) improves multiple physiological markers of health. *J Evid Based Integr Med* 2019, 24: 2515690X18823691.
128. Clond M. Emotional freedom techniques for anxiety: A systematic review with meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 2016, 204(5): 388-95.
129. Lane J. The neurochemistry of counterconditioning: Acupressure desensitization in psychotherapy. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment* 2009, 1(1): 31-44.
130. Eden D, Feinstein D. *Enerji Tıbbı*, 1. Baskı. İstanbul, Butik Yayıncılık, 2014.
131. Ortner N. *EFT ile Mucizevi İyileşme*, 1. Baskı. İstanbul: Koridor Yayıncılık, 2014.
132. Hartmann S. *Enerji EFT*, 1. Baskı. İstanbul, Pegasus yayınları, 2016.
133. Church D. Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions. *Psychology* 2013, 4(08): 645-54.

134. Feinstein D. Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy. *Rev Gen Psychol* 2012, 16(4): 364-80.
135. Church D, Yount G, Brooks AJ. The effect of emotional freedom techniques on stress biochemistry: A randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis* 2012, 200(10): 891-6.
136. Chen M-N, Chien L-W, Liu C-F. Acupuncture or acupressure at the Sanyinjiao (SP6) acupoint for the treatment of primary dysmenorrhea: A meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013, 2013: 493038.
137. Feinstein D. Energy psychology: Efficacy, speed, mechanisms. *Explore* 2019, 15(5): 340-51.
138. Moore-Hafter B, Barbee J, Zacharias-Miller C, Shaner L. The EFT International Free Tapping Manual A Comprehensive Introductory Guide to EFT (Emotional Freedom Techniques), <https://eftinternational.org/wp-content/uploads/EFT-International-Free-Tapping-Manual.pdf> Son Erişim Tarihi: 3 Kasım 2020.
139. Church D, Brooks AJ. CAM and energy psychology techniques remediate PTSD symptoms in veterans and spouses. *Explore* 2014, 10(1): 24-33.
140. Chatwin H, Stapleton P, Porter B, Devine S, Sheldon T. The effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotional freedom techniques in reducing depression and anxiety among adults: A pilot study. *IMCJ* 2016, 15(2): 27-34.
141. Temple G, Mollon P. Reducing anxiety in dental patients using emotional freedom techniques (EFT): A pilot study. *Energy Psychol Theory Res Treat* 2011, 3(2): 53-6.
142. Church D, Nelms J. Pain, range of motion, and psychological symptoms in a population with frozen shoulder: A randomized controlled dismantling study of clinical EFT (emotional freedom techniques). *Arch sci psychol* 2016, 4(1): 38.
143. Hodge P, Jurgens CY. A pilot study of the effects of Emotional Freedom Techniques in psoriasis. *Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment* 2011, 3(2): 13-24.
144. Swingle P. Emotional Freedom Techniques (EFT) as an effective adjunctive treatment in the neurotherapeutic treatment of seizure disorders. *Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment* 2010, 2(1): 29-38.
145. Kalla M, Simmons M, Robinson A, Stapleton P. Emotional freedom techniques (EFT) as a practice for supporting chronic disease healthcare: A practitioners' perspective. *Disabil Rehabil* 2018, 40(14): 1654-62.
146. Brattberg G. Self-administered EFT (Emotional Freedom Techniques) in individuals with fibromyalgia: A randomized trial. *Integr Med Res* 2008, 7(4): 30-5.

147. Bougea AM, Spandideas N, Alexopoulos EC, Thomaides T, Chrousos GP, Darviri C. Effect of the emotional freedom technique on perceived stress, quality of life, and cortisol salivary levels in tension-type headache sufferers: a randomized controlled trial. *Explore* 2013, 9(2): 91-9.
148. Yuniarti Y, Suwondo A, Runjati R, Maharani SI, Ofiwijayanti H, Anastasia S. Influence of spiritual therapy emotional freedom technique (seft) on cortisol levels and immunoglobulin e (study of anxiety in pregnant women in independent practice midwives semarang). <http://aasic.org/proc/aasic/article/view/193> Son Erişim Tarihi: 21 Ekim 2020.
149. Özçevik A. Müzikle Tedavi ve Öğrenciler Üzerindeki Terapik Etkileri. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi, 2007.
150. Wheeler BL. *Music therapy handbook*. New York Guilford, Publications, 2015.
151. Uyar M, Korhan EA. Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı* 2011, 23(4): 139-46.
152. Fancourt D, Perkins R. Could listening to music during pregnancy be protective against postnatal depression and poor wellbeing post birth? Longitudinal associations from a preliminary prospective cohort study. *BMJ open* 2018, 8(7): e021251.
153. Ventura T, Gomes M, Carreira T. Cortisol and anxiety response to a relaxing intervention on pregnant women awaiting amniocentesis. *Psychoneuroendocrinology* 2012, 37(1): 148-56.
154. Wulff V, Hepp P, Wolf OT, Balan P, Hagenbeck C, Fehm T, Schaal NK. The effects of a music and singing intervention during pregnancy on maternal well-being and mother–infant bonding: A randomised, controlled study. *Arch Gynecol Obstet* 2021, 303(1): 69-83.
155. Lai H-L, Chen C-J, Peng T-C, Chang F-M, Hsieh M-L, Huang H-Y, Chang S-C. Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. *Int J Nurs Stud* 2006, 43(2): 139-46.
156. Gençel Ö. Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2006, 14(2): 697-706.
157. Şahin Ak A. *Avrupa ve Türk-İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi / Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları*, 3. Baskı. Konya, Konya Öz Eğitim Yayınevi, 2017.
158. Chang MY, Chen CH, Huang KF. Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *J Clin Nurs* 2008, 17(19): 2580-7.
159. Sidorenko V. Clinical application of medical resonance therapy music in high-risk pregnancies. *Integr Psychol Behav Sci* 2000, 35(3): 199-207.

160. Çetin FÇ, Ali T, Merih YD. Türk müziğinin gebelik ve yenidoğan üzerindeki etkileri. *Zeynep kamil tıp bül* 2017, 48(3): 124-30.
161. Arslan S. Dokunma, Müzik Terapi ve Aromaterapinin Yoğun Bakım Hastalarının Fizyolojik Durumlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2007.
162. Öcebe DK, Kolcu M, Uzun K. Müzik terapi ve yaşlı sağlığı. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2019, 1(2): 112-5.
163. Mastnak W. Perinatal music therapy and antenatal music classes: Principles, mechanisms, and benefits. *J Perinat Educ* 2016, 25(3): 184-92.
164. Gold C. The use of effect sizes in music therapy research. *Music Ther Perspect* 2004, 22(2): 91-5.
165. Shobeiri F, Khaledi S, Masoumi SZ, Roshanaei G. The effect of music therapy counseling on sleep quality in pregnant women. *Int J Med Res Health Sci* 2016, 5(9): 408-16.
166. Çiftçi H, Öztunç G. The effect of music on comfort, anxiety and pain in the intensive care unit: a case in Turkey. *nt J Caring Sci* 2015, 8(3): 594.
167. Nilsson U. The effect of music intervention in stress response to cardiac surgery in a randomized clinical trial. *Heart Lung* 2009, 38(3): 201-7.
168. Hepp P, Hagenbeck C, Gilles J, Wolf OT, Goertz W, Janni W, Balan P, Fleisch M, Fehm T, Schaal NK. Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018, 18(1): 1-8.
169. Çatalgöl Ş. İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Dinletilen Ney Sesinin Doğum Sürecine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2013.
170. Farren J, Jalnbrand M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, Tapp S, Van Calster B, Wynants L, Timmerman D. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2020, 222(4): 367. e1-. e22.
171. Vural PI, Aslan E. Emotional freedom techniques and breathing awareness to reduce childbirth fear: A randomized controlled study. *Complement Ther Clin Pract* 2019, 35: 224-31.
172. Wolpe J. *The practice of behavior therapy*, 4 ed. Oxford, Pergamon Press, 1990.

173. Hartmann S. *Events Psychology: How To Understand Yourself And Other People*, United Kingdom, DragonRising Publishing, 2009.
174. Kağan M, Güleç M, Boysan M, Çavuş H. TTravma sonrası büyüme envanteri'nin Türkçe versiyonunun normal toplumda hiyerarşik faktör yapısı. *TAF Prev Med Bull* 2012, 11(5): 617-24.
175. Eser E, Çevik C, Baydur H, Güneş S, Esgin TA, Öztekin ÇS, Eker E, Gümüşsoy U, Eser GB, Özyurt B. Reliability and validity of the Turkish version of the WHO-5, in adults and older adults for its use in primary care settings. *Prim Health Care Res Dev* 2019, 20: e100.
176. Toda M, Morimoto K, Nagasawa S, Kitamura K. Effect of snack eating on sensitive salivary stress markers cortisol and chromogranin A. *Environ Health Prev Med* 2004, 9(1): 27-9.
177. Bershadsky S, Trumpfheller L, Kimble HB, Pipaloff D, Yim IS. The effect of prenatal Hatha yoga on affect, cortisol and depressive symptoms. *Complement Ther Clin Pract* 2014, 20(2): 106-13.
178. Chen P-J, Yang L, Chou C-C, Li C-C, Chang Y-C, Liaw J-J. Effects of prenatal yoga on women's stress and immune function across pregnancy: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 2017, 31: 109-17.
179. Ozgocer T, Yildiz S, Uçar C. Development and validation of an enzyme-linked immunosorbent assay for detection of cortisol in human saliva. *J Immunoassay Immunochem* 2017, 38(2): 147-64.
180. Ozgocer T, Ucar C, Yildiz S. Cortisol awakening response is blunted and pain perception is increased during menses in cyclic women. *Psychoneuroendocrinology* 2017, 77: 158-64.
181. Lee OK, Chung YF, Chan MF, Chan WM. Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: A pilot study. *J Clin Nurs* 2005, 14(5): 609-20.
182. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Alternatif/tamamlayıcı tıp ve kadın sağlığı. *TAF Prev Med Bull* 2013, 12(4): 441-8.
183. García González J, Ventura Miranda M, Requena Mullor M, Parron Carreño T, Alarcón Rodriguez R. Effects of prenatal music stimulation on state/trait anxiety in full-term pregnancy and its influence on childbirth: A randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018, 31(8): 1058-65.

184. Cici R, Özkan M. Effects on anxiety and vital signs of the emotional freedom technique and music before surgery for lumbar disc hernia. *Altern Ther Health Med* 2021; AT6442.
185. Güdücü N. Duygusal özgürlük teknikleri (EFT)'nin postpartum depresyon üzerine etkisi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, 2021.
186. van Willenswaard KC, Lynn F, McNeill J, McQueen K, Dennis C-L, Lobel M, Alderdice F. Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Bmc Psychiatry* 2017, 17(1): 1-9.
187. Lin C-J, Chang Y-C, Chang Y-H, Hsiao Y-H, Lin H-H, Liu S-J, Chao C-A, Wang H, Yeh T-L. Music interventions for anxiety in pregnant women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Med* 2019, 8(11): 1884.
188. Sis Çelik A, Atasever İ. Gebelerde algılanan stres düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020, 23(2): 267-76.
189. Ediz Ç. Adölesan Gebelere Verilen Psikososyal Destek Tabanlı Psikoeğitimin Anksiyete, Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğe Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2020.
190. Altuntaş S, Düzgüner S. Duygusal özgürleşme tekniği (EFT) ile destek alan kadınlarda bireysel, sosyal ve manevi değişim üzerine nitel bir araştırma. *AÜİFD* 2020, 61(2): 453-92.
191. Shin HS, Kim JH. Music therapy on anxiety, stress and maternal-fetal attachment in pregnant women during transvaginal ultrasound. *Asian Nurs Res* 2011, 5(1): 19-27.
192. Fink NS, Urech C, Cavelti M, Alder J. Relaxation during pregnancy: what are the benefits for mother, fetus, and the newborn? A systematic review of the literature. *J Perinat Neonatal Nurs* 2012, 26(4): 296-306.
193. Arslan S, Gülşen O, Coşkun AM, Temiz F. Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2019, 6(1): 179-92.
194. Lataima NS, Kurniawati ND, Astuti P. Manfaat emotional freedom technique (EFT) bagi pasien dengan gangguan kecemasan. *Jurnal Penelitian Kesehatan SUARA FORIKES (Journal of Health Research Forikes Voice)* 2020, 11(2): 129-32.
195. Nwebube C, Glover V, Stewart L. Prenatal listening to songs composed for pregnancy and symptoms of anxiety and depression: A pilot study. *BMC Complement Altern Med* 2017, 17(1): 1-5.

196. Doğru HY, Özsoy F, Doğru S, Karaman T, Şahin A, Özsoy AZ, Çakmak B, Süren M. Catastrophizing, depression and anxiety during pregnancy: Relation between lumbopelvic pain and physical/social functioning. *J Ration Emot Cogn Behav Ther* 2018, 36(2): 119-36.
197. Aydemir H, Hazar HU. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeinin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3(2): 815-33.
198. Elkin N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2015, 8(1): 22-31.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş

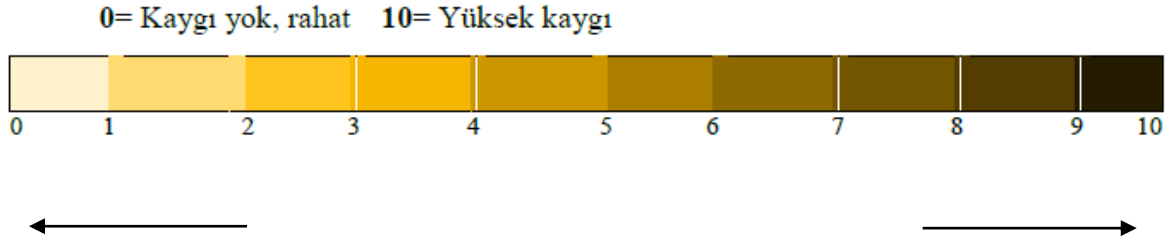


EK-2. Kişisel Bilgi Formu

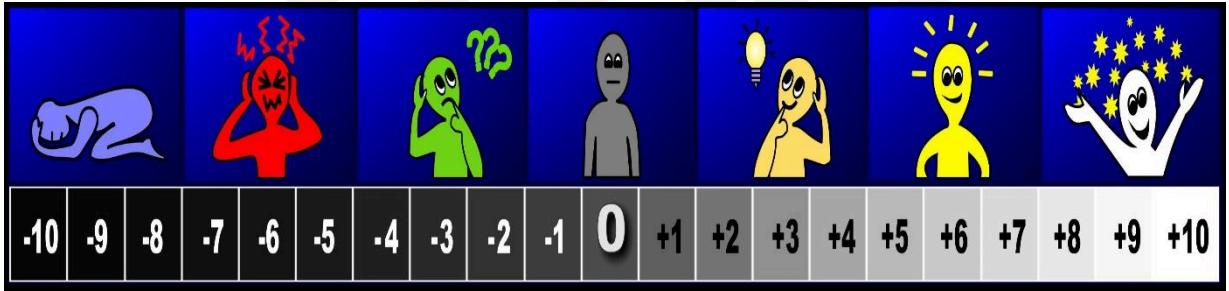
Bu araştırma prenatal kayıp yaşamış gebelere uygulanan duygusal özgürlük tekniği ve müziğin psikolojik gelişim, iyi olma durumu ve kortizol düzeyine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye özen gösteriniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Aile tipiniz nedir? () Çekirdek aile () Geniş aile
3. Eğitim düzeyiniz nedir?
() İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite ve üzeri mezun
4. Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır
5. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
() Gelirim giderimden az () Gelirim giderime denk () Gelirim giderimden fazla
6. Şu anda yaşadığınız yer? () il () ilçe () köy
7. Kaç yıllık evlisiniz?.....
8. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?.....
9. Şu anki gebelik haftanız nedir?.....
10. Yaşayan çocuğunuz var mı? () Evet tane () Hayır
11. Gebeliğiniz planlı/ isteyerek bir olan bir gebelik mi? () Evet () Hayır
12. Yaşadığınız kayıp türü nedir? () Düşük () Ölü doğum
13. Daha önce kaç kez gebelik kaybı yaşadınız?.....
14. Kayıp yaşadığınız gebelik haftanız nedir?.....
15. Daha önce yaşadığınız gebelik kaybının nedeni nedir?
() Fetal () Maternal () Bilmiyorum

EK-3. Özel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (Subjective Units of Disturbance-SUD)



EK 4. Subjektif Deneyim Birimi (Subjective Units of Experience-SUE) Skalası



Negatif duygular → Duygu yok → Pozitif duygular

EK-5. Travma Sonrası Büyüme Envanteri

0	1	2	3	4	5
Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.
1. Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
2. Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
3. Yeni ilgi alanları keşfettim.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
4. Kendime güven hissinde artış oldu.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
5. Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
6. Başım sıkıştığında insanlara güvenebileceğimi daha iyi anladım.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
7. Yaşamım için yeni bir yön belirledim.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
8. Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
9. Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
10. Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
11. Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
12. Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
13. Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
14. Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
15. Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
16. İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
18. Daha güçlü bir inanca sahibim.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
19. Düşündüğümde çok daha güçlü olduğumu keşfettim.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
20. İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)
21. Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim.					(0) (1) (2) (3) (4) (5)

EK-6. WHO-5 İyi Olma İndeksi:

	Son iki hafta boyunca	Her zaman (5)	Çoğu zaman (4)	Geçen zamanın yarısından çoğunda (3)	Geçen zamanın yarısından daha azında (2)	Bazen (1)	Hiçbir zaman (0)
1.	Kendimi neşeli ve keyifli hissettim						
2.	Kendimi sakin ve gevşemiş hissettim						
3.	Kendimi aktif ve dinç hissettim						
4.	Sabahları kendimi taze ve dinlenmiş hissederek uyandım						
5.	Günlük yaşantım beni ilgilendiren şeylerle dolu						

EK-7. DÖT Uygulaması Ev Ödevi İzlem Çizelgesi

Adı Soyadı:														
Gün	1(S)	1(A)	2(S)	2(A)	3(S)	3(A)	4(S)	4(A)	5(S)	5(A)	6(S)	6(A)	7(S)	7(A)
Saat														

*S: Sabah *A: Akşam



EK-8. Müzik Uygulaması İzlem Çizelgesi

Adı Soyadı:							
Gün	1	2	3	4	5	6	7
Saat							



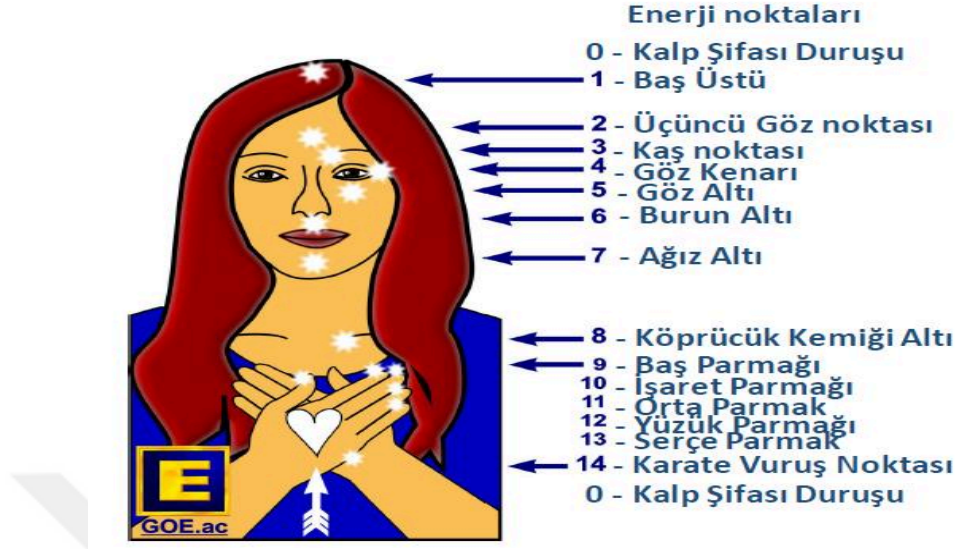
EK-9. Kortizol Değeri Kayıt Formu

	Değeri
1. Ölçüm	
2. Ölçüm	



EK-10. DÖT Ev Ödevi Uygulama Yönergesi

DÖT vuruş noktaları



Serbest Bırakma Egzersizi

Kalp şifa duruşu pozisyonuna geliniz ve gözlerinizi kapatınız.

3 derin nefes alıp veriniz (4 saniye burnundan al, 4 saniye tut ve 8 saniyede ağızdan yavaşça bırak)

Şu an olumsuz duygu olarak ne hissediyorsun? (Duygu=.....)

Şu an olumsuz duyguyu (-10) ve (0) aralığında kaç şiddetinde hissediyorsun (.....)

Hissettiğin duyguyla ilgili kurulum yap.

Örneğin; ‘mı serbest bırakıyorum

Kalp şifa duruşu pozisyonunda iken bu kurulumu 3 defa tekrarla

Baş üstü noktasından vuruş yapmaya başla. Her noktaya 7-10 kez vuruş yap.

3 tur tamamladıktan sonra kalp şifa duruşuna gel. Tekrar derin nefes al, su iç. Duygunu ölç.

Şu an olumsuz duyguyu (-10) ve (0) aralığında kaç şiddetinde hissediyorsun (.....)

Enerji Yükseltme Egzersizi

Kalp şifa duruşu pozisyonunda iken 3 derin nefes alıp veriniz.

Bu duygudan özgürleşmek için şu an neye ihtiyacın var? (Örneğin;.....)

İhtiyaç duyduğun duyguyla ilgili kurulum yap.

Örneğin; daha fazla istiyorum.

Kalp şifa duruşu pozisyonunda iken bu kurulumu 3 defa tekrarla

Baş üstü noktasından vuruş yapmaya başla. Her noktaya 7-10 kez vuruş yap.

Daha fazla istiyorum (1 tur)

Daha daha fazla İstiyorum (1 tur)

Dünyanın tüm lerini istiyorum (1 tur)

3 tur tamamladıktan sonra kalp şifa duruşuna gel. Tekrar derin nefes al, su iç. Duygunu ölç.

Şu an olumsuz duyguyu (0) ve (+10) aralığında kaç şiddetinde hissediyorsun (.....)

EK-11. Araştırmacıya ait DÖT Uygulama Sertifikası



EK-12. Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu







EK-13. Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



EK-14. Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu

Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu (DÖT Grubu)

‘Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelere Uygulanan Duygusal Özgürlük Tekniği ve Müziğin Psikolojik Gelişim, İyi Olma Durumu ve Kortizol Düzeyine Etkisi’ başlıklı bu çalışma, **duygusal özgürlük tekniği** uygulaması yapılarak prenatal kayıp yaşamış gebelerin psikolojik gelişimlerinin sağlanması, iyi olma durumlarının artırılması ve kortizol düzeylerinin düşürülmesi amacıyla planlanmaktadır. Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 159' dur ve araştırmada yer almanız için öngörülen süre 40-50 dakikadır. Öncelikle size, sizi tanımanızı sağlayacak olan ve kaygı düzeyinizi, psikolojik gelişiminizi ve iyi olma durumu düzeyinizi ölçmeye yarayan toplam üç anket doldurtulacak ve kortizol düzeyinizi belirlemek amacıyla tükürük örneğiniz alınacaktır. Bu işlemlerden sonra duygusal özgürlük tekniği eğitimi almış araştırmacı tarafından size duygusal özgürlük tekniği 30-40 dakika kadar uygulanacaktır. Sonraki beş gün evde kendi kendinize araştırma prosedürüne uygun olarak duygusal özgürlük tekniği uygulamasını yaptıktan sonra, yedinci gün tekrar araştırmacı tarafından duygusal özgürlük tekniği uygulaması yapılacak ve tekrar kaygı düzeyinizi, psikolojik gelişiminizi ve iyi olma durumu düzeyinizi ölçmeye yarayan anketler doldurtulacak ve kortizol düzeyinizi belirlemek amacıyla tükürük örneğiniz alınacaktır. Araştırmacı tarafından yapılan duygusal özgürlük tekniği uygulaması öncesi ve sonrası SUE skalası uygulanacaktır. Araştırma için Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay alınmıştır.

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

Yukarıda detayları yazılı olan ve tarafıma anlatılan bu araştırmada yer almak için araştırmacı sayın Esra KARATAŞ OKYAY tarafından "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

GÖNÜLLÜ

ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı:

Adı Soyadı: Arş. Grv. Esra KARATAŞ OKYAY

İmza:

İmza:

Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu (Müzik Grubu)

‘Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelere Uygulanan Duygusal Özgürlük Tekniği ve Müziğin Psikolojik Gelişim, İyi Olma Durumu ve Kortizol Düzeyine Etkisi’ başlıklı bu çalışma, **müzik** dinletilerek prenatal kayıp yaşamış gebelerin psikolojik gelişimlerinin sağlanması, iyi olma durumlarının artırılması ve kortizol düzeylerinin düşürülmesi amacıyla planlanmaktadır. Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 159’ dur ve araştırmada yer almanız için öngörülen süre 40 dakikadır. Öncelikle size, sizi tanımanızı sağlayacak olan ve kaygı düzeyinizi, psikolojik gelişiminizi ve iyi olma durumu düzeyinizi ölçmeye yarayan toplam üç anket doldurtulacak ve kortizol düzeyinizi belirlemek amacıyla tükürük örneğiniz alınacaktır. Bu işlemlerden sonra araştırmacı tarafından uzman görüşü alınarak belirlenen müzik makamı kulaklık ile 30 dakika dinletilecektir. Sonraki beş gün evde kendi kendinize araştırma prosedürüne uygun olarak müzik uygulamasını yaptıktan sonra, yedinci gün tekrar araştırmacı tarafından müzik uygulaması yapılacak ve tekrar kaygı düzeyinizi, psikolojik gelişiminizi ve iyi olma durumu düzeyinizi ölçmeye yarayan anketler doldurtulacak ve kortizol düzeyinizi belirlemek amacıyla tükürük örneğiniz alınacaktır. Araştırmacı tarafından yapılan müzik uygulaması öncesi ve sonrası SUE skalası uygulanacaktır. Araştırma için Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay alınmıştır.

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

Yukarıda detayları yazılı olan ve tarafıma anlatılan bu araştırmada yer almak için araştırmacı sayın Esra KARATAŞ OKYAY tarafından "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

GÖNÜLLÜ

Adı Soyadı:

İmza:

ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı: Arş. Grv. Esra KARATAŞ OKYAY

İmza:

Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu (Kontrol Grubu)

'Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelere Uygulanan Duygusal Özgürlük Tekniği ve Müziğin Psikolojik Gelişim, İyi Olma Durumu ve Kortizol Düzeyine Etkisi' başlıklı bu çalışma, prenatal kayıp yaşamış gebelerin psikolojik gelişimlerinin, iyi olma durumlarının ve kortizol düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmaktadır. Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 159' dur ve araştırmada yer almanız için öngörülen süre 30 dakikadır. Öncelikle size, sizi tanımamızı sağlayacak olan ve kaygı düzeyinizi, psikolojik gelişiminizi ve iyi olma durumu düzeyinizi ölçmeye yarayan toplam üç anket doldurtulacak ve kortizol düzeyinizi belirlemek amacıyla tükürük örneğiniz alınacaktır. Bu işlemlerden bir hafta sonra tekrar araştırmacı tarafından kaygı düzeyinizi, psikolojik gelişiminizi ve iyi olma durumu düzeyinizi ölçmeye yarayan anketler doldurtulacak ve kortizol düzeyinizi belirlemek amacıyla tükürük örneğiniz alınacaktır. DÖT grubuna yapılan uygulama zamanlarına eş zamanlı olarak SUE skalası uygulanacaktır. Araştırma için Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır.

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

Yukarıda detayları yazılı olan ve tarafıma anlatılan bu araştırmada yer almak için araştırmacı sayın Esra KARATAŞ OKYAY tarafından "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

GÖNÜLLÜ

Adı Soyadı:

İmza:

ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı: Arş. Grv. Esra KARATAŞ OKYAY

İmza:

EK-15. Subjektif Deneyim Birimi Skalası Kullanım İzni



EK-16. Travma Sonrası Büyüme Envanteri Kullanım İzni



EK-17. WHO-5 İyi Olma İndeksi Kullanım İzni

