



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**SANAT TERAPİSİNİN DOĞUM YAPMA KORKUSU
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

CEREN SEZEN

Yrd. Doç. Dr. Barış Önen ÜNSALVER

İSTANBUL, 2016

**T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**SANAT TERAPİSİNİN DOĞUM YAPMA KORKUSU
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

**Ceren SEZEN
(144102095)**

**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

Yrd. Doç. Dr. Barış Önen ÜNSALVER

İSTANBUL-2016



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 144102095
Öğrenci Adı Soyadı	: Ceren Sezen
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr.Barış Önen Ünsalver
Tezin Başlığı	: Sanat Terapisinin Doğum Yapma Korkusu Üzerindeki Etkisi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 15.06.2016	Saati	: 15.30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver	
Üye	Doç. Dr. Emel Khen Hızlı Sezer	
Üye	Doç. Dr. Serhat Öpkes	

İÇİNDEKİLER

İTHAF	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ÖNSÖZ	xi
I.GİRİŞ	1
II.GENEL BİLGİLER	5
2.1. KORKU	5
2.5. PSİKOLOJİK KURAMLARIN KORKUYA BAKIŞI	5
2.5.1. Psikanalitik Kuram	5
2.5.1.1. Doğum Travması	6
2.5.1.2. Ayrılık ve Bağlanma	6
2.5.2. Öğrenme Kuramları	7
2.5.2.1. Klasik Koşullanma	7
2.5.2.2. Edimsel Koşullanma	8
2.5.2.3. Mowrer'in İki Aşamalı Öğrenme Kuramı	8
2.5.2.4. Rachman Üç Yol Kuramı	8
2.5.2.5. Ön hazırlık Modeli	8
2.5.2.6. Modern Öğrenme	8
2.5.2.7. Sosyal Öğrenme	9
2.5.3. Bilişsel Kuram	9
2.5.4. Varoluşçu Kuram	9
2.2. GEBELİK PSİKOLOJİSİ	9
2.3. DOĞUM KORKUSU	10
2.4. DOĞUM KORKUSUNUN SINIFLANDIRILMASI	11
2.4.1. Primer Tokofobi	11
2.4.2. Sekonder Tokofobi	12
2.4.3. Depresyon Semptomu Olarak Tokofobi	12
2.6. DOĞUMA YÖNELİK KORKULAR	12
2.7. DOĞUM KORKUSUNUN BELİRTİLERİ	13
2.8. DOĞUM KORKUSUNUN NEDENLERİ	13
2.8.1. Biyolojik Nedenler	14
2.8.2. Psikolojik Nedenler	14
2.8.3. Sosyal Nedenler	15
2.8.4. İkincil Nedenler	15
2.9. DOĞUM KORKUSUNUN SONUÇLARI	15
2.10. DOĞUM KORKUSUNUN TEDAVİSİ	16
2.11. GRUP TERAPİSİNİN ÖZELLİKLERİ	17
2.12. SANAT TERAPİSİ	18
2.13. SANAT TERAPİSİNDE TEMEL KAVRAMLAR	19
2.13.1. Formülasyon	19
2.13.2. Çerçeve	20
2.13.3. Aktarım ve Karşı Aktarım	20

2.13.4. Savunma mekanizmaları	20
2.13.4.1. Süblimasyon	20
2.13.4.2. Sembolizasyon	20
2.13.4.3. Yansıtma	21
2.13.5. Estetik Mesafe	21
2.14. SANAT TERAPİSİ VE BEYİN	22
2.15. SANAT TERAPİSİNİN TARİHÇESİ	22
2.16. SANAT TERAPİSİNİN HEDEFLERİ	24
2.17. SANAT TERAPİSİ TEKNİKLERİ	24
2.17.1. Mandala	24
2.17.2. Fotoğraf	24
2.17.3. Sinema	25
2.17.4. Kil	27
2.17.5. Müzik	27
2.13.6. Dans	29
2.13.7. Kukla	29
2.13.8. Yaratıcı yazı ve şiir (Biblioterapi)	29
2.13.9. Maske	30
2.13.10. Resim	30
2.13.11. Kolaj	31
2.13.12. Drama	31
2.18. SANAT TERAPİSİ SEANSININ KURGULANMASI	32
2.18.1. Isınma egzersizleri	32
2.18.2. Yönerge ve sanat uygulaması	33
2.18.3. Çemberde paylaşım ve kapanış	33
2.19. SANAT TERAPİSİNİN UYGULAMA ADIMLARI	33
2.19.1. Hazırlık	33
2.19.2. Danışanın özel durumlarına göre hedefler oluşturulması	33
2.19.3. Terapinin uygulanması	33
2.19.4. Danışanın ihtiyaçlarının ne olduğunun tespit edilmesi	34
2.19.5. Konsültasyon	34
2.19.6. Danışanın terapide öğrendiklerini günlük hayatına adapte etmesi	34
2.19.7. Tedavi sonrası danışandaki gelişmenin takip edilmesi	34
2.20. SANAT TERAPİSİNİN KULLANIM ALANLARI	34
2.21. GEBELİKTE SANAT TERAPİSİ ÇALIŞMALARI	36
III. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
3.3. Araştırmanın Örneklemi	37
3.4. Araştırma Örneklemi Dışlama Kriterleri	37
3.5. Araştırma Örneklemine Dahil Etme Kriterleri	38
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	38
3.7. Verilerin Toplanması	39
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı	39
3.10. Veri Toplama Araçları	40
3.10.1. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ)	40
3.10.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	40

3.10.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	41
3.10.4. Özne Rahatsızlık Birimi Ölçeği (SUD-Subjective Units of Disturbance)	41
3.10.5. Kişisel Bilgi Formu	41
3.11. Araştırma Etiği	41
3.12. Araştırma Bütçesi	42
IV. BULGULAR	43
V. TARTIŞMA	56
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
KAYNAKÇA	60
EKLER	75
ÖZGEÇMİŞ	89



İTHAF

Tezimi,

Doğumlara gönülden doğum destekçiliği ile katkı sunan anneannem Ergül ORHAN' a ve bilginin sonu olmadığını, her eğitimin bir sonraki ilerleme için yeni bir başlangıç olduğunu söyleyen dedem İbrahim ORHAN' a ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

"Yaratıcılık, insanın var oluşundaki en büyük isyandır." sözüyle sanatın ruhun en doğal şifası olduğu yönündeki düşüncemi pekiştiren Osho' ya,

Araştırma konumun literatüre daha çok kazandırılması yönünde beni motive eden tez danışmanım Yrd.Doç.Dr. Barış Önen Ünsalver' e;

Keşkesiz Doğum felsefesini temel alan doğum psikoloğunun yaygınlaştırılması yolundaki çalışmalarında kendisine eşlik etmeme fırsat sunan hocam Uzm.Psk.ve Doğum Psikoloğu Neşe Karabekir' e;

Doğumlarda kadına, bebeğe desteklerini sunarak anılarını benimle paylaşan anneannem Ergül Orhan'a ve bilgiyi her daim aramam yönünde beni teşvik eden dedem İbrahim Orhan' a;

Kendimi geliştirmem yolunda bambu ağacının hikayesiyle beni hep taze tutan annem Rukiye Orhan' a; desteğini sunan babam Metin Gelmedi' ye; yorgun düştüğümde kahve yaparak beni canlandıran can parçam kardeşim Orhan Gelmedi' ye;

Hayatımı güzelleştiren, başarılı olmam yolunda benimle bir olan ve her koşulda sevgisini hissettiren eşim, en iyi arkadaşım, diğer yarım Cengiz Sezen' e;

Teyzelerim Nurhayat, Nuray ve Nurcan'a;

Yorgunluklarımı paylaşan arkadaşım Demet Gök' e;

Doğumlarına şahitlik ettiğim tüm gebelere ve bebeklere;

Teşekkür ederim.

ÖZET

(SEZEN, Ceren, Yüksek Lisans, İstanbul, 2016)

Sanat Terapisinin Doğum Yapma Korkusu Üzerindeki Etkisi

Bu çalışmanın amacı, grupla sanat terapisi çalışmasının gebelerin doğum korkusu düzeylerinin iyileştirilmesindeki etkisini incelemektir.

Araştırma örneklemini, Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Eğitim Bölümü' ne başvuran 15 çalışma grubu 15 kontrol grubu olmak üzere toplam 30 gebeden oluşturulmuştur. Çalışma grubuna 6 haftalık sanat terapisi çalışması, kontrol grubuna yalnızca anlatım tekniği uygulanmıştır.

Veri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu, Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (SUD), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki Kare, Fisher, Mann Witney U ve Kruskal Wallis, Friedman 2 way ANOVA, Spearman testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

İlk üç haftada çalışma grubunun Beck Depresyon Ölçeği puanları azalmaya başlamıştır ($p < 0.001$). Her seans öncesi ve sonrası uygulanan Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (SUD) puanının ikinci seanstan itibaren daha düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubunda çalışma sürecince anlamlı bir değişim bulunmamıştır ($p = 0,153$). Çalışma grubunda, çalışma süresince ve çalışma bitiminde Beck Anksiyete, Beck Depresyon ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarının azaldığı tespit edilmiştir ($p < 0.001$). Çalışma sonunda, çalışma grubu için çalışma sonrası doğum eylemi hakkındaki düşünce ile duygu arasında ters yönde korelasyon bulunmuştur ($p = 0.000$, $\rho = -0.794$). Doğum korkusu hem kontrol hem de çalışma grubu ($p < 0,026$, $\rho = -0,570$) için eşin destek düzeyi ile ters yönde korele bulunmuştur. Çalışma grubunda yakınlarının destek düzeyi ($p < 0,008$, $\rho = -0,652$) ve doktorun destek düzeyi ($p < 0,005$, $\rho = -0,679$) de doğum korkusu ile ters yönde korele bulunmuştur.

Doğum korkusunun azaltılmasında sanat terapisi kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler:

Doğum korkusu, sanat terapisi, gebe, destek, doğum psikoloğu

ABSTRACT

(SEZEN, Ceren, Master, İstanbul, 2016)

The Effects of Art Therapy on Childbirth Fear

The aim of this study is to evaluate the effects of art therapy on childbirth fear treatment.

The participants were 30 women in The Pregnant Education Department of Zeynep Kamil Education and Research Hospital. Both control group and experiment group had 15 women. Talking technique was used for control group. Art therapy was used for experiment group. The study went on 6 weeks.

Data were collected by Personal Information Form, Subjective Units of Distress Scale (SUD), Beck Anxiety Scale, Beck Depression Scale and Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire AVersion (W-DEQ).

Ki Kare, Fisher, Mann Witney U and Kruskal Wallis, Friedman 2 way ANOVA, Spearman test were used for analyzes. $p < 0.05$ was accepted score for statistical significance.

In the first three weeks, experiment group's Beck Depression Scale scores decreased ($p < 0.001$). There was no change in control group during and at the end of the study ($p = 0.153$). But Beck Anxiety Scale, Beck Depression Scale and W-DEQ scores decreased ($p < 0.001$) in experiment group both during and at the end of the study. At the end of the study, there was an inverse correlation between ideas and emotions about birth ($p = 0.000$, $\rho = -0.794$).

In this study, childbirth fear had an inverse correlation with husband's supporting in control group ($p < 0.009$, $\rho = -0.649$). In experiment group; doctor's supporting ($p < 0.005$, $\rho = -0.679$), individuals' in family supporting ($p < 0.008$, $\rho = -0.652$) and husband's supporting ($p < 0.026$, $\rho = -0.570$) had inverse correlation.

In order to decrease the score of childbirth fear, art therapy should be used.

Key Words:

Childbirth fear, art therapy, pregnant, supporting, birth psychologist.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AATA: American Art Therapy Association(Amerika Sanat Terapisi Derneği)

ACTH: Adrenocorticotropic Hormone

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

CRH: Corticotropin Relaeasing Hormone

PLISSIT: Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy
(İzin Verme, Sınırlı Bilgi, Özel Öneriler, Yoğun Terapi)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SUD: Subjective Units of Distress Scale (Öznel Rahatsızlık Ölçeği)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TPD: Türkiye Psikiyatri Derneği

W-DEQ: Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire(Wijma Doğum
Beklentisi/Deneyimi Ölçeği)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

YÖK: Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların demografik özellikleri 1.....	43
Tablo 2: Katılımcıların demografik özellikleri 2.....	43
Tablo 3: Katılımcıların demografik özellikleri 3.....	44
Tablo 4: Çalışma ve kontrol gruplarının düşük kürtaj, ektopik gebelik ve planlı gebelik sayıları.....	44
Tablo 5: Çalışma grubunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği başlangıç puanları ile eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorun destek düzeyi arasındaki korelasyon.....	45
Tablo 6: Kontrol grubunda Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği başlangıç puanları ile eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorun destek düzeyi arasındaki korelasyon.....	45
Tablo 7: Çalışma ve kontrol gruplarında başlangıç düzeyinde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanları ile Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının korelasyonu.....	46
Tablo 8: Birinci seansın bitiminden üçüncü seansın bitimine kadar katılımcıların yaşadıkları istenmeyen gelişme ve gebelikten bağımsız istenmeyen hayat olayı oranları.....	46
Tablo 9: Üçüncü seansın bitiminden çalışma sonuna kadar katılımcıların yaşadıkları gebelikle ilgili istenmeyen gelişme ve gebelikten bağımsız istenmeyen hayat olayı oranları.....	47
Tablo 10: Başlangıç düzeyinde çalışma ve kontrol gruplarında eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorunun destek düzeylerinin karşılaştırılması.....	47
Grafik 1: Başlangıç düzeyinde çalışma ve kontrol gruplarında eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorunun destek düzeyinin karşılaştırılması.....	48
Tablo 11: Başlangıç düzeyinde çalışma ve kontrol gruplarında çalışma öncesi doğum eylemi hakkında düşünce, doğum eylemi hakkında duygu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	48
Grafik 2: Başlangıç düzeyinde çalışma ve kontrol gruplarında çalışma öncesi doğum eylemi hakkında düşünce, doğum eylemi hakkında duygu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 12: Üçüncü haftanın sonunda çalışma ve kontrol gruplarında eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorunun destek düzeylerinin karşılaştırılması.....	49
Tablo 13: Üçüncü seansın sonunda çalışma ve kontrol gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	50
Grafik 4: Üçüncü haftanın sonunda çalışma ve kontrol gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 14: Çalışma sonunda çalışma ve kontrol gruplarında eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorunun destek düzeylerinin karşılaştırılması.....	51
Tablo 15: Çalışma ve kontrol grubunda çalışma sonrası doğum eylemi hakkındaki düşünce ve çalışma sonrası doğum eylemi hakkındaki duygu arasındaki korelasyon...51	51

Tablo 16: Çalışma sonunda çalışma ve kontrol gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 17: Çalışma ve kontrol gruplarında her seans öncesi ve sonrasında yapılan SUD ölçeklerini karşılaştırılması	53
Grafik 5: Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince SUD puanları değişimi	53
Grafik 6: Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince Beck Anksiyete Ölçeği puanları değişimi.....	54
Grafik 7: Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince Beck Depresyon Ölçeği puanları değişimi.....	55
Grafik 8: Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği puanları değişimi.....	55



ÖNSÖZ

Bu çalışmadaki amaç, sanat terapisinin gebelerdeki doğum korkusu düzeyinin azaltılması yönünde etkili bir yöntem olup olmayacağını tespit etmektir.

Ülkemizde ve dünyada artan sezaryen oranlarının düşürülmesine yönelik çalışmalarönem kazanmıştır. Herhangi bir tıbbi gereklilik olmamasına karşın gerçekleşen planlı sezaryen, kadının duygularıyla bağlantılıdır. Duygu ve düşünce birbiriyle ilişkili olması yönüyle doğum korkusu konusu psikolojinin çalışma konularındandır.

Doğum korkusunun net bir tanımı olmayıp daha çok kadının algılayışıyla ilgilidir ve sanat terapi bu algıların farklı araçlarla birden fazla duyuya hitap edebilecek şekilde somutlaştırılmasını sağlar.

Araştırmanın bilimsel temeller ışığında şekillenmesi yönünde bilgi ve tecrübesini en mütavazi haliyle benimle paylaşan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver'e; bu konunun seçilmesine zemin hazırlayan İstanbul Doğum Akademisi' ne; beni doğum anlarıyla tanıştıran hocam Uzm. Psk. ve Doğum Psikoloğu Neşe Karabekir'e; doğum psikologlarına değer vererek Keşkesiz Doğum Ekibi ile çalışan Opr. Dr. Hakan Çoker' e; araştırmanın uygulama sürecinde her türlü teknik desteği ve ortam koşulunu sağlayan Ebe Döne Ertuğrul Abbasoğlu' na ve Ebe Özlem Karabulut' a teşekkürlerimi sunarım.

I. GİRİŞ

Hamilelik sürecinde kadınlar farklı nedenlerle korku yaşamakta olup, her kadın bu korkuyu farklı şekilde algılamakta ve tanımlamaktadır (Şahin vd.,2009). Gebelik boyunca doğumun sonucuna dair belirsizliğin olması, korkunun oluşmasına neden olur (Melender, 2002).

Korkunun tetiklenmesinde amigdala ilişkisi mevcutken (Cendes et al., 1994); yine korku ve kaygının limbik sistemdeki herhangi bir bölümün elektriksel uyarımından kaynaklandığı bilinmektedir (Gray 1995).

Korkunun oluşumunda amigdalanın yanı sıra prefrontal korteks ve hipotalamus etkilidir. Korkuyu algılayan hipotalamus, CRH (corticotropin relaeasing hormone) üretimini, CRH üretimi ACTH (adrenocorticotropic hormone) salınımını sağlar ve artan ACTH vücudu savunmaya geçiren sempatik sinir sisteminin çalışmasına neden olan kortizolün üretimine neden olur (Marieb et al., 1995).

Gebeler doğum ağrısı, bebekte oluşabilecek komplikasyonlar, doğumda uygulanabilecek müdahaleler, sağlık personeli ve cinsellik nedeniyle doğumdan korkmakta olup; korkunun nedenleri önceki deneyimler, inançlar sistemi, hastalık, belirsizlik, düşük ağrı eşiği, doğumhane ortamı, yetersiz bilgi, sağlık çalışanları şeklindedir (Serçekuş ve Okumuş, 2009).

Son trimesterin en önemli özelliği doğuma yönelik anksiyetenin şiddetini artırması olup, anne adayı doğum yaklaştıkça korkuyu daha çok hissetmektedir (May and Mahlmeister, 1994).

Kadının yaşadığı korku, farklı şekillerde kendini gösterir. Bu belirtiler: Yalnız kalmak istememe, iletişim kurmama, ağlama, avuçlarını sıkma, dudak ısırma, davranışlarını kontrol etmede güçlük, başkalarını suçlama, amaçsız olarak etrafta dolanma şeklindedir (Coşar ve Demirci 2012).

Doğum korkusunun psikolojik tedavi konusu olmaması sezaryen artışlarına ortam hazırlamakta olup Hofberg and Ward (2004)' ın belirttiği üzere; kadınlar yaşadıkları korku nedeniyle sezaryen talebinde bulunmakta ve korku kaynaklı olarak planlı sezaryen oranları artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ülke çapındaki sezaryen oranları için en fazla oranı %15 olarak kabul etmektedir (WHO, 1985). Dünya Sağlık Örgütü' nün 2010

yılında ortaya koyduğu sezaryen oranlarına bakıldığı zaman; Amerika Birleşik Devletleri %30.2, İtalya %37.4, Brezilya %41.3, Meksika %36.1, Kore %37.7, İsviçre %28.9, Almanya %27.8 olarak görülmektedir (WHO, 2011).

Ülkemiz Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre sezaryen oranlarının 2003 yılı için %21.2 (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004); 2008 yılı için %36.7 (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2009.) olduğu belirtilmiştir. 2013 yılı TNSA raporuna göre de; son beş yılda gerçekleşen tüm doğumların %48'i sezaryen ile gerçekleşmiş olup, sezaryen doğumlar TNSA 2008'e oranla artmıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından sezaryen oranlarının düşürülmesine yönelik olarak yönlendirmeler yapılmış olup, 2011 yılında da vajinal doğumun desteklenmesi için bir yönerge hazırlanmıştır. Bu hususta, Türkiye' nin doğum politikaları içinde vajinal doğumun, sezaryene oranla desteklenmesi ve yaygınlaştırılması mevcuttur (Sağlık Bakanlığı, 2011). Ancak; bu politikanın sürdürülebilirliği vajinal doğumun gidişatını belirleyici olan gebe duygularının kontrol altında tutulabilmesine, sağlık çalışanlarına yeterli psikolojik desteğin sunulmasına ve anne adayının doğuma fizyolojik olduğu kadar psikolojik açıdan hazır hale getirilmesine bağlıdır. Karabekir (2016a)' e göre; sanat terapisi, psikodrama, gestalt ekollerinden en az birine bağlı olan ve doğum psikolojisi, fizyolojisi eğitimi almış doğum psikologlarının hem anne adayına hem de anne adayının yakınlarına ve doğum ekibine (doktor, ebe, hemşire vb.) gebelik süresince ve doğum anında sunacağı psikolojik destek, doğumun gidişatına pozitif açıdan katkı sağlayacaktır.

Doğum korkusu tedavi edilmediğinde, kadınının ağrı eşiği daha düşük olmakta ve korkuyla birlikte daha çok ağrı hissedilmektedir (Saisto, 2001b). Hutton and Hall (2013)' in açıkladığı gibi; doğum korkusunun azaltılıp, ağrı eşiğinin yükselmesi ile anne adaylarının vajinal yolla doğum yapmayı tercih etmelerinin artacağı düşünülmektedir.

Korku kavramı bir duygu çeşididir ve psikolojik bir desteği gerektirmektedir. Doğum korkusunun artması ile sezaryen doğumlar artmaktadır. Ancak; vajinal doğum yapan kadınların doğum sonrası konforlarının sezaryen olanlara oranla istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Pınar ve ark. ,2009).

Ülkemizde Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi incelendiğinde doğum korkusu ile ilgili 2 adet doktora ve 3 adet yüksek lisans tezi bulunmuş olup;

toplamdaki 5 tezin de hemşirelik bölümlerine ait olduğu görülmüştür (Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi, 2015). Doğum korkusunu tedavi edici terapötik bir uygulama planına ise rastlanmamıştır.

Sanat terapisi, psikolojik tedavi süreci ile yaratıcı sürecin bir araya getirilmiş halidir (Wadeson, 1980). Sanat terapisinin araçları çizim, resim, boyama, kolaj, heykel, seramik, maket, fotoğraf, maske, kukla, drama, müzik, dans, film gibi somuta dayalı malzemelerdir (Kar, 2011). De Petrillo and Winner (2005)' in araştırması, bir sanat çalışması üretme gayretinin kişilerin daha iyi hissetmelerine katkı sağladığını ortaya koymuştur.

Sanat terapisi, uygulanan yaş ve konu farkı olmaksızın olumlu sonuçlar vermektedir (Pizarro and ark., 2004; Van der Vennet and Serice., 2012, Pielech et al., 2013; Titus and Sinacore, 2013; de Morais et al., 2014).

Kişi, sanat terapisinde ortamda bulunduğu konuya göre bir ürün tasarlar; ortaya çıkan ürünün kendisi için anlamını terapist ile irdeler ve bazen bu anlatım içerisinde katarsis yaşar; duygusal boşalmanın verdiği rahatlama ve eserin yol göstericiliği ile duygu ve düşüncelerini yeniden biçimlendirir. Ürünün hangi malzemelerle ya da yöntemlerle oluşturulacağı kişinin ilgi ve yetenekleriyle ilişkilidir.

Konuşmaya dayalı psikoterapi geleneksel bir metod olmakla birlikte, terapi sürecinde danışanların bazıları görsel bazıları dokunsal bazıları da daha farklı yetenek ve potansiyellere sahiptir. Terapistin, danışanların eğilimleri çerçevesinde farklı olanaklar sunabiliyor olması, terapidaki iletişim ortamını artırmaktadır (Malchiodi, 2007).

Naumberg, sanat terapisinin kurucularından olmakla birlikte ona göre; temel duygu, düşünce, korku ve fanteziler kaynağını bilinçdışıdan alır. Bu bilinçdışı malzemeler kelimelerden çok kaynağını yaratıcılıktan alan üretimlerle ortaya çıkarılabilir (Masters, 2005).

Selçuklu döneminden itibaren desanat şifa verici olarak görülmüştür. Sanatın şifa kaynağı olduğu Evliya Çelebi' nin Seyahatname ve İbn-i Sina' nın Kanun eserinde açıklanmıştır (Toker, 2005). Sanatın terapi ifadesiyle kullanımı ise 1940' lara dayanır (Spaniol, 2001).

Tedavi sürecinde kullanılan dışavurumcu tekniklerin çeşitliliği ile terapi sürecinden elde edilen verim doğru orantılıdır. Masters (2005)' e göre sanat,

dışavurumcu tekniklerin en güçlüsüdür ve Scharff (1996)' ın da belirttiği üzere; düşüncelerini kelimelere dökemeyen bireyler için önerilen, sanat terapisinin kullanılmasıdır.

Sanat, söz dışı bir iletişim aracı olması yönüyle duyguların somut olarak daha rahat ortaya çıkarılmasına yardımcı olmaktadır (Malchiodi, 2003). Sanatın tedavi edici yönü olan sanat terapisi ile hem sembolik ifadelerle kendini anlatma olanağı oluşmakta hem de duygu ve düşünceler yeniden yapılandırılabilir (Winnicott, 1971).

Kişinin bir duruma ait saklı kalmış algısı, duygularıyla ilişkilidir. Bu algı bilinç ya da bilinçdışı süreçlerde olabilir ve içinde korku, endişe, anksiyete gibi duyguları barındırabilir. Anne adayının da doğuma dair bakışı, duyguları, düşünceleri doğum tercihlerini etkileyebilmektedir.

Gebelik sürecinde tedavi edilmeyen korku, doğum sürecini etkiler (Manogin et al., 1999). Uterus bölgesi korku anında oluşan adrenalin nedeniyle düzensiz çalışmaya başladığı an doğum uzamaya, anne doğumda ağrı hissetmeye, annenin doğuma dair negatif zihin kayıtları oluşmaya başlar (Mete, 2013)

Gebelerle yapılan sanat terapisi çalışmalarının olumlu etkileri mevcuttur (Swan-Foster, 1989; Swan-Foster et al., 2003; Chang et al., 2008; Shin, 2010; Shin and Kim, 2011; Rouhe et al., 2009).

Bu çalışmanın, doğum korkusu alanında psikoterapi temeliyle, korkuyu tedavi edici bir kaynak olarak literatüre kazandırılması planlanmaktadır. Ayrıca; bu çalışmanın azalan korku ile vajinal doğumların artışına doğrudan hizmet edeceği düşünülmektedir.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. KORKU

İnsanın 3 temel duygusu vardır. Bunlar; sevgi, öfke ve korkudur (Taimalu,2007). Korku, kişinin çevresinde var olan tehlikelere karşı ortaya çıkardığı doğal bir tepki olup kişi tarafından tercih edilmeyen bir duygudur. Organizma tarafından geliştirilerek kaçma düşüncesiyle tehlikeden uzaklaşma amaçlanır (Marks, 1987a).

Korku düzeyi normalin üstünde olduğunda bellek kapasitesinin azaldığı, problem çözme becerisinin zayıfladığı, kişiyi yeni deneyimlerden uzaklaştırdığı, güven problemi oluşturduğu, öğrenmeyi ve yaratıcılığı bozduğu yönünde çalışmalar mevcuttur (Garber and Dodge, 1991; Rutter ve Rutter,1993; Muris,2007).

Korkuyu ortaya çıkaran üç temel etken vardır (Craske 1997):

- a. Genetik etkenler: Genetik miras ve huy etkilidir.
- b. Çevresel etkenler ve yasantılar: Bireyin içinde bulunduğu ya da diğerleriyle paylaşmadığı ortamın özellikleri etkilidir.
- c. Etkileşim: Genetik ve çevresel etkenlerin birbiriyle olan etkileşimi sonucu ortaya çıkan durum etkilidir.

2.5. PSİKOLOJİK KURAMLARIN KORKUYA BAKIŞI

2.5.1. Psikanalitik Kuram

İdin istekleri zaman zaman egoya baskı yapar. İstekler genel olarak cinsellik ve saldırganlık üzerine kuruludur. Bu istekler bazen şiddetini artırır ve ego ile id arasındaki denge bozulur. Ego bu uyumsuzlukta, kendi gücüne bağlı olarak anksiyete ile seyir gösterir. Anksiyete, savunma mekanizmaları ile yok edilmeye çalışılır. Egonun tercih ettiği ilk savunma mekanizması bastırmadır. Bastırma, etkiliğini göstermediğinde yer değiştirme, yapıp bozma, yalıtma savunma mekanizmalarına geçilir. Yer değiştirme savunma mekanizmasında, yaşanan içsel çatışma herhangi bir nesnenin, konunun ya da eylemin korkusuna dönüşür. Bu korku, özgül korku halini alır. Özgül korku ile duygunun asıl nedeni farklılaşmış haldedir (Elmacı, 2008).

Analistlere göre, doğum korkusunun en temeli, kuşaklar arası geçişteki ölüm korkusuna dayanır ve doğum yaklaştıkça ortaya çıkan bu korku esas nedenin dışavurumudur (Sjögren, 1997).

2.5.1.1. Doğum Travması

Otto Rank, 1924'te "Doğum Travması, (Das Trauma der Geburt)" ismiyle bir kitap yayınlarken doğum anının kişilik oluşumuna dikkat çekmiştir. Doğum anı insandaki ilk anksiyetedir ve nedeni rahimdeki rahat hayattan çıkıp yaşamak için çaba sarfedilmesi gerektiğidir. Anneden kopuş, ilerleyen zamanlar için sürekli var olan anksiyetenin temelidir. Bu duygu insanı rahatsız eden bir durum olup bilinçdışına atılır. İlerleyen zamanlarda oluşacak korkuların ve hazların temeli anneden ayrılık travması ile ilişkilidir. Kaygı ve korkunun asıl nedeni doğum travmasıdır (Mullay, 1955).

2.5.1.2. Ayrılık ve Bağlanma

Bağlanma, kişinin önem verdiği bir diğerine yönelik oluşturduğu duygusal bağıdır ve beşikten mezara ifadesiyle tanımlanan uzun süreçli bir kavramdır (Bowlby, 1979).

İlk yıllarda, özellikle 0-2 yaş aralığında, yenidoğan ve kendisine bakım sunan kişi ile oluşan bağ yetişkinlik döneminin kişilik özelliklerini etkileyecek derecede önemlidir. Yenidoğan, terk edilme korkusu taşır. Bu korkunun bakım veren tarafından nasıl karşılandığı ileriki dönemler için kişilik yapısındaki kaygı düzeyini belirleyicidir. Yenidoğanın bu endişeyi gidermek için başvurduğu yol; reddedici, büyülenmeci, boyun eğici biçimde olabilir. Seçilen yol, sonraki dönemlerdeki bağ kurma tarzını belirleyicidir. Birincil bakım verene ait düşünce üç yaş civarında şekillenmiştir ve bundan sonraki zamanlar için diğerleri hakkındaki duygularını belirleyicidir. Bakım verene ait bağ, bütün yakın ilişkileri anlamlandırma noktasında referans oluşturur (Carver and Scheier, 1998).

Yakın ilişkinin sonlandırmasına yönelik verilen ilk tepki kaygıdır (Weiss, 1988). Harvey' (1990)' a göre; bağlanma nesnesine yönelik ölüm ya da anlaşmaya dayalı ilişki kopuşlarında, ayrılık ilk olarak protesto edilir ve kişiler bu durumu kaygı duydukları

yönünde tarif ederler. Durumun aksinin olmayacağı bilincine kaygıyı ortadan kaldırmak için bağlanma nesnesi bulunmaya çalışılır. Bağlanma nesnesiyle aynı birlikteliğin kurulamayacağı anlaşılınca kaygı yerini üzüntüye bırakır. Üzüntü, başarıyla tamamlanabildiğinde yaşam devam etmeye başlar. Yetişkinler, bu kopmaya ait nedenler bulabildiği ölçüde kopuşu sağlıklı atlatır.

Yetişkinlikte kurulan ilişki biçimleri genel olarak üç modelde sınıflandırılmıştır. İlki güvenli bağlanmadır ve kişi kendine güvenir, girişkendir, yakın ilişki kurmada başarılıdır. İkincisi kaygılı- kararsız bağlanmadır ve birey kendine güvenmez, terk edilmekten korkar. Sonuncusu kaygılı – kaçınan bağlanmadır ve yakın ilişki kurmaktan kaçınan, kendileri rahatça açmaktan sakınan bireyleri ifade eder (Cooper et al., 1998).

Türk kültüründe bağlanma biçimleri konusunda güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma türlerini içeren dördü bağlanma modeli geliştirilmiştir. Güvenli bağlanmada yetişkin, kendini sevilebilir bulur ve başkalarına karşı duyarlıdır. Saplantılı bağlanmada birey, kendini değerli bulmaz ve başkalarını olumlu bularak sürekli onay ihtiyacı duyar. Korkulu bağlanmada birey hem kendini hem de başkalarını sevilebilir görmez, yakın ilişkiler kurmaz. Kayıtsız bağlanmada ise, kişi kendisini değerli bulsa da başkalarını sevilebilir görmez ve reddedilmemek için ilişki kurmaz (Sümer ve Güngör,1999).

Bebeklik döneminden itibaren bakım verenle yanlış ya da zaman zaman sekteye uğrayan bağ, yetişkinlik döneminde zihinsel problemlere neden olur (Öztürk, 2002).

Bağlanma tarzları özgül korkular (Ruiter and Van Ijzendoorn, 1992) ve depresyon (Çalışır, 2009) üzerinde etkilidir.

2.5.2. Öğrenme Kuramları

Elmacı (2008), korkuyu öğrenme kuramları çerçevesinde incelemiş ve alt başlıklar haline getirmiştir.

2.5.2.1. Klasik Koşullanma

Klasik şartlanmada; yaşanan bir olay karşısında doğrudan o konuya bir tepki verilir ve bu korku olabilir. Aynı tepki, konuyla doğrudan bağlantılı olmayan nötr ilişkideki durumlara da verilebilir.

2.5.2.2. Edimsel Koşullanma

Kişinin korku duyduğu kaynaktan kaçınarak bu davranışın kendisine rahatlık vermesi, korkunun devamlılığını sağlar. Korkunun düzeyini belirleyen, çevreden gönderilen ödül ve cezadır.

2.5.2.3. Mowrer'in İki Aşamalı Öğrenme Kuramı

Klasik koşullanmayla öğrenilen korku, kaçınma davranışı ile pekişerek edimsel koşullanmaya dönüşür. Süreç içinde öğrenmenin türü değişir.

2.5.2.4. Rachman Üç Yol Kuramı

Klasik koşullanmanın yeniden kavramsallaştırılmış halidir. Korkunun kazanılmasında doğrudan koşullanma, model alma ve olumsuz bilgi aktarımı olmak üzere üç yol vardır.

2.5.2.5. Ön hazırlık Modeli

İnsanlarda bazı korkular ön hazırlık sonucu daha kolay gelişir. Temeli, doğal ayıklanma anlayışına dayalıdır. Her tür, kendi biyolojik yapısını tehdit eden duruma dair korku duymaya eğilimlidir.

2.5.2.6. Modern Öğrenme

Korku, kişi farkında olmadan tetiklenebilir, beyindeki limbik sistemde oluşur, hayati bir tehdit varsa ortaya çıkar ve bilişsel kontrole karşı duyarsızdır.

2.5.2.7. Sosyal Öğrenme

Kişilerarası iletişim vardır. Birey, gözlem yoluyla öğrenir ve içinde bulunduğu duruma uyan koşulu benimser

2.5.3. Bilişsel Kuram

Bilişsel yaklaşıma göre; korkunun tetiklenmesinde bilişsel süreçler önemlidir. Zihin, tehdit olarak algıladığı durumda korku tepkisini verir. Bilişsel fonksiyonlardaki bozulma ve yanlış yorumlama hali korkuya neden olur. Korkunun tek seferlik canlanması kaygının devamlılığı için yeterlidir (Beck and Emery, 2006).

2.5.4. Varoluşçu Kuram

Varoluşçuluk, yaşam kadar ölümle ilişkilidir. Hiç olma, ölümle eşleştirilir ve insanın bu hiçliği biliyor olması kaygı yaratır. Kaygı, korkunun da ötesinde bir yapıdır. Kişi yaşamın bu gerçeği ile yüzleştiği ve yaşamın sorumluluğunu aldığı ölçüde korkularının üstesinden gelebilir (Koçak ve Gökler, 2008).

2.2. GEBELİK PSİKOLOJİSİ

Gebelikte birlikte ortaya çıkan hormonal değişiklikler ruhsal değişikliklerin kaynağıdır. Bu anlamda gebeliğe psikolojik olarak uyum sağlayamamış gebelerde gebeliği reddetme, gebelik süresince ortaya çıkan rahatsızlıklarla başa çıkamama, gebelik kontrollerini yaptırmama gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (Beydağ ve Mete 2008).

Gebelik süresince her trimesterin kendine özgü dönemsel özellikleri vardır. İlk trimesterde, kadın gebe olduğu fikrine alışmaya çalışır. Kadının olumlu ya da olumsuz gebeliğe nasıl uyum göstereceğini belirleyen konular arasında eşle ilişkisi, iş yaşantısı, hamilelikle oluşabilecek zorluklar, ailesel özellikler sıralanabilir. İlk trimesterin ilerleyen dönemlerinde nasıl bir bebek olacağına dair kadın fikir oluşturmaya başlar.

Gebeliğe uyumu sağlayan kadın, bebeğe iyi bakmaya çalıştığı gibi kendi için de çaba gösterir. Kadın sigarayı bırakma, beslenmesine dikkat etme, kafeini azaltma gibi çeşitli alışkanlıklarını değiştirir. İkinci trimesterde fetüs ile derin bağlar kurulmaya başlanır. Kadın gebeliğe biraz daha uyum sağlamıştır ve kadının daha fazla dışa dönük zamanı başlamıştır. Üçüncü trimesterde doğumun yaklaşmasıyla beraber doğumun nasıl olacağına dair endişeler oluşmaya başlar (Özkan, 1993). Son trimesterde kadının yaşadığı anksiyete düzeyi artar (Rofe et al., 1993).

2.3. DOĞUM KORKUSU

Doğum korkusu, yaşanan korku düzeyi kadına göre değişmekle birlikte sonucun belirsizliğinden kaynaklı olarak hemen her gebenin yaşadığı bir duygudur (Koroğlu, 2006). Doğum korkusu kavram olarak ilk kez 1859 yılında Marce tarafından tanımlanmıştır (Körükçü, 2009).

Zar et al. (2001) yapmış olduğu çalışmada, doğum korkusunun genel anksiyete düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sürekli anksiyete düzeyi yüksek olanların doğum korkularının da yüksek düzeyde, orta anksiyeteye sahip olanların doğum korkularının da orta düzeyde ve düşük anksiyeteye sahip olanların doğum korkularının da düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Şahin (2009)' e göre; sezaryen oranlarının artması, doğum yapma korkusu ile ilişkili olup, kadınlar korku nedeniyle sezaryen seçeneğini tercih etmektedir.

Doğum korkusunun çözümlenmemiş olması, tüm kaslarda spazma yol açarak vücudun korku-gerginlik- ağrı sürecini otomatik olarak üretmesine neden olur (Sercekuş, 2005); prematur ve postmatur doğumlar için risk oluşturur, posttravmatik stres bozukluğuna zemin hazırlar (Körükçü, 2009) ve postpartum depresyona, cinsellikle ilgili bozulmalara, ileriki doğumlara için olumsuz zihin kayıtlarına, anne-bebek ilişkisindeki uyumun oluşmamasına neden olabilir (Goodman et al., 2004).

Doğum korkusu, gebelik komplikasyonu olarak görülmekte olup; müdahaleli doğum, posttravmatik stres bozukluğu, acil sezaryen doğum, postnatal depresyon, anne-bebek bağındaki problemler komplikasyon listesinde bulunmaktadır (Fisher, 2006).

Sezaryen oranlarındaki artışın temel nedeni kadınların doğum korkularıdır (Şahin, 2009).

Doğum korkusu prevalansı kültürel değişkenler, gebelik haftası ve doğum korkusunu tespit ederken uygulanan yöntem farklılıklarına bağlı olarak değişmekle birlikte ortalama olarak %15-20 değerindedir (Fenwick et al.,2009).

Doğum korkusunun sıklığı gebelik ortası dönemde %12,4; gebeliğin son dönemlerinde %13,5; doğumdan bir yıl sonra da %15,1 olarak rapor edilmiştir (Hildingsson et al., 2001). Szevereniyet al. (1998) ‘nin çalışmasında doğumdan korkan kadınların oranı % 80 üzerindedir. İlk gebeliği olan kadınlar, çoğul gebeliği olanlara oranla doğumdan daha çok korkarken(Hofberg and Ward, 2003); Geissbuehel (2002)’ in 8000 kadınlarla yaptığı çalışmada her 20 kadından biri doğumdan korkmaktadır.

Kabul edilebilir düzeydeki bir korku, kadını doğuma hazırlama konusunda motive edici olabilirken, korku gebelikten önce oluşmuş ya da dozunu artırmışsa bu durum “Tokofobi” olarak adlandırılır. (Alessandra and Roberta, 2013).

Tokofobi, hamileliğe özgü spesifik bir korku çeşidi olup ilk kez Hofberg (2000) tarafından kullanılmıştır.

Tokofobi kelimesinin kökeni Yunanca doğurmak anlamına gelen “tokos” ve korku anlamında kullanılan “phobos” kelimelerine dayanır (Hofbergand Ward, 2003).

Doğum korkusu ikinci trimesterde etkisini göstermeye başlar (Şahin, 2009) ve üçüncü trimesterde etkisini artırır (Kitapçioğlu vd., 2008). Yaklaşık 20. Hafta itibari ile doğum korkusu yükselmeye başlar (Rouhe et al., 2009).

Gebelerin 16. Ve 31. Haftalarında yapılan iki görüşmelik bir araştırmada ikinci görüşmede gebelerin doğum yönelik korkularının arttığı tespit edilmiştir (Laursen et al., 2009).

2.4. DOĞUM KORKUSUNUN SINIFLANDIRILMASI

2.4.1. Primer Tokofobi

Primer tokofobi daha önce doğum yapmamış kadınlar için geçerlidir. Bu düzeydeki tokofobide kadınlar doğum yapmaya dair şiddetli bir korkuya sahipken bunun yanı sıra anne olmaya dair de güçlü bir arzu taşırlar. Bu durum kadın için bir iç çatışma kaynağıdır. Primer tokofobi genellikle çocukluk ya da ergenlikte edinilen

olumsuz deneyimlere dayanır. Bu deneyimlerin içinde en baskın karakterli olanları; cinsel taciz ve çevreden duyulan olumsuz doğum hikayeleridir (O'Connell et al., 2015).

Primer tokofobisi olan kadınlar cinsellikle ilgili problem yaşamaz, isteyerek gebe kalır. Ancak; doğum yapma eylemine yönelik korku nedeniyle kürtaja başvurabilir (Hofberg and Brockington, 2000)

2.4.2. Sekonder Tokofobi

Sekonder tokofobi genellikle önceki doğumlara ait travmatik doğum hikayeleri sonucu ortaya çıkar. Genellikle birden fazla gebeliği olmuş kadınları etkiler (O'Connell et al., 2015).

Bu durumu tetikleyen diğer nedenler; ölü doğum, fetal anomali gibi yaşantılar (O'Connell et al., 2015); kontrolsüz düşük, daha önceki doğumların ağırlı geçmesi, kürtaj (Hofberg and Brockington,2000) sıralanabilir.

2.4.3. Depresyon Semptomu Olarak Tokofobi

Gebelik öncesinde herhangi bir korku ortada yokken gebelikle birlikte ortaya çıkan ve gebenin depresif durumuna bağlı olarak seyreden tokofobi türüdür (Hofberg and Brockington,2000).

2.6. DOĞUMA YÖNELİK KORKULAR

Bebeğin doğumda zarar görmesi, doğum ağrısı, epizyotomi, doğum yapabileceğine inanmama, acil sezaryen olma (Neuhaus et al., 1994); bebeğin doğumda ölmesi, kendinin doğumda ölmesi, vajinal rüptür (Ryding, 1993); itme fazında yırtılma, sağlık personelinin iletişimi, bebeğin malformasyonlu olması (Saisto et al., 1999); doğumda kadının kendi davranışlarının bebeğe zarar vermesi, umbilikal kordonun bebeğin boynuna dolanması ve komplikasyon oluşması, doğum boyunca yalnız olma, plasentanın ayrılmaması gibi doğum komplikasyonlarının oluşması (Melender and

Lauri, 1999); perineal hasar, uterin rüptür (Kwee et al., 2004) gibi durumlar kadının doğum eylemine yönelik geliştirdiği korkulardır

2.7. DOĞUM KORKUSUNUN BELİRTİLERİ

Korku esnasında adrenalininin etkisiyle vücutta bazı değişiklikler olur (Çakar vd., 2002):

- Solunum sayısında artma
- Solunum güçlüğü
- Kalp hızında artma
- Tansiyon değişiklikleri
- Baş dönmesi
- Titreme
- Kaslarda gerilme
- Vazomotor tepkilerin değişmesi
- Tüylerin diken diken olması
- Sık idrara çıkma
- Konuşma bozuklukları
- Sindirim bozukluklar
- Metabolik hızda artma

Doğumdan korkan kadınlar duygularını üzüntü, kaygı, gerginlik, panik olma, depresyon ve paranoya gibi farklı biçimlerde tanımlar. Bu kadınların içe kapanma, kimseyle konuşmama, sıkıntısını paylaşmama gibi davranışları olabilir (Melender and Lauri, 1999).

2.8. DOĞUM KORKUSUNUN NEDENLERİ

Doğum korkusunun başlıca nedenleri; başkalarına ait korku dolu doğum hikayeleri (Melender, 2002), önceki doğumların vakum ya da forseps ile gerçekleşmesi (Alkın ve Onur, 2007), doğuma ait bilgi eksikliği (Cleeton, 2001), hamilelik süresince ve doğum anında eşinden yeterli desteği görememe (Saisto et al., 2001c), sağlık

çalışanlarına yönelik güven eksikliği (Sjögren, 1997) ve doğum uzmanı tarafından verilen psikolojik desteğin yeterli olmaması (Saisto et al., 2001c) şeklindedir.

Doğum korkusunun biyolojik (ağrıyı hissetme); psikolojik (anneliğe uyum, mizaç, travma geçmişi, kişilik özellikleri); sosyal (ekonomik güç, çevre desteği) ve ikincil korkular (önceki doğuma ait zihin kayıtları) olarak temelde dört başlıkta nedeni mevcuttur (Nerum 2006).

2.8.1. Biyolojik Nedenler

Saito (2003)' ya göre doğum sancısı doğum korkusunu artırmakta ve planlı sezaryen oranını artırmaktadır. Nullipar gebelerin yaklaşık %42'si doğum sancısından korkmaktadır (Geissbuehler and Eberhard, 2002).

Araştırmalara göre; doğum sancısından korktuğu için sezaryen isteğinde bulunan kadınların ülkelere göre dağılımında Finlandiya %15 (Saisto et al., 1999), İsveç %36 (Ryding, 1993), Türkiye %50 (Dursun vd., 2011) olarak bulunmuştur. Asyalı gebelerin de doğum sancısından korktukları için sezaryeni seçtikleri tespit edilmiştir (Chong and Mongelli, 2003).

2.8.2. Psikolojik Nedenler

Anksiyete, depresyon, savunmasızlık gibi kişisel özellikler doğum korkusuyla ilişkilidir (Saisto et al., 2001c).

Sürekli anksiyete hali doğum korkusuyla ilişkilidir (Andersson et al., 2003). Anksiyete yaşayan ya da depresyonda olan gebenin doğum korkusu yaşama oranı 2.4 kat fazla iken hem anksiyete hem de depresyon yaşıyor olması bu oranı 11 kat fazlaya çevirmektedir (Storksen et al., 2012).

Gebenin daha önce cinsel istismara uğrama gibi travmatik bir yaşamının olması doğum korkusunu artırmaktadır (Boorman et al., 2013). Bu durumun nedeni doğumda bireysel kontrolün kaybedileceği algısıdır (Wiklund et al., 2012).

Çocukluk çağında yaşanan cinsel istismar, yetişkinlikte yaşanan cinsel istismara oranla doğum korkusunu daha çok artırmaktadır (Heimstad et al., 2006).

2.8.3. Sosyal Nedenler

Düşük eğitim seviyesi, genç yaşta gebelik, işsizlik (Laursen et al., 2008); gelir düzeyinin düşüklüğü ve sosyal desteğin az olması (Andersson et al., 2003) gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşamasına neden olmaktadır.

2.8.4. İkincil Nedenler

Önceki doğumun nasıl olduğuna dair algı, gebenin bir sonraki doğum için korku yaşamasına neden olur (Størksen, 2013). Doğum korkusunun düzeyi, nullipar gebelerde orta düzeyde iken multipar gebelerde şiddetli düzeydedir (Spice et al., 2009). Önceki doğum deneyimi travmatik olan gebelerde sezaryen oranı 5.2 kat artmıştır (Sydsjö et al., 2013). Önceki doğumda herhangi bir komplikasyon geliştirse 1.9, iki ve üstü komplikasyon geliştirse 2.9 kat oranında doğum korkusu artmıştır. Doğumda herhangi bir komplikasyon gelişenlerde doğum korkusu 1.9 kat, iki ya da daha fazla komplikasyon gelişenlerde 2.9 kat artmıştır (Størksen, 2013).

2.9. DOĞUM KORKUSUNUN SONUÇLARI

Doğum korkusu devam ettiği müddetçe, doğumda aktif olması gereken parasempatik sinir sistemi yerine korkunun aktive ettiği sempatik sinir sistemi işler ve korku kan damarlarında vazokonstriksiyona neden olur (Reck et al., 2013).

Doğum korkusunun çözülmemiş olması, tüm kaslarda spazma yol açarak vücudun korku-gerginlik-acı sürecini otomatik olarak üretmesine neden olur (Sercekuş, 2005) ve adrenalin-noradrenalin gibi stres hormonlarının üretimini artırırken bu durum uterusu giden kanın azalmasına neden olur. Kan akımı azaldıkça plasentaya ulaşan oksijen de azalarak fetüste distress gelişir ve kadına tıbbi müdahale edilmesi gereksinimi artar. Korku nedeniyle ortaya çıkan adrenalin oksitosin miktarının azalmasına, doğumun uzamasına ve durmasına dahi neden olur. Korku düzeyi daha fazla kanamaya da neden olabilir. (Alessandra and Roberta, 2013).

Doğumun ikinci evresi uzadıkça annede zamanın ilerlemesinden kaynaklı korku daha da artar, sağlık çalışanlarıyla iletişim bozuklukları oluşur ve epidural anestezi,

indüksiyon ve enstrümantal doğum, acil sezaryen gibi tıbbi uygulama kararları artar (Adams et al.,2012) .

Yapılan çalışmalarda acil sezaryen kararı doğum korkusu ile ilişkili bulunmuştur (Saisto et al., 1999). Doğum korkusu yaşayan gebelerin sezaryen olma olasılığı 5.2 kat fazla olurken, doğumun aktif evresi yaklaşık 40 dakika daha uzamaktadır (Sydsjö et al.,2013).

Doğum korkusu yaşayan gebeyi sakinleştirmek için uygulanan ilaçlar yenidoğanı da etkiler ve doğum sürecinin korkuyla geçmesi yenidoğanın doğum sonrası hemen alınan apgar skorunun düşük olmasına neden olabilirken, amniyotik sıvıda biriken kortizol fetusun beyin gelişimini etkileyebilir ve bu durumdan kaynaklı olarak bebeğin sosyal beceri, bellek ve dil becerileri ileriki dönemler için etkilenebilir (Alessandra and Roberta, 2013).

Erken çocukluk dönemindeki zihinsel ve motor becerilerdeki gecikmeler ile neonatal kolik oluşması temelini gebelik sürecindeki maternal anksiyeteden alabilir (Bakshi et al., 2008).

Doğum korkusunun çözümlenmemiş olması prematur ve postmatur doğuma neden olabilir, posttravmatik stres bozukluğuna zemin hazırlar (Körükçü, 2009); postpartum depresyona, cinsellikle ilgili bozulmalara, ileriki doğumlar için olumsuz zihin kayıtlarına, anne bebek ilişkisindeki uyumun oluşamamasına neden olabilir (Goodman et al.,2004).

2.10. DOĞUM KORKUSUNUN TEDAVİSİ

Doğum korkusunun tedavisinde amaç gebeliğin rahat geçirilmesini, anneliğe uyumun kolaylaşmasını ve doğum sonrası dönemde annenin iyi hissetmesini sağlamaktır (Saisto, 2001b).

Doğum korkusu problem odaklı olması yönüyle tedavi sürecinde psikoterapiden faydalanılabilir (Saisto et al., 2003). Gebeliğin rahat geçmesi ve doğuma ait korkuların daha az olması çevrenin desteğine bağlıdır. Kadın bu dönemde korkularını paylaşmak ister ve bu nedenle yardım arayışındadır.

Çevreden hissedilen destek düzeyine göre korku azalır (Melender, 2002).

Son trimesterdaki gebelerde terapinin gücü araştırılmış ve kısa süreli (90 dk.) terapinin yetersiz kaldığı, terapi süresinin uzunluğu (315 dk.) ile doğum korkusunun azalması arasında bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (Saisto et al., 2001a).

Sezaryen talebinde bulunan kadınların doğum korkusuna yönelik aldıkları psikoterapi desteği ile bu tercihlerinden vazgeçerek vajinal doğuma yöneldikleri görülmüştür (Ryding, 1991). Sjögren ve Thomassen yaptıkları çalışmada (1997) ise doğum korkusu nedeniyle somatik rahatsızlık yaşayan kadınların tedavi sonunda vajinal doğuma yöneldikleri tespit edilmiştir.

Doğuma yönelik korkuyu azaltmak için kullanılan çalışmalar: Nefes alma teknikleri, hidroterapi, hipnoz, doula (doğum yardımcısı / doğum destekçisi / doğum koçu) (Hunter et al., 2009); doğum korkusuna adapte edilebilen vebireyin cinsel sorunları için izin vermek, sınırlı bilgi, özel öneriler, yoğun tedavi başlıklarının bulunduğu dört aşamalı PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy) modeli (Saisto et al., 2003), doğuma hazırlık eğitimleri (Kızılırmak, 2011) şeklindedir.

2.11. GRUP TERAPİSİNİN ÖZELLİKLERİ

Grup terapisi 1914' lerde kullanılmaya başlanmıştır. Jacob Levy Moreno, grup terapisinin öncüsüdür. Samuel Slavson, HymanSpotniz, Siegmund Heinrich Foulkes, Wilfred Bion, Eric Berne, F.ritz Perls, Irvin Yalom da grup terapisi çalışmalarının öncülerindendir. Türkiye' de ise grup terapisi çalışmaları için öncü olan uzmanlar Engin Gençtan, Leyla Zileli, Celal Odağ, Abdülkadir Özbek şeklindedir (TPD, 2016).

Grup terapisinde süre 1-2 saattir ve sınırlıdır, haftada 1-3 kez toplanılır, tedavi edicidir, profesyonel bir lider vardır, grup üyeleri tedavi arayışındadır, grup dinamiğini bozan üye gruptan ihraç edilebilir, gruba süreç başladıktan sonra yeni üye dahil edilebilir ve bu hali açık gruptur ya da gruba süreç sırasında sonradan üye dahil edilmez ve bu yönüyle kapalı gruptur, üyelerin gruba alımına terapist karar verir (Yanık, 2004). Grup terapisi, 5 ila 15 kişi ile yürütülür (APA, 2015).

Grup terapisi aynı tanıyı sahip bireylerin bulunduğu homojen gruptan oluşabileceği gibi farklı özellikleri taşıyan heterojen bir grup şeklinde de oluşabilir. Bu terapi biçiminde odak noktası; birey, bir bütün olarak grup ya da grup içindeki

kişilerarası ilişkiler olabilir. Grup terapisi bu yönüyle birden fazla kişiye daha kısa zamanda hizmet sunmaya yardımcıdır. Grup psikoterapisinde iyileştirici faktörler;birbirinden öğrenme, özdeşim kurma, katarsis, farkındalık, sosyal becerilerin gelişmesi, varoluş özelliklerini fark etme, yalnız olmadığını görme, altruizm, duygusal tıkanıklıkları açma, örnek olma şeklindedir (Özmen, 2008).

2.12. SANAT TERAPİSİ

Güner (2014)' in açıklamasına göre; sanat terapisi seansları grupla ya da bireysel olarak yürütülür. Yetişkinlerle yapılan seanslar ortalama bir ya da iki saat sürer. Sanat terapistikişi ya da kişilere rahat bir ortam oluşturur, malzemeleri hazırlar, gerekli koşullarda teknik bilgiler sunar. Terapi sürecinde uygun görüldüğünde arka fonda sakinleştirici bir müzik kullanılır ve bir terapi seansı; eseri planlama, ortaya çıkartma, eser hakkında konuşma, tartışma bölümlerinden oluşur.

Sanat terapisi, her yaştaki bireyin fiziksel, duygusal ve zihinsel potansiyellerini iyileştirmek ve geliştirmek için ruh sağlığı alanında sanatın kullanılmasıdır. Sanat terapisi kişinin kendini ifade etmesine yardımcı olarak stresin azaltılmasına, içgörü kazandırılmasına ve davranışlara yeniden yön verilmesine hizmet etmektedir. Sanat aracılığıyla yaşam doyumu arttığı ortaya konmuştur (AATA, 2009)

Sanat terapisinin amacı; korkuları, kaygıları, sıkıntıları ve mutsuzlukları tamamıyla yok etmek olmayıp, kişiyi rahatsız eden olumsuz duyguları yaratıcı ürünlerle modife edip daha gerçekçi bir hale dönüştürmektir (Kar, 2011).

Güner (2014)' in açıklamasına göre; sanat terapisi seansları grupla ya da bireysel olarak yürütülür.

Grup sistemi doğal bir biçimde grup üyelerinin acı ve üzüntülerini iyileştirici, sorunları çözümleyici ve yardım edici davranışlar geliştirmelerini sağlayıcı bir yapıya sahiptir. Bu yönüyle grup, her üyenin iyileşmesini kolaylaştırır (Rogers, 2003). Spiegel (1994)' e göre; grup çalışmasının üç avantajı vardır. İlki, grup ortamı üyelere sosyal destek sağlar. İkincisi, üyeler aileleri dışında objektif olarak kişisel kaygılarını paylaşma ortamı bulur. Son olarak, grup sistemi düşük maliyetlidir, zaman daha etkin biçimde kullanılır.

Güner (2014)' in belirttiği gibi sanat terapisi çalışması yetişkinler için bir ya da iki saat sürmektedir.

Sanat terapisinde çalışmalar zaman bakımından belli bir plan dahilinde yürütülür. Buna göre; çalışmaya hazırlık (15 dk), önceki haftaya ait iyilik halinin ve ev ödevlerinin paylaşılmasını içeren ısınma süreci (15 dk), yeni seansın konusunun ve etkinliğinin açıklanması (10 dk), sanat çalışmasının uygulaması (40 dk), ortaya çıkan ürün ile paylaşım (40 dk), sonlandırma ve ev ödevlerinin verilmesi (10 dk) aşamaları mevcuttur (Leibman, 1986).

Sanat kendini ifade etmeyi ve iç görünümünün artmasını amaçlaması yönüyle yardımcı bir tekniktir (Coleman and Farris, 1996). Bu amaçlar doğrultusunda grup üyelerinin herhangi bir sanat alanında profesyonel olması beklenmez.

2.13. SANAT TERAPİSİNDE TEMEL KAVRAMLAR

Göktepe Kaya (2015)' ya göre sanat terapisindeki temel kavramlar formülasyon, çerçeve, aktarım ve karşıt aktarım, savunma mekanizmaları, estetik mesafedir.

2.13.10. Formülasyon

Tedavinin seyrini belirleyicidir. İlk seansta uygulanabildiği gibi danışanın verdiği mesajlar doğrultusunda sonraki seanslarda da uygulamaya geçilebilir. Bilgi edinmek için şimdi ve burada ilkesiyle danışanın nasıl ilerlediği sorgulanır.

Formülasyonda iki tür yaratıcılık vardır:

a- Özgür spontanite

Sanat ürününün kaynağı bilinçdışıdır. Regresyon vardır ve danışanın ego bütünlüğünün bozulmamış olması gerekir. Danışan içgörü sahibidir. Kaygı bozuklukları, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk sahibi hastalarda kullanılabilir. Nevrozlar için etkilidir.

b- Yapılandırılmış yaratıcı süreç

Şimdi ve burada ilkesiyle çalışılır. Danışanın regrese olmasına izin verilmez. Psikozlar için kullanılır. “Önce zarar verme” anlayışı için önemlidir. Bireyin gerçekle algısı bozuktur ve onu kontrol altında tutan terapistin yönergeleridir.

2.13.11. Çerçeve

Formülasyon için gereklidir. Danışanın o an içerisinde neden onları söylediği üzerinde durulur. Spontan eylemlere ve söylemlere dikkat edilir. Ne söylendiği ya da yapıldığı değil, bunların ne anlamı olduğu araştırılır.

Danışanın hangi sanat dalına ilgi duyduğu, hastalık seyri, ego işlevleri (Gerçeklik algısı, dürtü kontrolü, savunma mekanizmalarını kullanma biçimi, düşünceleri organize etme hali, dil-motor-yaratıcı gelişim) terapi sürecinin planlanmasında etkilidir.

2.13.12. Aktarım ve Karşı Aktarım

Aktarım sanat ürününe yöneliktir. Danışan kaygı duyduğunda aktarımı terapistte yapar. Aktarım sürecinde sanat terapisinde terapist, günah keçisi olarak adlandırılır. Danışanın aktarımdan önceki süreci özdeşimdir. Özdeşleştirme sürecinde fetiş olarak ifade edilen sanat ürünü merkezdedir. Danışan, ortaya koyduğu ürünü kendisinden bir parça olarak anlamlar yükler, kendini cesaretlendirici öge haline getirir. Danışan, ürün yapımı sürecine sağlıklı biçimde adapte olamadıysa kaygı yaşarak süreçten kaçır ve onay almak adına terapistine aktarım yapar.

Terapist, danışanın ya da grubun ortaya koyduğu ürünlerin nasıl olacağı yönünde beklentiye girebilir, ürünleri beğenmeyebilir, danışanların çalışma sürecinden sıkılabilir. Bu durum, terapistin oluşturduğu karşı aktarımdır.

2.13.13. Savunma mekanizmaları

2.13.13.1. Süblimasyon

Sağlıklı savunma mekanizmasıdır. Toplumca kabul edilmeyen duygu, düşünce ve hayaller kabul edilebilir hale getirilir. Sanat, bu duruma estetik açıdan yol açar. Yüceltmenin içinde uğraşılan nesne, hedef ve hedef için gösterilen çaba olmak üzere üç değişken vardır.

2.13.13.2. Sembolizasyon

İç dünyanın sembollerle dışarı yansıtılmasıdır. Üç tür sembol vardır. Bunlar; deneyimlere dayanan ve zihinde şema oluşturan kişisel semboller, kültürel öğeleri ifade eden geleneksel semboller, kültürden bağımsız olarak herkesçe aynı şeyi ifade eden evrensel sembollerdir.

Sembolizasyon için danışan gerçek ile sembolü ayırt edebilir haldeki zihin yapısına sahiptir.

Terapist için esas konu, sembollerini danışanın gözünden anlamlandırmaktır.

2.13.13.3. Yansıtma

Kişinin kendi bilinçdışında olanı başkasına atfedmedir. İçsel çatışmalar sanatsal malzemelerle somutlaştırılır. Böylece; soruna dışarıdan bakma fırsatı bulunur. Kişi ortaya koyduğu üründen zevk alıyorsa mutluluk duyar ve süreç kendinden memnun olmayla sonuçlanır. Bu olumlu özdeşleymdir. Ters durumda sanat ürününe yönelik memnuniyetsizlik varsa kişi kendi için acı duyabilir. Bu olumsuz özdeşleymdir. Olumsuz özdeşleymde kişi gerçek nesnelere anlamlarından kaçmak ister ve soyutlamaya başvurur. Buradaki amaç kendi huzurlu alanını oluşturmaktır.

2.13.14. Estetik Mesafe

Estetik mesafe, duygusal yüklerin dışarı vurumuyla kişi ve duygular arasında oluşan mesafedir. Duygusal sıkıntı somutlaştırılarak dışarı atıldığı için kişinin kendisine ait olmaktan çıkar ve duygular kişiyi tehdit etme gücünden uzaklaşır. Bu uzaklaşma, kişinin duyguları ve düşünceleri hakkında konuşmayı kolaylaştırır. Çünkü; duygu ve düşünceler kendine ait değildir. Kişi nesnelere ile kendi güvenli alanını oluşturmuştur. Grup içindeki paylaşımlar, nesneye yönelik yorumlar kişinin benliğini tehdit etmez. Estetik mesafe, sanat terapisinde farkındalığın kazandırılması için kritik öneme sahiptir.

2.14. SANAT TERAPİSİ VE BEYİN

Sanat terapisinin kullanımında bilinmesi gereken en önemli konu sağ ve sol beynin işleyiş biçimidir. Sol beyin analitik işlemlerin yapımında baskınken, sağ beyin sezgisel süreçlerde aktif rol alır. (Lusenbrik, 2004).

Sağ beyin içgüdüsel işler ve sözsüz ifadeleri, duyguları daha bütünsel olarak değerlendirir. Sol beyin ise okuma, yazma, dili anlama, bilgileri analiz etme işlevlerini yürütür. Travmalarla başa çıkmak için sağ beyin kilit anahtardır.

Korku duygusunda amigdala önemlidir ve korkunun nasıl oluştuğuna odaklanmak daha çok sağ beynin aktive olmasını sağlar (Pink, 2005).

Sanat terapisinde dokunmaya dayalı etkinlikler beynin neokorteks, bazal ganglionlar ve limbik sistem bölümlerini etkiler (Lusenbrik, 2004). Sanatın içinde bulunan görsel malzemeler ilk başta renklere ve eylemlere duyarlı olan hücrelerin bulunduğu oksipital lobu etkiler (Carlson, 2001).

Sanat terapisinde nöronlar arasındaki bağlantılar kuvvetlendirilerek bireyin problem çözme becerisi geliştirilmiş olur (Lusenbrik, 2004).

Sanat terapisi eylem odaklı bir terapi çeşidi olup; motor aktiviteler premotor korteks, prefrontal korteks ve primer motor kortekste işlenir (Hass and Loya, 2008).

Bolwerk et al. (2014) yaptığı çalışmada sanat terapisinin beynin parietal lobunu geliştirdiğini ve beyindeki değişimlerin strese dayanıklılığı artırması gibi psikolojik değişimlere de katkı sağladığını ortaya koymuştur.

2.15. SANAT TERAPİSİNİN TARİHÇESİ

Sanat, Selcuklu döneminden itibaren tedavi aracı olarak kullanılmaktadır. Sanatın bir tedavi aracı olduğu Evliya Çelebi' nin Seyahatname ve İbn-i Sina' nın Kanun eserinde açıklanmıştır (Toker, 2005). Sanatın terapi olarak kullanılabileceği görüşü 1940' larda başlamış ve profesyonel olarak sanat terapisi kullanımı 1960' larda oluşmuştur (Spaniol, 2001).

Killick (1993)' e göre; sanat terapisinin 3 ana dönemi vardır:

Birinci Dönem

1930' lar ile 1950' ler arasında gelişen dönemdir. Sanat hastane ortamında ilk kez tedavi edici bir terapi olarak kullanılmıştır.

Sanat terapisi yaklaşımı Avrupa' da II. Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkmıştır. Sanat, başta ordu mensubu kişilerin olmak üzere savaşta travmatize olmuş kişilerin rehabilitasyonu için kullanılmıştır.

Sanatın, akıl hastanelerinde kullanılmaya başlaması bu dönemdedir. Sanat terapisinin bu dönemdeki amacı, hastanın dışavurma yöntemiyle rahatlamasını sağlamaktır. Hastaların rahatça çalışabilecekleri bir mekan hazırlanmış, resim malzemeleri ve masası kurulmuştur. Terapistler bu dönemde gözlemde kalmış ve hastalar müdahale edilmeden resim yapmak için yönlendirilmiştir.

İkinci Dönem

Sanat terapisinde ikinci dönem 1960' lar ile 1970' ler arasındadır. İngiliz sanat terapistleri derneğinin kurulmasıyla hümanistik temelli terapötik düşünce desteklenmiştir.

Sanat terapisi, bu dönemde özellikle Jungien yaklaşımı olmak üzerepsikanaliz etkisindedir. Freudyen anlayışındaki dili önemseme yerine psişenin ortaya koyduğu ürün önemlidir. Akıl hastalığı, psikolojik bir yıkım olarak değil; zihnin derinlerindeki içsel doğayı ortaya çıkarmak için aracı bir süreç olarak görülmüştür.

Üçüncü Dönem

1980' lardan günümüze uzanan dönem ise sanat terapisinin üçüncü dönemidir. Sanat terapistlerinin çalışmaları daha profesyonel hal almıştır.

Sanat terapistleri, yaptıkları çalışmaların oyalama anlayışından farklı olarak bir iletişim kurma, duygusal boşalım ve serbest çağrışım yaklaşımı olduğunu savunmuştur.

Sanat terapisindeki genel tedavi anlayışının terapötik yaklaşımla nasıl bütünleştirileceğini cevaplandırmak sanat terapistlerinin asıl hedefi olmuştur

2.16. SANAT TERAPİSİNİN HEDEFLERİ

Göktepe Kaya (2015)' ya göre; sanat terapisinin hedefleri şu şekildedir:

- Tedaviyi işbirliğiyle sürdürmek. Danışan ve terapist arasında terapötik birlikteliğin olmasını sağlamak.
- Güvenli ortam oluşturmak.
- Oluşturulan güven ortamında danışana katarsis fırsatı tanımak.
- Danışanı hastalığıyla ilgili oluşabilecek engeller konusunda bilinçlendirmek ve relapsı önlemek.
- İşlevsiz savunma mekanizmalarını işlevsel olanlarla değiştirmek.
- Danışanın sosyal işlevselliğinin kazanmasına yardımcı olmak.
- Sanatsal etkinliklerle olaylara üçüncü bir gözle bakma olanağı tanımak.
- Danışanın günlük yaşam aktivitelerini tek başına sürdürebilmesine katkı sağlamak

2.17. SANAT TERAPİSİ TEKNİKLERİ

2.17.1. Mandala

Mandalalar doğanın her köşesinde mevcuttur. Bir domatesin içi, ayçiçeği, zebranın çizgileri, ağacın gövdesindeki çizgiler doğal mandalalardır (Chaudhary,2012).

Chaudhary (21012)' ye göre mandala, Sanskritçe çember anlamına gelen bir sözcüktür. Bu çember; ruhsal bütünlüğü, tamamlanmayı ve rahmi temsil eder. Çemberin içindeki her sembol, evreni ve insanın sahip olduğu ya da olmadığı diğer her şeyin temsilidir. Jung'a göre mandalalar, insanın ruhunda yolculuğa çıkmış gemiler gibidir.

Mandala yapım süreci, kişinin kendini keşif sürecidir. Kişi içsel konuşmayla kendi farkındalığını yakalar, korkularını anlamlandırır, duygularına nedenler bularak kaygısını azaltır. Bu yüzden mandala bir çeşit sanatsal gevşeme çalışması ve meditasyondur (Chaudhary, 2012).

2.17.2. Fotoğraf

Fotoğrafın terapide kullanımı, fotoğrafın icadından yaklaşık 20 yıllık bir süre içinde, 1800' lü yıllarda başlamıştır (Weiser, 2001).

Herhangi bir şeyi fotoğrafa geçirmek, ona sahip olmayı istemekle eşdeğerdir. Kişi kendisi ve dış çevre arasında bir ilişki kurarken kendi duygularını da etrafa yansıtmaya olanağı bulur. Fotoğrafa hangi olayların ya da durumların kaydedileceğini seçme kişinin isteğine bağlıdır (Sontag, 1999).

Fotoğraf, yaratıcılık becerisi aracılığıyla kişinin kaygı düzeyini kontrol altına almasına yardımcı olmaktadır. Fotoğrafın terapötik iletişimde kullanılmasındaki amaç; özgüvenin gelişmesini, kendini ifade etmeyi ve iyilik halinin gelişmesini sağlamaktır (Weiser, 2001).

Weiser (2001)' a göre; fotoğrafın terapide kullanılmasına yönelik beş teknik vardır:

a- Danışan tarafından çekilen ya da yapılan fotoğraf

Danışan, farklı insanların fotoğrafını çeker ya da dergi, gazete, internet, photoshop gibi araçlarla fotoğrafı tasarlar.

b- Başkası tarafından danışanın resminin çekilmesi

Bu yöntemde spontanite ön plandadır.

c- Kişisel portreler

Danışanların kendilerini resmettikleri fotoğraflardır. Burada tam bir gerçeklik olabildiği gibi metaforik bir kullanım da olabilir. Tüm kontrol danışanın kendindedir.

d- Aile albümleri ve yaşam öyküsünü yansıtan fotoğraf koleksiyonları

Ailenin oluşumunu, aile seçimlerini bir hikaye gibi anlatan fotoğraflardır. Bu fotoğraflar genellikle buzdolaplarında, evin duvarlarında, çalışma masasının üzerinde bulunur.

e- Projektif fotoğraflar

Danışanın herhangi bir fotoğrafı incelemesi, onu kendi içsel süreçlerine götürür. Fotoğrafın anlamı, hikayesi danışan tarafından oluşturulur. Bu nedenle, bu yöntem fenomenolojik bir yapıya sahiptir.

2.17.3. Sinema

Sinemada kişi kendi hayat hikayesine benzeyen oyuncu ve olaylarda kendi bulur. Terapide sinemanın kullanımı bibliyoterapi tekniğinin kullanımına benzer. Sinemaların kullanımı, okumaya dayalı kaynakların kullanımına göre daha çok tercih

edilir durumdadır. Bunun nedeni, okumanın izlemeye göre daha uzun sürmesi ve film izlemenin okumaya oranla daha çok tercih edilir olmasıdır. Kişi okuyarak anlatılmak isteneni zihninde canlandırır. Sinema ise görme ve duymaya dayalı duyulara hitap ederek anlatılmak istenenleri daha çabuk kavratır (Gençöz ve Aka, 2007).

Sinemanın terapide kullanımına dair ilk çalışma Berg-Cross et al. (1990)' e aittir ve sinema, sanatın bir alt dalı olup tek başına bir teknik olarak kullanılmaz. Filmler, başlı başına bilimsel bir tedavi olmadan, bilimsel tedavi sürecine katkı sağlayan bir sanat dalıdır (Wu, 2008).

Filmlerin etkileri şu şekilde ortaya çıkar (Gençöz ve Aka, 2007):

a- Özdeşleşme

Kişi izlediği konu ve oyuncu hakkında kendiyile benzerlikler bulur. Bu benzerlik ya da özdeşleşme sayesinde izleyici, oyuncunun düşünce ve davranışlarına daha dikkatli olur. Bu sayede izleyici kendiyile karşılaştırmalara başlar ve kendini daha çok sorgulayarak güçlü ve zayıf yönlerini keşfetmeye adım atar.

b- Katarsis

Özdeşleşmenin gerçekleştiği karakterin düşünce ve davranışlarının yanısıra onun duygularına da dikkat edilir. İzleyici yine keşfetme sürecindedir ve duyguları keşfetme yoluyla bilinç düzeyine taşınır. Kişi, belki de daha önce yaşayamadığı duyguları tatma olanağı bulur.

c- İçgörü

Özdeşim kurulan karakterin sorunları nasıl çözdüğüne dikkat edilir. İzleyici, kendisi için risk faktörü oluşturmayan koşullarda başka çözüm yolları keşfetmiş olur. Özellikle, oyuncu sorunu etkin bir biçimde çözüme ulaştırıyorsa bu durum izleyici için rol-model olabilir. Kişi, kendi hayatı ve farklı çözüm yolları konusunda içgörü kazanarak bu kazanımları yine kendi yaşantısına adapte edebilir.

d- Bütünleşme

İzleyici bu aşamada sorunlarının çözümünde umut kazanmıştır. Sorunların çözülebilirliğini fark etmiştir. Olayların diğerleri tarafında da yaşanabileceğini görerek yalnızlık duygusundan ayrılmıştır.

Schulenberg (2003)' e göre; filmler terapi sürecinde kullanışlı yöntemler olsa da bu tekniğin etkililiği deneysel çalışmalarla daha çok ispatlanmaya ihtiyaç duymaktadır.

2.17.4. Kil

Kil, prehistorik tarih döneminden itibaren çeşitli sembolik ürünlerin yapımı için kullanılmıştır. Psikoterapide ise kilden ortaya konan ürünler, zihin dünyası ve sanat malzemesi arasındaki bağlantıyı temsil eder. Bu bağlantı sanat terapisinin merkezindeki konudur ve kişinin ruhsal dünyasını yansıtır (Sholt and Gavron, 2006).

Sholt and Gavron (2006)' a göre; kil çalışmalarının etkin sonuçlar verebilmesi için oldukça fazla zaman ve çaba gerekir. Uygun koşullarda dizayn edilen kil çalışmalarında ise temel olarak altı etkili alan vardır:

a- Duygu ifadesini kolaylaştırma

Güçlü ve toplumda ortaya konması zor olan duygular, kil yapımının eyleme dayalı olması avantajı ile rahatlıkla ortaya konabilir. Örneğin; öfke açıkça ifade edilebilir ya da atma, bıçaklama, tırmalama gibi çeşitli eylemlerle açığa çıkartılabilir.

b- Katarsis Olanığı

Düşünceler, duygular ve fanteziler kile aktarılır. Kilin üç boyutlu bir ürüne dönüşmesi, kişinin duygusal ihtiyaçlarının daha gerçekçi bir şekilde karşılanmasına katkı sağlar.

c- Bilinçdışı ürününü anlamlandırma

Geçmişe ait hisler, anılar, hayaller şimdiye getirilir. Ürünün ortaya konması sonrasında terapist ve danışanın iletişim kurarak bilinçdışına yeni anlamlar kazandırılır.

d- Derin duyguların keşfedilmesini kolaylaştırma

Duyguların anlatılmayan yanları vardır ve kil çalışması duyguların alttaki anlamlarını ortaya çıkarma konusunda sözel yöntemlere oranla daha güçlüdür.

e- Sözel iletişimi kolaylaştırma

Sembolik bir ürünün varlığı ne konuşulacağı konusunda yol göstericidir ve danışanın terapistle kuracağı işbirliğini artırır.

f- Psikolojik öğelerin somutlaştırılması

Kişi içinde bulunduğu durumları somut bir nesneye aktarır ve duygular, düşünceler, hayaller bu nesnede tasvir edilmiş olur.

2.17.5. Müzik

Evrendeki her madde titreşim halindedir ve kendi frekansını oluşturur. Bu titreşim, bir sesin oluştuğunu da gösterir. Ancak; insan kulağı belli bir desibele kadar bu sesi duyar ya da duyamaz (Emoto, 2006). Emoto (2005)' ya göre; iki şeyin aynı frekansta olmasıyla rezonans (tınlama) oluşur. Bedende var olan tınlamadaki uyumsuzluklar hastalıkları oluşturur. Müziğin sağlığa etki etmesinin temeli bedendeki uyumsuz tınlamayı dışarıdan bir ses müdahaleseyile dengeli hale getirmektir.

Müziğin tedavide kullanılması, 2500 yıl öncesine kadar dayanır. Müziğin tarihçesi incelendiğinde tedavi amaçlı olarak Anadolu'da kurulan ilk medeniyetlerde, Antik medeniyetlerde, Çin' de, Mısır' da, Orta Asya Türkleri' nde, Ortaçağ Avrupa' sında, İslam Medeniyetleri' nde, Selçuklu ve Osmanlılar' da kullanıldığı görülmektedir (Tanrıöver, 2010). Müziğin psikolojik değişimlere neden olduğu araştırmalarla ortaya konmaktadır (Sezer, 2011). Müzik beynin sağ ve sol olmak üzere iki lobunun da etkin şekilde çalışmasını sağlar (Koçyiğit, 2011).

Müzik, grup kohezyonunu oluşturmak için etkili bir araçtır. Müzik dinleme ve şarkı söyleme çalışmalarının grup içi güven duygusu ve iletişim başlıklarının gelişmesine katkı sağladığı yapılan çalışmalarda açıklanmıştır (Gaston, 1968).

Göktepe (2015)' ye göre müziğin terapide kullanılma biçimleri şu şekildedir:

a) Reseptif teknik

Müziği dinleme mevcuttur. Terapist aktiftir. Sözsüz müzikler seçilir. Yönlendirilmiş imgelem, nefes ve gevşeme egzersizleri kullanılır.

b) Rekreatif teknik

Müzik eğlence içindir. Danışana yaşam sevinci kazandırmak, duygu durumunu iyileştirmek amaçlanır.

c) Kompozisyon tekniği

Beste yapımı mevcuttur. Sözler danışan tarafından oluşturulur. Şimdi ve burada ilkesiyle soruna bakılır.

d) Emprovizyon tekniği

Terapist bir enstrümanla müziği oluşturur ya da hazır parçaları kullanır. Amaç; 80 desibeli aşmayan seslerle danışan için rahatlama ortamı oluşturmaktır.

e) Nörolojik müzikle terapi:

Müzik ile beyin bölgelerinin hangi davranışlara yol açtığı incelenir.

2.13.15. Dans

Dansın terapide kullanımı 2.Dünya Savaşı sonrası Marian Chase ile başlar (Shelley, 1993).

Hareketler aracılığıyla sözsüz iletişim kurmak, hareket repertuarını genişletmek ve bastırılmış duygular ile sıkıntılı durumun dışa atımı amaçlanır. Şimdi ve burada ilkesiyle çalışır. Grup üyeleri birbirlerinin hareketini taklit edebilir, karşılıklı hareketleri dönüştürebilir ya da harekete karşılık hareketle uygun cevabı verebilir. Hareket repertuarının genişliği ile olaylara sunulan bakış açısının çeşitliliği doğru orantılıdır. Birey, dans aracılığıyla içgörü ve beden farkındalığı kazanır (Göktepe Kaya, 2015)

2.13.16. Kukla

Kuklanın terapide etkin kullanımı 1935 yılında başlamıştır (Bernier, 1983). Kukla, grupla yapılan sanat terapisinde kullanılacak bir tekniktir. Kukla yapmak ve onu konuşurmak sosyalleşme, kendini ifade etme ve duygusal çatışmaları çözümüde yolunda kişiyi cesaretlendirmektedir. Kukla, projektif bir araç olması yönüde korkuların, kaygıların ve çatışmaların ortaya çıkarılması için kişiyi teşvik edicidir. Ayrıca; insan hayallerini ve arzularını kuklalar aracılığıyla somutlaştırmış olur, böylece neleri dilediğini görme fırsatı bulur (Woltmann, 1951).

2.13.17. Yaratıcı yazı ve şiir (Biblioterapi)

Yazılı kaynakların psikolojik sağaltım amacıyla kullanımı 1930'larda başlamıştır (Öner, 2007).

Biblio, Yunanca kitap anlamındadır. Tekniğin amacı, bireyin sorununu evrenselleştirmek ve bu yolla bireye kendi konusunda yalnız olmadığı mesajını vermek, duygusal baskıyı hafifletmek, problemin çözümünde alternatif yolları göstermek, soruna başka açılardan bakma olanağı tanımaktır. Seçilen kitaplar bireyin kültür seviyesine uygun, kitaptaki kültürel bilgiler doğru, sorun içerikle uyumlu olmalıdır. Eğer; şiir kullanılacaksa da terapist danışanın duygularını sembollerle ifade edebilmesi için güvenli ortamı oluşturmalıdır. Grup içinde sesli bir okuma olacaktır terapist bu teknikte

ara ara yönlendirici sorularla danışanın bu okumasını durdurur, üyelerin soru sorması, konuşması için onları cesaretlendirir (Götepe Kaya, 2015).

2.13.18. Maske

Maske yapımı kullanışlı bir sanat terapisi aracı olup temeli Jung' un persona ve gölge kavramına dayanır. (Malchiodi, 2010). Persona, hayat sahnesinde insanların yüzlerini taktığı maskedir ve kişiliği yönlendirir. Persona, kişinin gerçekte olmayıp başkalarınınca düşünüldüğü kimliktir (Stevens, 1999). Gölge ise, bireye ait bilinçdışıdır. Toplum normlarına ve ideal benliğe uygun olmayan her türlü duygu ve istektir. Kişi bu arzuları bilmek istemez (Fordham, 2001).

Dışavurumcu bir sanat olan maskeler, terapi ve tedavi çeşidi olup Landy (1986)' ye göre; kişinin kendi kimliğini grup içinde özgürce ifade etmesi ve sosyal rollerini ortaya çıkarması için aracıdır. Moon (2010)'a göre; maskeler yapıldıktan sonra terapist gruba maskelerini takarken ne hissettiklerini, toplum içinde takmak zorunda oldukları maskelerin neler olduğu, diğer maskelere yönelim konusunda ne düşündükleri gibi sorular sorarak paylaşım sürecini başlatır.

2.13.10. Resim

Duygu ve düşünceler resim aracılığıyla somut işaretler olarak yansıtılır. Yavuzer (1992)' in belirttiği gibi; resme yansıyanlar bilinçdışıdaki istekler ve korkulardır.

Malchiodi, (1998)' ye göre; yetişkinler yaşamlarının kritik noktalarına geldiğinde bedensel güçleri olduğu müddetçe resim yapmaya yoğun ilgi duyarlar. Özellikle ölümle ilgili konularda kişi kendinde bir baskı hissederek o ana dek kullanmadığı ifade tarzlarına başvurur.

Resme yansıyan her şeyin bir anlamı vardır. Buna renkler de dahildir. Resimdeki renkler hisler hakkında ipucudur (Ganim, 1999):

- Kırmızı: Doğum, ateş, sevgi, öfke, tutku
- Turuncu: Sıcaklık, enerji, güç, yabancılık, tahsizlik
- Sarı: Bilgelik, sezgi, umut, zenginlik, maskülenite
- Yeşil: Doğurganlık, doğa, kıskançlık, yaratıcılık

- Mavi: Spirüüelitate, gevşeme, sakinlik, temizlik, bağılılık
- Siyah: Boşluk, gizem, ölüm, depresyon, bilinçsizlik hali
- Kahverengi: Üzüntü, yeni başlangıçlar, köken, değersizlik
- Beyaz: Saflık, oluşum, temizlik, berraklık, zamansızlık
- Mor: Heyecan, diriliş, paranoya

2.13.11.Kolaj

Kolaj, farklı görsel materyallerin bir araya getirilmiş halidir. Kişi zihnindeki parça parça düşünceleri, duyguları bir bütün haline getirir. Kolaj çalışması sanat terapisi çalışmalarındandır (Johnson and Sullivan, 2006). Kolaj çalışmasında ortaya çıkan ürün, o ana dek oluşan tecrübeler ve andaki hislere bağlıdır. Çalışma sürecinde alınan kararlar, özerkliğin yeniden kazanılmasını sağlar. Bu özerkliğin deneyimlenmesi ve kişisel kararlılığın desteklenmesi, çalışmanın konusuyla ilişkili değişimleri ortaya çıkarır. Çalışma sonunda bireyler kendilerini dengelenmiş hisseder (Hopf, 2014).

Lerner (1979)' a göre, kolaj çalışması konuya ilişkin anlama sürecini değerlendirmek için kullanılan bir tekniktir.

Kolaj yapımı bittikten sonra terapist üyelere neden o resimleri seçtiklerini, kendi çalışmalarının vermek istediği mesajı, kişisel kolajın diğer kolajlardan benzer ya da farklı yanlarının ne olduğunu sorarak paylaşımı başlatabilir.

2.13.12.Drama

Stanislavski, Brecht, ve Grotowski drama terapinin öncüsü olarak bu tekniği 1960'lerde kullanmaya başlamışlardır. (Kedem and Kellermann, 1996).

Drama terapisindeki bir seans süreci şu aşamalardan oluşur (Meyer, 2010):

a) Giriş

Terapist üyelerin drama sürecine hangi konuyu getirdiğinden haberdar olur ve grup üyelerinin varlığını, nasıl olduklarını kolaçan eder.

b) Isınma

Grup üyeleri sahneleme aşaması için hazırlanır. Isınma egzersizleriyle üyeler zihnen ve bedenen o gün çalışmak istedikleri konuya ısınır.

c) Sahneleme

Sürece ısınmış üyenin konusu bir alan için canlandırılır. Canlandırma sürecinde kullanılan teknik rol almaz. Metaforik konular, filmler, hikayeler sürecin akışını kolaylaştırabilir.

d) Paylaşım

Sahnelemesi gerçekleşen üye süreci değerlendirir. Sahnelemenin gerçek yaşantısıyla ilişkisine bakar. Bu aşama üyenin şifalandığı süreçtir. Bu nedenle, üye paylaşım için cesaretlendirilir.

e) Kapanış

Seansın baştan sona değerlendirilmesidir. Bir özetleme vardır. Tüm grup üyeleri bu süreçte aktiftir.

2.18. SANAT TERAPİSİ SEANSININ KURGULANMASI

2.18.3. Isınma egzersizleri

Sürece ve konuya psikolojik ısınma vardır. Sanatsal uygulamalar için temel oluşturulur. Meditasyon, yönlendirilmiş imgelem, nefes egzersizleri, serbest yürüyüş bu aşamada kullanılabilecek tekniklerdir. Isınma sürecindeki amaç kişinin kendine dönmesini sağlamaktır (Göktepe Kaya, 2015).

2.18.4. Yönerge ve sanat uygulaması

Konuya uygun sanat etkinliği seçilir. Bu seçim dans, resim, müzik vb. her tür teknikte olabilir. Sanat malzemeleri konuya uygun olarak kullanılır. Uygulama aşamasına geçerken danışana yardımcı olacak rehber niteliğindeki yönerge verilir. Bu aşamada danışan ne yapacağından, nasıl bir yol izleyeceğinden haberdardır (Göktepe Kaya, 2015).

2.20.3. Çemberde paylaşım ve kapanış

Sanat uygulamaları bittikten sonra grup bir çember oluşturur. Çember, Jung' un mandala arketipine yüklediği anlamlardır ve bütünlüğü, dengeyi temsil eder. Metaforik olarak çember, grubun güvenlik alanını oluşturur. Uygulama aşamasında katarsisle sembollere dökülen ifadeler, paylaşım aşamasında sözel yolla anlamlandırılır. Paylaşım aşaması, sanat terapinin tek başına sanattan ayrıldığı basamaktır. Bu aşama, kişinin ortaya konan ürüne bakıp yeni bir anlamlandırma süreciyle içselleştirme yaşamasıdır (Göktepe Kaya, 2015).

2.21.SANAT TERAPİSİNİN UYGULAMA ADIMLARI

Göktepe Kaya (2015)' ya göre; sanat terapisi uygulaması sırasıyla hazırlık, danışanın özel durumlarına göre hedefler oluşturma, terapinin uygulanması, danışanın ihtiyaçlarının ne olduğunu tespit etme, konsültasyon, danışanın terapide öğrendiklerini günlük hayatına adapte etmesi ve tedavi sonrası danışandaki gelişmeyi takip etme aşamalarından oluşur.

2.20.1. Hazırlık

Terapinin nerede yapılacağı, hangi malzemelerin kullanılacağı, malzeme temini konularını içerir.

2.20.2. Danışanın özel durumlarına göre hedefler oluşturulması

Hastalığın türünün ne olduğu, terapi sürecini sekteye uğratabilecek bireysel özelliklerin tespiti ve danışanın sanata olan ilgisi hakkındadır.

2.20.3. Terapinin uygulanması

Sanat etkinliklerinin yapımı, sözel paylaşım ve kapanış sürecini içerir.

2.20.4. Danışanın ihtiyaçlarının ne olduğunun tespit edilmesi

Yaşam olayları hakkında fikir alma, ego işlevlerinin tespiti hakkındadır.

2.20.5. Konsültasyon

Sanat terapi etkinliğini sürdüren tüm uzman grubu, tedavi sürecinin birey için nasıl geçtiğine yönelik görüş bildirir. Bu uzmanlar; psikolog, psikiyatrist, hemşire vb. çalışmalar olabilir.

2.20.6. Danışanın terapide öğrendiklerini günlük hayatına adapte etmesi

Danışanın terapide öğrendikleri terapi olmadığı zamanlarda da uygulamaya geçer. Edilen bilgiler günlük hayat için uygulama aşamasındadır.

2.20.7. Tedavi sonrası danışandaki gelişmenin takip edilmesi

Tedavi sonrasında danışanda ne kadar kalıcı bir değişim olduğu belirli aralıklarla takip edilir. Tedavinin danışandaki etkisi gözlenir.

2.20. SANAT TERAPİSİNİN KULLANIM ALANLARI

Sanat terapisinin uygulanma süreci çalışma konusuna göre değişkenlik gösterir. Kanseri hastaları için sekiz haftalık (Monti et al., 2006); psikiyatrik rehabilitasyon sürecindeki hastalar için beş aylık (Coşkun vd., 2010); hiperaktivite ve öfke kontrolsüzlüğü için 20 haftalık (Felicity and Carolyn, 2006); duygularla başa çıkma becerisi kazandırmak için beş haftalık (Behrens, 2008) farklı uygulamalar mevcuttur.

Sanat terapisi tıbbın, tamamlayıcı ve bütünleyici halidir (Malchiodi, 2003). Bu yönüyle sanat terapisi, ruh sağlığı alanında farklı yaş ve konularda çalışma alanı bulur.

Otizm konusunda uygulanan sanat terapisi çalışmasında (Epp, 2008), 11-18 yaş aralığındaki bireylerin davranış puanlarında istenen sonuçların ortaya çıktığı tespit edilmiştir.

Madde bağımlılığı konusuyla yapılan sanat terapisi çalışmasında (Julliard, 1995), bireylerin düşünce ve duygu durumu arasındaki dengesizlik çalışma sonunda daha uyumlu hale gelmiştir. Bağımlılık konusunda sanat terapinin kullanımına örnek diğer çalışmalar Adedoyin et al. (2014) ve Springer et al. (1992)' e aittir.

Hapishanelerdeki tutuklularla yapılan sanat terapi uygulamaları ile depresyon oranının azaldığı (Gussak, 2009); verimliliğin arttığı (Ferszt et al., 2004); benlik saygısının yükseldiği (Hartz and Thick, 2005); hayal kırıklıklarının azaltılarak kendini olumlu halleriyle tanımlama özelliklerinin arttığı (Persons, 2009) tespit edilmiştir.

Parkinson (Elkis et al., 2013); obezite (Anzules, 2007); epilepsi (Anschel et al., 2005); astım (Beebe et al., 2010); HIV (Field and Kruger, 2008); kronik ağrı (Palmer and Shepard, 2008); kanser (Wood et al., 2011); tükenmişlik sendromu (Solzano, 2013) gibi farklı hastalık konularında sanat terapisinin etkililiği ortaya konmuştur.

Sanat terapisi anksiyete ve stres konularında da tedavi edici bir yöntemdir. Bu konuda; Mercer et al. (2010) tıp öğrencileri ile; Wallace et al. (2004) 6-21 yaş grubu ile; Walsh et al. (2005) lise öğrencileri ile sanat terapisi çalışmaları yaparak olumlu duyguların arttığı sonucu ortaya konmuştur.

Sanat terapisinin gruba uygulanabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Crawford (2010) şizofrenilerle ile; Green et al. (1987) ayaktan tedavi gören kronik hasta grubu ile; Montag et al. (2014) akut psikoz hasta grubu ile; Jang and Choi (2012) düşük sosyo ekonomik gelirli kategorisinde yer alan ergenlerle; Pretorius and Pfeifer (2010) cinsel istismara uğramış kızlarla grupla sanat terapisi çalışmaları sürdürerek çalışmaların etkin sonuçlar verdiğini ortaya koymuşlardır.

Sanat terapisi anksiyete (Rahmani and Moheb, 2010); korku (Landreth, 2009); doğum (Campell, 2002); gevşeme (Muller et al., 2012); depresyon (Pehrsson and McMillen, 2007) konularında etkin sonuçlar vermektedir.

Anne ve çocuklar ile birlikte uygulanan sanat terapi çalışmalarında Ponteri (2001) anne çocuk ilişkisinin kuvvetlendiğini, benlik saygısının arttığını ortaya koymuştur. Arroya (2013), ayları 1 ile 52 arasında değişen bebek ve çocuklar ile aileleri arasındaki 20 haftalık sanat terapisi çalışması sonucunda ebeveyn çocuk ilişkilerinin

güçlendiği, bağlanmanın arttığı sonucuna ulaşmıştır. Choi and Goo (2012), 6' şar kişilik çalışma ve kontrol grubu oluşturmuş ve anneler 2 ile 12 yaşlarında bulunan çocuklarıyla aynı grupta yer almıştır. 16 haftalık grupla sanat terapisi çalışmasında çalışma grubundaki annelerin çocuk yetiştirme davranışlarının daha sakin ve hoşgörülü olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.21. GEBELİKTE SANAT TERAPİSİ ÇALIŞMALARI

Swan-Foster (1989), hamilelerle ilgili çalışmasında sanatı kullanmıştır. Anne adaylarının kendilerini nasıl hissettiklerini anlayabilmek için kişisel portrelerini çizdirmiş olup, çalışma sonunda anne adayları iç gerilimlerinde rahatlama olduğunu ifade etmiştir.

Bir başka çalışmada, resim çizme ile yapılan sanat terapisinin kaygı, stres, depresyon gibi konular için kullanışlı bir yöntem olduğu ortaya konmuştur (Swan-Foster et al., 2003).

Shin (2010), sanat terapisinin hamilelik sürecindeki etkisine dikkatçerek yaptığı grup terapisi çalışmasında, anne adaylarının grup atmosferi içerisinde diğer grup üyeleri tarafından desteklenerek kendilerinden daha emin hale geldikleri, maternal bağlanmanın arttığı, kaygının azaldığı sonucuna ulaşmıştır.

371 kadının yer aldığı çalışma ve kontrol grubundaki bir çalışmada (Rouhe et al., 2009), çalışma grubu randomize seçim ile oluşturulmuş ve bu grupla 6 seans süren grup terapisi sürdürülmüştür. Çalışma sonunda doğum korkusunun ve postnatal depresyonun azaldığı ortaya konmuştur.

Chang et al. (2008) 116' sı çalışma, 120' si kontrol grubu olmak üzere yürüttükleri iki haftalık çalışmada müzik kullanılmıştır. Çalışma sonunda anne adaylarının depresyon ve anksiyete düzeyleri azalmıştır.

232 kişilik bir hamile grubunun 117 kişilik çalışma grubuna 25 gün boyunca 30'ar dakika müzik dinletilmiş ve anne adaylarının anksiyete düzeyleri anlamlı düzeyde azalma göstermiştir (Shin and Kim, 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma nicel türdedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Eğitim Okulu bölümünde 12 Şubat 2016 ve 18 Mart 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Eğitim Okulu' na gebe eğitimi almak için başvuran gönüllü gebeler arasından 15 kişilik çalışma grubu ve 15 kişilik kontrol grubu oluşturulmuştur.

3.4. Araştırma Örneklemi Dışlama Kriterleri

- Riskli gebelik tanısı almış olanlar
- İşitme engeli olanlar
- Görme engeli olanlar
- 28 haftalık öncesinde gebeliği olanlar
- Miad aşımında olanlar
- 38 hafta doğumun başlayabileceği başlangıç haftası baz alınarak, 6 haftalık seansları tamamlayamayacak gebelik haftasında olanlar (28-29-30-31-32 haftalık gebeler harici)
- Herhangi bir psikiyatri tanısı almış olanlar
- Halihazırda bir başka terapötik tedavi sürecinde olanlar
- Nörolojik bozukluğu olanlar

- Psikiyatri ilacı kullananlar
- Doğuma hazırlık eğitimine katılanlar

3.5. Araştırma Örneklemine Dahil Etme Kriterleri

- Riskli gebelik tanısı almamış olanlar
- İşitme engeli olmayanlar
- Görme engeli olmayanlar
- Gebelik haftası 28-29-30-31-32 olanlar
- Herhangi bir psikiyatri tanısı almamış olanlar
- Halihazırda bir başka terapötik tedavi sürecinde olmayanlar
- Nörolojik bozukluğu olmayanlar
- Psikiyatri ilacı kullanmayanlar
- Doğuma hazırlık eğitimine katılmamış olanlar

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

- Yaş
- Aile tipi
- Yaşadığı yer
- Eğitim durumu
- Meslek
- Eşin yaşı
- Eşin eğitim durumu
- Gebelik sayısı
- Daha önce geçirilen düşük, kürtaj, ektopik gebelik
- Gebeliğin planlı oluşu
- Gebelik haftası
- Eşin destek düzeyi
- Yakınların destek düzeyi
- Doktorun destek düzeyi

- Doğum hakkındaki düşünce
- Doğum hakkındaki duygu
- Çalışma süresince gebelikle ilgili istenmeyen gelişme
- Çalışma süresince gebelik haricinde istenmeyen hayat öyküsü

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmada öntest-sontest kontrol gruplu deneysel desen (ÖSKD) kullanılmıştır. Büyüözürk (2003)' ün belirttiği üzere, katılımcılar deneysel işlemde önce ve sonra bağımlı değişken ile ölçülmüştür. Bu desen doğrultusunda 15 kişilik çalışma ve 15 kişilik kontrol grubu olmak üzere toplam 2 grup oluşturulmuştur.

Hem kontrol hem de çalışma grubundaki gebelere Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ), Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Kişisel Bilgi Formu uygulamalardan önce öntest olarak, üçüncü seansın sonunda kontrol amaçlı olarak ve altı haftalık uygulama sonunda sontest olarak uygulanmıştır.

6 haftalık uygulama planında her seans öncesi ve sonrası hem kontrol hem de çalışma grubundaki gebelere Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (SUD) uygulanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada tanımlayıcı istatistikler olarak sayı (N), oranlar (%), ortalama (\pm standart sapma), medyan, %25 ve %75. Persantiller kullanılmıştır. Kategorik verilerin analizleri Ki kare testi veya Fisher ile yapılmıştır. Veriler normal dağılıma uymadığı için bağımsız değişkenlerin analizinde Mann Witney U ve Kruskal Wallis, bağımlı değişkenlerin analizinde ise Friedman 2 way ANOVA testleri ve korelasyon için Spearman kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı

- Araştırma yalnızca 1 çalışma ve 1 kontrol grubuyla sınırlı tutulmuştur.

- Araştırma rneklemi yalnızca Zeynep Kamil Kadın ve ocuk HastalıklarıEğitim ve Araştırma Hastanesi' ndeki gebelerden oluşturulmuştur.
- Çalışma ve kontrol grubu 15' er kişi ile sınırlandırılmıştır.
- Araştırma yalnızca son trimesterdaki gebeleri kapsamaktadır.
- Sanat terapisi tekniklerinden 7' si (Mzık, maske, resim, kukla, kolaj, fotoğraf, mandala) kullanılmıştır.
- Uygulama 6 seanslıktır.
- Bir seans süresi 130 dk. tutulmuştur.

3.10. Veri Toplama Araçları

3.10.1. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi leği A Versiyonu (W-DEQ)

Kadınların doğumdan önceki beklentilerini (Versiyon A), doğumdan sonraki deneyimlerini (Versiyon B) ve genel olarak doğuma yönelik korku düzeyini ölçen bu lek Wijma et al. (1998) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.92 bulunmuştur (Krk, 2009).

Ölçek 33 madden oluşan, 0 ve 5 arasında derecelendirilen altılı likert tipi bir ölçektir. 0 rakamı “Tamamen”, 5rakamı ise “Hiç” ifadelerini belirtmektedir. Ölçek sonunda elde edilebilecek minimum puan 0, maksimum puan165' tir. Puan yükseldikçe doğuma yönelik korku düzeyi artmaktadır. Ölçek dört alt gruptan oluşmaktadır.Bunlar; düşük derecede doğum korkusuna sahip (puan ≤ 37), orta derecede doğum korkusuna sahip (puan 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusuna sahip (puan 66-84) ve klinik derecede doğum korkusuna sahip (puan ≥ 85) gebelerdir. 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31 numaralı sorular negatif yüklüdür ve ters çevrilerek hesaplanmaktadır (Krk, 2008).

3.10.2. Beck Anksiyete leği (BA)

Kişinin anksiyete belirti sıklığını tespit etmek için Beck ve arkadaşları (1988) tarafından oluşturulmuş 21 maddelik 0-3 arasında derecelendirmesi olan likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınacak minimum puan 0, maksimum puan 63 şeklindedir. 8-15 arasındaki puan “hafif düzey anksiyete”, 16-25 arasındaki puan “orta düzey anksiyete”, 26-63 arasındaki puan “şiddetli düzey anksiyete” işaretidir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy vd. (1998) tarafından yapılmıştır.

3.10.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyon riskini ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla Beck tarafından geliştirilen 21 soruluk kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek puanlamasında toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. 0-13 puan “depresyon yok”, 14-24 puan “orta derecede depresyon”, 25 ve üzeri “ciddi depresyon” şeklinde sınıflandırılmıştır (Beck et al., 1961).

3.10.4. Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (SUD-Subjective Units of Disturbance)

Sorunun kişiye ne kadar rahatsızlık verdiğini tespit etmek, somutlaştırmak için Joseph Wolpe tarafından geliştirilen bir derecelendirme ölçeğidir. 0-10 arasında derecelendirilir. Rakam değeri büyüdükçe kişinin yaşadığı rahatsızlık da doğru orantılı olarak şiddetlenmektedir. Ölçek için önemli olan, kişinin bu rahatsızlığı nasıl algıladığını ortaya çıkarmaktır (Sezgin, 2013).

3.10.5. Kişisel Bilgi Formu

Örneklem grubunun kişisel vegebeliğe ait bilgilerini edinmek için düzenlenmiş demografik bilgi formudur.

3.11. Araştırma Etiği

Araştırma izni için 2015 Ekim ayı içerisinde T.C. Üsküdar Üniversitesi' nden etik kurul onayı alınmıştır.

Araştırmanın Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde uygulanabilmesi için de İstanbul Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği' nden 2015 Aralık ayı içerisinde uygulama izni alınmıştır.

3.12. Araştırma Bütçesi

Çalışmanın giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.



IV. BULGULAR

Tablo 1: Katılımcıların demografik özellikleri 1

		Grup			
		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		N	%	N	%
Aile Tipi	Çekirdek Aile	12	80,0%	13	86,7%
	Geniş Aile	3	20,0%	2	13,3%
	Diğer	0	0,0%	0	0,0%
Yaşadığı Yer	Şehir	15	100,0%	15	100,0%
	İlçe	0	0,0%	0	0,0%
	Köy	0	0,0%	0	0,0%
Eğitim Durumu	İlkokul	0	0,0%	0	0,0%
	Ortaokul	0	0,0%	0	0,0%
	Lise mezunu	4	26,7%	4	26,7%
	Üniversite ve üzeri	11	73,3%	11	73,3%
Eşinin Eğitim Durumu	İlkokul	0	0,0%	0	0,0%
	Ortaokul	0	0,0%	0	0,0%
	Lise mezunu	2	13,3%	1	6,7%
	Üniversite ve üzeri	13	86,7%	14	93,3%

Araştırma kapsamına alınan gebelerin demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, çalışma grubundaki gebelerin çoğunluğunun çekirdek aile içinde olduğu (%80.0), şehirde yaşadığı (%100.0), üniversite ve üzerinde mezunu olduğu (%73.3) olduğu, eşinin üniversite ve üzeri mezun olduğu (%86,7) saptanmıştır.

Tablo 2: Katılımcıların demografik özellikleri 2

		Grup			
		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		N	%	N	%
Meslek	Akademisyen	1	6,7%	0	0,0%
	Bankacı	0	0,0%	1	6,7%
	Biyolog	0	0,0%	1	6,7%
	Doktor	1	6,7%	0	0,0%
	Ebe	1	6,7%	0	0,0%
	Ev hanımı	5	33,3%	8	53,3%
	Hemşire	0	0,0%	1	6,7%
	Kaptan	1	6,7%	0	0,0%
	Kuaför	1	6,7%	0	0,0%
	Maliyeci	1	6,7%	0	0,0%
	Mimar	0	0,0%	1	6,7%
	Mühendis	1	6,7%	0	0,0%
	Öğretmen	2	13,3%	2	13,3%

Tasarımcı	1	6,7%	0	0,0%
Tiyatrocu	0	0,0%	1	6,7%

Çalışma grubundaki gebelerin %6,7' si akademisyen; %6,7' si doktor; %6,7' si ebe; %33,3' ü ev hanımı; %6,7' si kaptan; %6,7' si kuaför; %6,7' si maliyeci; %6,7' si mühendis; %13,3' ü öğretmen; %6,7' si tasarımcı olarak tespit edilmiştir.

Kontrol grubundaki gebelerin %6,7' si bankacı; %6,7' si biyolog; %53,3' ü ev hanımı; %6,7' si hemşire; %6,7' si mimar; %13,3' ü öğretmen; %6,7' si tiyatrocu olarak tespit edilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların demografik özellikleri 3

	Grup				
	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Yaş	28,0	4,9	26,3	4,8	0,354
Eşinin yaşı	30,33	4,69	28,20	4,25	0,202
Gebelik Sayısı	1,5	0,7	1,3	0,6	0,200
Gebelik haftası	31,2	2,6	31,0	3,0	0,200

Çalışma grubundaki gebelerin yaş ortalaması 28,0; eşinin yaşı 30,33; gebelik sayısı 1,5; gebelik haftası 31,2 olarak tespit edilmiştir.

Kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalaması 26,3; eşinin yaşı 28,20; gebelik sayısı 1,3; gebelik haftası 31,0 olarak tespit edilmiştir.

Çalışma ve kontrol grubu arasında gebelerin yaş ortalaması ($p=0,354$), eşinin yaş ortalaması ($p=0,202$); gebelik sayısı ($p=0,202$) ve gebelik haftası ($p=0,200$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4: Çalışma ve kontrol gruplarının düşük kürtaj, ektopik gebelik ve planlı gebelik sayıları

		Grup			
		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		N	%	N	%
Düşük, kürtaj, ektopik gebelik	Evet	2	13,3%	1	6,7%
	Hayır	13	86,7%	14	93,3%
Bu gebelik planlı gebelik mi?	Evet	13	86,7%	14	93,3%
	Hayır	2	13,3%	1	6,7%

Gebelik özellikleri incelendiğinde çalışma grubundaki gebelerin %86,7' sinin; kontrol grubundaki gebelerin %93,3' ünün daha önce düşük, kürtaj ya da ektopik gebelik geçirmediği tespit edilmiştir.

Çalışma grubundaki gebelerin %86,7' si; kontrol grubundaki gebelerin %93,3' ünün şu anki gebeliklerini planlı gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir.

Tablo 5: Çalışma grubunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği başlangıç puanları ile eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorun destek düzeyi arasındaki korelasyon

		Wijma doğum beklentisi
Eşinin destek düzeyi	Rho	-0,570
	P	0,026
Yakınlarının destek düzeyi	Rho	-0,652
	P	0,008
Doktorun destek düzeyi	Rho	-0,679
	P	0,005

Çalışma grubunda Wijma doğum beklentisi başlangıç puanları ile eşinin destek düzeyi ($p<0,026$, $\rho=-0,570$), yakınlarının destek düzeyi ($p<0,008$, $\rho=-0,652$) ve doktorun destek düzeyi ($p<0,005$, $\rho=-0,679$) arasında ters yönde, orta düzeyde ve anlamlı korelasyon bulunmaktadır.

Tablo 6: Kontrol grubunda Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği başlangıç puanları ile eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorun destek düzeyi arasındaki korelasyon

		Wijma doğum beklentisi
Eşinin destek düzeyi	Rho	-0,649
	P	0,009
Yakınlarının destek düzeyi	Rho	-0,506
	P	0,055
Doktorun destek düzeyi	Rho	-0,282
	P	0,309

Kontrol grubunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği başlangıç puanları ile yakınlarının destek düzeyi ve doktorun destek düzeyi arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamaktadır. Ancak; Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği başlangıç puanları ile eşinin destek düzeyi arasında ters yönde, orta düzeyde ve anlamlı korelasyon bulunmaktadır ($p < 0,009$, $\rho = -0,649$).

Tablo 7: Çalışma ve kontrol gruplarında başlangıç düzeyinde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanları ile Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının korelasyonu

		Beck Anksiyete Ölçeği		Beck Depresyon Ölçeği		Beck Anksiyete Ölçeği		Beck Depresyon Ölçeği	
Çalışma Grubu	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi	Rho	0,184	0,105		Rho	0,566	0,568	
		P	0,512	0,709	Kontrol Grubu	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi	P	0,028	0,027
		N	15	15		N	15	15	

Çalışma grubunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği puanları ile Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçekleri arasında korelasyon tespit edilmemiştir. Kontrol grubunda ise Wijma doğum beklentisi puanları ile Beck Anksiyete ve Depresyon ölçekleri arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (sırasıyla $p = 0,028$, $\rho = 0,566$ ve $p = 0,027$ ve $\rho = 0,568$).

Tablo8: Birinci seansın bitiminden üçüncü seansın bitimine kadar katılımcıların yaşadıkları istenmeyen gelişme ve gebelikten bağımsız istenmeyen hayat olayı oranları

		Grup				P
		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		
		N	%	N	%	
Çalışma başladıktan sonra istenmeyen gelişme (3. seans sonrası)	Var	3	20,0%	1	6,7%	0,598
	Yok	12	80,0%	14	93,3%	

Çalışma başladıktan sonra gebelikten bağımsız istenmeyen hayat olayı (3. seans sonrası)	Var	1	6,7%	2	13,3%	0,299
	Yok	14	93,3%	13	86,7%	

Üçüncü seans bitiminde katılımcıların yaşadıkları istenmeyen gelişme ve gebelikten bağımsız istenmeyen hayat olayı oranlarında çalışma ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,598$ ve $p=0,299$).

Tablo9: Üçüncü seansın bitiminden çalışma sonuna kadar katılımcıların yaşadıkları gebelikle ilgili istenmeyen gelişme ve gebelikten bağımsız istenmeyen hayat olayı oranları

		Grup			
		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		N	%	N	%
Çalışma başladıktan sonra gebelikle ilgili istenmeyen gelişme (Üçüncü seans bitiminden çalışma sonuna kadar)	Var	0	0,0%	0	0,0%
	Yok	15	100,0%	15	100,0%
Çalışma başladıktan sonra gebelikten bağımsız istenmeyen hayat olayı (Üçüncü seans bitiminden çalışma sonuna kadar)	Var	1	6,7%	0	0,0%
	Yok	14	93,3%	15	100,0%

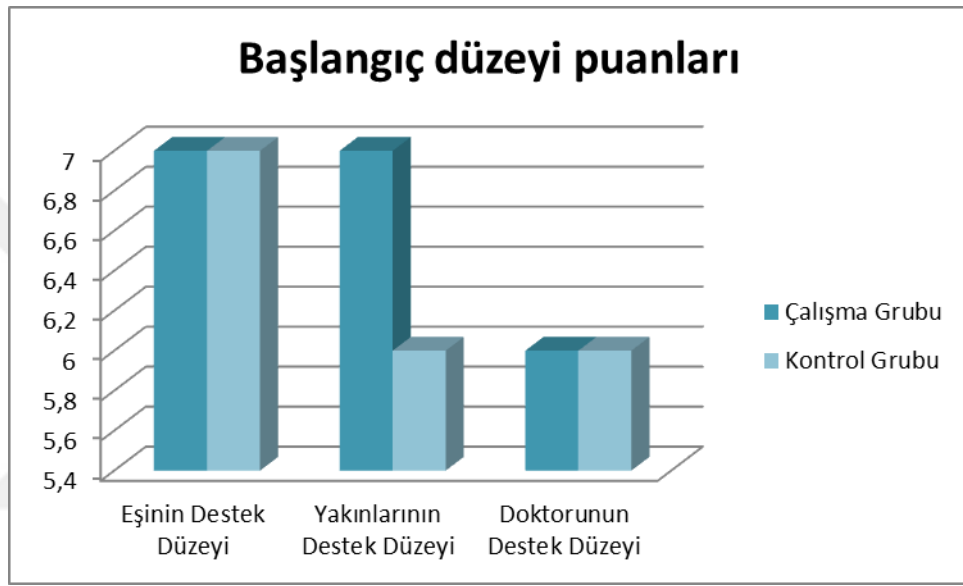
Üçüncü seans bitiminden çalışma sonuna kadar yalnızca çalışma grubundan 1 kişi gebelikten bağımsız istenmeyen hayat olayı geçirmiştir.

Tablo 10: Başlangıç düzeyinde çalışma ve kontrol gruplarında eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorunun destek düzeylerinin karşılaştırılması

	Grup						
	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			p
	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	
Eşinin Destek Düzeyi	7,0	6,0	8,0	7,0	4,0	8,0	0.713
Yakınlarının Destek Düzeyi	7,0	6,0	9,0	6,0	4,0	8,0	0.250

Başlangıç düzeyinde çalışma ve kontrol gruplarında eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorunun destek düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,713$, $p=0,250$ ve $p=0,682$).

Grafik 1: Başlangıç düzeyinde çalışma ve kontrol gruplarında eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorunun destek düzeyinin karşılaştırılması



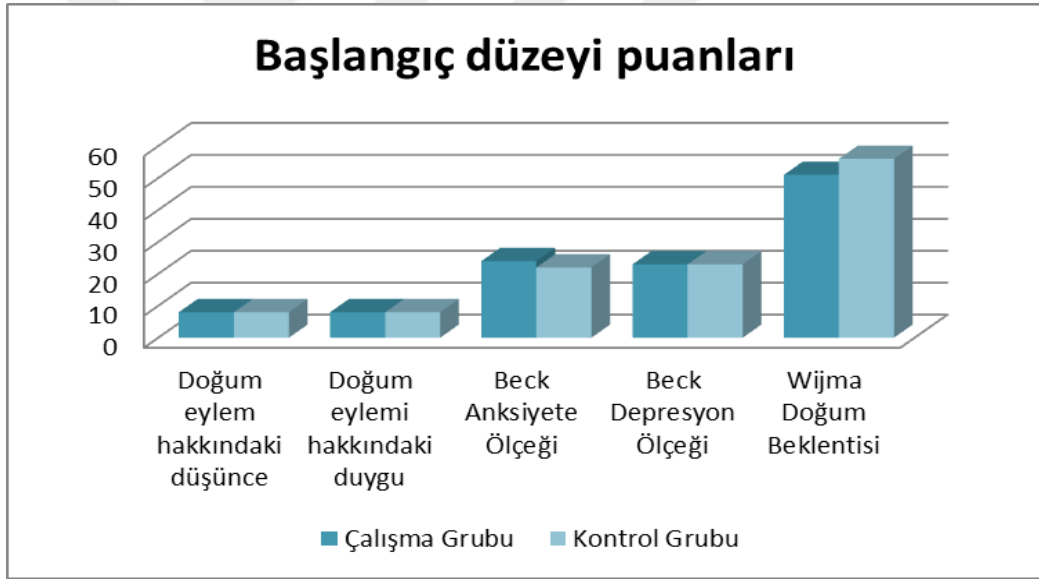
Tablo11: Başlangıç düzeyinde çalışma ve kontrol gruplarında çalışma öncesi doğum eylemi hakkında düşünce, doğum eylemi hakkında duygu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Grup							p
	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu				
	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	Medyan	Persanti 1 25	Persantil 75		
Doğum eylemi hakkındaki düşünce	8,00	6,00	9,00	8,00	7,00	9,00	0,174	
Doğum eylemi hakkındaki duygu	8,00	6,00	9,00	8,00	7,00	9,00	0,512	
Beck Anksiyete Ölçeği	24,00	23,00	25,00	22,00	21,00	44,00	0,461	
Beck Depresyon Ölçeği	23,00	21,00	24,00	23,00	20,00	26,00	0,653	

Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi	51,00	36,00	56,00	56,00	42,00	58,00	0,345
-----------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Başlangıç düzeyinde çalışma ve kontrol gruplarında çalışma öncesi doğum eylemi hakkındaki düşünce, doğum eylemi hakkındaki duygu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,174$, $p=0,512$, $p=0,461$, $p=0,653$ ve $p=0,345$).

Grafik 2: Başlangıç düzeyinde çalışma ve kontrol gruplarında çalışma öncesi doğum eylemi hakkında düşünce, doğum eylemi hakkında duygu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması



Tablo 12: Üçüncü seansın sonunda çalışma ve kontrol gruplarında eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorunun destek düzeylerinin karşılaştırılması

Grup						
Çalışma Grubu		Kontrol Grubu				
Medyan	Persantil 25	Persantil 75	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	p

Eşinin Destek Düzeyi (3. seans sonrası)	7,0	5,0	8,0	6,0	4,0	9,0	0,653
Yakınlarının Destek Düzeyi (3. seans sonrası)	7,0	6,0	9,0	6,0	4,0	8,0	0,250
Doktorunun Destek Düzeyi (3. seans sonrası)	6,0	4,0	7,0	7,0	4,0	8,0	0,325

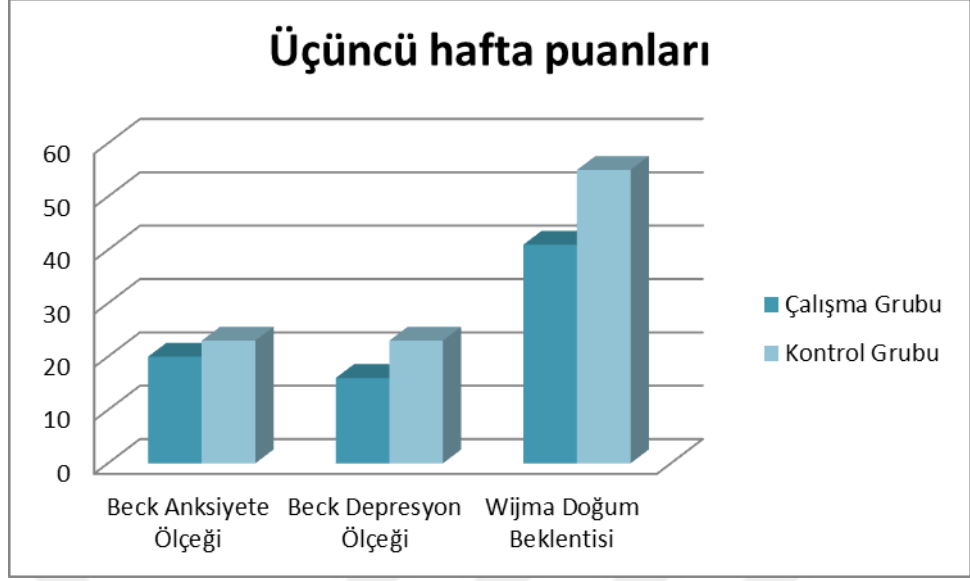
Üçüncü seansın sonunda çalışma ve kontrol gruplarında eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorunun destek düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,653$, $p=0,250$, $p=0,325$).

Tablo 13: Üçüncü seansın sonunda çalışma ve kontrol gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Grup						
	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			p
	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	
Beck Anksiyete Ölçeği (3. seans sonrası)	20,00	19,00	21,00	23,00	22,00	45,00	0,016
Beck Depresyon Ölçeği (3. seans sonrası)	16,00	14,00	17,00	23,00	21,00	25,00	<0.001
Wijma Doğum Beklentisi (3. seans sonrası)	41,00	31,00	46,00	55,00	41,00	58,00	0,004

Üçüncü haftanın sonunda çalışma ve kontrol gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarının karşılaştırıldığında, çalışma grubunda Beck Depresyon Ölçeği puanı anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.001$).

Grafik 4: Üçüncü haftada çalışma ve kontrol gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması



Tablo 14: Çalışma sonunda çalışma ve kontrol gruplarında eşinin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorunun destek düzeylerinin karşılaştırılması

	Grup						p
	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			
	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	
Eşinin Destek Düzeyi (Çalışma sonrası)	7,0	6,0	9,0	7,0	6,0	8,0	0,250
Yakınlarının Destek Düzeyi (Çalışma sonrası)	7,0	6,0	9,0	6,0	4,0	8,0	0,250
Doktorun Destek Düzeyi (Çalışma sonrası)	6,0	4,0	7,0	7,0	4,0	8,0	0,325

Çalışma düzeyi ve doktorunun destek düzeylerinin karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,250$, $p=0,250$, $p=0,325$).

Tablo 15: Çalışma ve kontrol grubunda çalışma sonrası doğum eylemi hakkındaki düşünce ve çalışma sonrası doğum eylemi hakkındaki duygu arasındaki korelasyon

Çalışma Başında Doğum eylemi hakkındaki düşünce	Çalışma Sonrası Doğum eylemi hakkındaki düşünce

Çalışma Grubu	Çalışma sonrası doğum eylemi hakkındaki duygu	Rho	-,794	Kontrol Grubu	Çalışma sonrası doğum eylemi hakkındaki duygu	Rho	-,137	
		P	,000				P	,628
		N	15				N	15

Çalışma sonrası çalışma grubunda doğum eylemi hakkındaki duygu ve doğum eylemi hakkındaki düşünce arasında istatistiksel açıdan ters yönde, orta düzeyde ve anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0,000$, $\rho = -0,794$). Kontrol grubunda ise anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p = 0,628$, $\rho = -0,137$).

Tablo 16: Çalışma sonunda çalışma ve kontrol gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Grup						
	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			
	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	p
Beck Anksiyete Ölçeği (Çalışma sonrası)	8,00	4,00	12,00	23,00	22,00	45,00	<0.001
Beck Depresyon Ölçeği (Çalışma sonrası)	7,00	6,00	9,00	21,00	19,00	24,00	<0.001
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (Çalışma sonrası)	28,00	21,00	32,00	55,00	42,00	56,00	<0.001

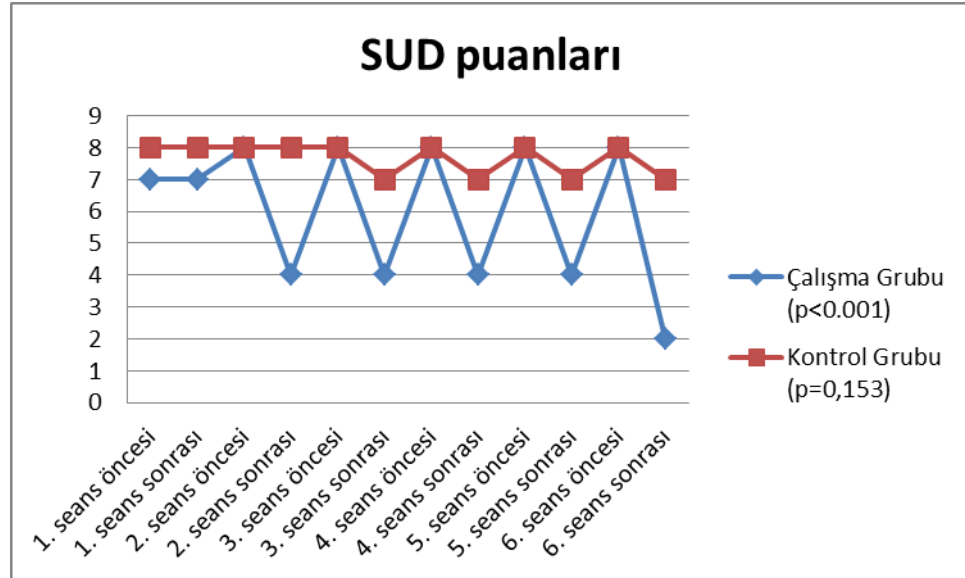
Çalışma sonunda çalışma ve kontrol gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi puanlarının karşılaştırıldığında her üç puan da çalışma grubunda istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p < 0.001$).

Tablo 17: Çalışma ve kontrol gruplarında her seans öncesi ve sonrasında yapılan SUD ölçeklerini karşılaştırılması

	Grup						
	Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			p
	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	Medyan	Persantil 25	Persantil 75	
1. seans öncesi SUD puanı	7,00	7,00	8,00	8,00	7,00	9,00	0,389
1. seans sonrası SUD puanı	7,00	6,00	7,00	8,00	7,00	8,00	0,089
2. seans öncesi SUD puanı	8,00	7,00	9,00	8,00	7,00	9,00	1
2. seans sonrası SUD puanı	4,00	3,00	4,00	8,00	7,00	8,00	<0.001
3. seans öncesi SUD puanı	8,00	7,00	9,00	8,00	7,00	9,00	0,789
3. seans sonrası SUD puanı	4,00	3,00	4,00	7,00	7,00	8,00	<0.001
4. seans öncesi SUD puanı	8,00	7,00	8,00	8,00	7,00	9,00	0,713
4. seans sonrası SUD puanı	4,00	3,00	4,00	7,00	7,00	8,00	<0.001
5. seans öncesi SUD puanı	8,00	7,00	9,00	8,00	7,00	8,00	0,683
5. seans sonrası SUD puanı	4,00	3,00	4,00	7,00	7,00	8,00	<0.001
6. seans öncesi SUD puanı	8,00	8,00	9,00	8,00	7,00	9,00	0,436
6. seans sonrası SUD puanı	2,00	2,00	3,00	7,00	6,00	8,00	<0.001

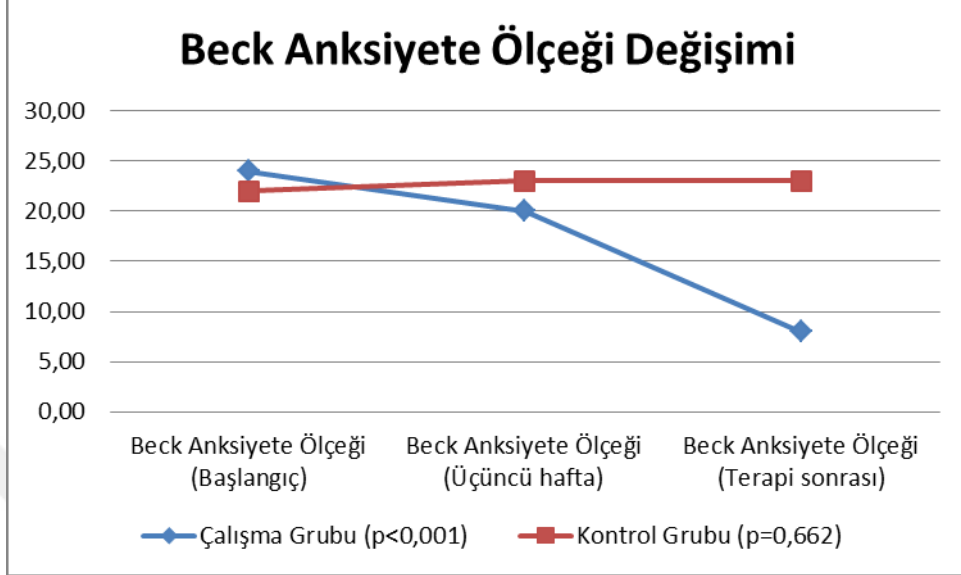
Çalışma ve kontrol gruplarında her seans öncesi ve sonrasında yapılan SUD ölçekleri karşılaştırıldığında ikinci seanstan itibaren çalışma grubundaki seans sonrası SUD puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0.001$). Seans öncesi SUD puanları ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir.

Grafik 5: Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince SUD puanları değişimi



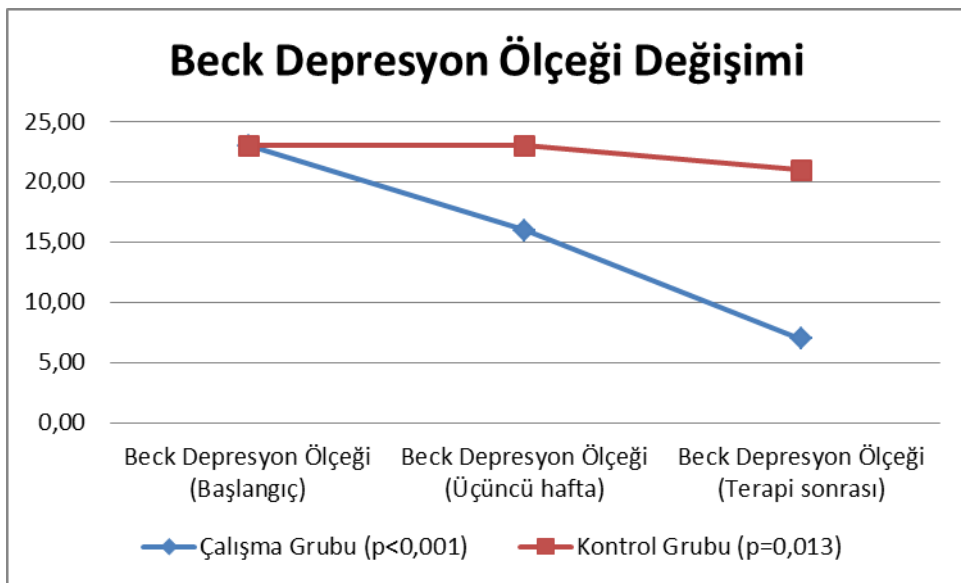
Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince SUD puanları incelendiğinde, Kontrol grubunda anlamlı değişim yokken ($p=0,153$), çalışma grubunda istatistiksel açıdan anlamlı değişim tespit edilmiştir ($p<0.001$).

Grafik 6: Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince Beck Anksiyete Ölçeği puanları değişimi



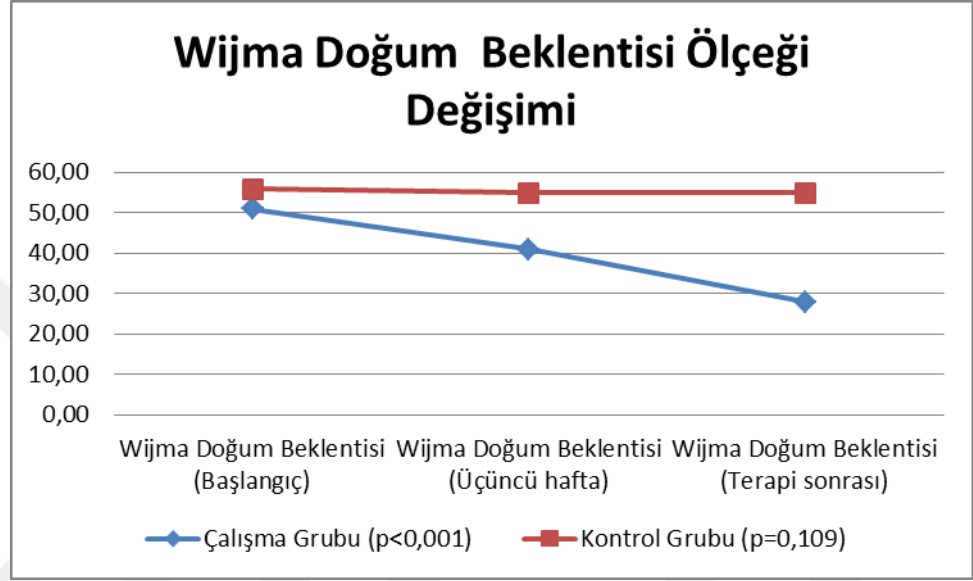
Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince Beck Anksiyete Ölçeği puanları değişimi incelendiğinde, çalışma grubunda istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Grafik 7: Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince Beck Depresyon Ölçeği puanları değişimi



Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince Beck Depresyon Ölçeği puanları değişimi incelendiğinde, çalışma grubunda istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş tespit edilmiştir ($p<0.001$).

Grafik 8: Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği puanları değişimi



Çalışma ve Kontrol gruplarında çalışma süresince Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği puanları değişimi incelendiğinde, çalışma grubunda istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş tespit edilmiştir ($p<0.001$).

V. TARTIŞMA

Doğumdan önce bilinçdışının temizliği önemlidir. Çünkü, doğum düşünmeden yapılan bir eylemdir ve doğumda aktif olan limbik sistem ile doğum anındaki kadının tüm anıları, duyguları ortaya çıkar. Doğum sürecinde kadın, dışarıdan gelen tüm iyi ya da kötü hislere açıktır (Karabekir, 2016b). Bu nedenle doğum öncesi korkunun hamilelik sürecinde azaltılması önemlidir.

Bu çalışmada sanat terapisinin doğum korkusunu yenmedeki etkililiği incelenmiştir. Çalışma 6 seans sürmüştür. Bu planlamada, daha önce doğum korkusu konusunda yapılmış 6 seanslık grup terapisi araştırması temel alınmıştır (Rouhe et al., 2009).

Grupla sanat terapisinde seans sayısı arttıkça, gebelerin doğum korkusu düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (Grafik 8). Bu bilgi literatürle uyuşmakta olup, hamilelerin iyi oluşu ile terapi süresinin uzunluğu arasında korelasyon mevcuttur (Saisto et al., 2001a).

Sanat terapisi kaygı ve depresyon düzeylerinin azaltılmasında etkin bir tekniktir (Swan-Foster et al., 2003; Chang et al., 2008). Beck Anksiyete Ölçeği puanlarındaki değişim (Grafik 6) ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarındaki değişim (Grafik 7) incelendiğinde ilk seanstan itibaren çalışma grubunun puanlarının düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Ulaşılan sonuç literatür bilgisini doğrulamaktadır.

Bulgular kısmında doğum korkusu düzeyinin anksiyete ve depresyon düzeyiyle korele olduğu görülmüştür (Tablo 7). Literatürde, doğum korkusuyla anksiyete ve depresyon düzeyi arasında korelasyon olduğu belirtilmiştir (Andersson et al., 2003; Storksen et al., 2012).

Bulgularda, kontrol grubu için doğum korkusu düzeyi ile eşinin destek düzeyi arasında ters yönde bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 6). Çalışma grubunda doğum korkusu düzeyinin eşin destek düzeyi, yakınlarının destek düzeyi ve doktorun destek düzeyi ile ters yönde korelasyonu tespit edilmiştir (Tablo 5). Saisto et al. (2001c), doğum uzmanı ve eş tarafından verilen psikolojik desteğin yeterli olmaması durumunda doğum korkusunun aratacağından bahsetmiştir. Araştırma sonucu ile literatür uyuşmaktadır.

Sanat terapisi grup kohezyonunun oluşmasına katkı sağlayarak grubun korunaklı yapısında kişinin kaygıyı daha az hissetmesini sağlar (Shin, 2010). Çalışma bulgularında SUD puanları incelendiğinde çalışma grubundaki gebelerin ikinci seanstan çalışma bitimine kadar seans sonralarında kendilerini daha az rahatsız hissettikleri bulunmuştur (Tablo 17). Ulaşılan sonuç doğrultusunda grubun güvenli yapısının ikinci seans itibarıyla oluştuğu ve gebelerin seanslardan verim elde ederek ayrıldıkları görülmüştür.

Sanat terapisi stresi azaltır (Schrade et al., 2011), olumsuz duygunun olumluya dönmesini sağlar (Babouchkina and Robbins, 2015) ve kişiye rahatlamayı hissettirir (Curry et al., 2005). Üçüncü haftada gevşeme temasıyla yapılan sanat terapisinde, sanatın gebelerin gevşemelerine ve daha az rahatsızlık hissetmelerine yardımcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Grafik 5). Ulaşılan bilgi literatürü desteklemektedir.

Yetişkinlerle yapılan sanat terapi çalışması bireylerin kendine güven konusunun olumlu yönde gelişmesini sağlamaktadır (Glover and Miller, 2006). SUD Öznel Rahatsızlık Ölçeği puanları incelendiğinde beşinci seansta çalışma grubuna sanatla yapılan cesaretlendirme çalışmasının gebelerdeki rahatsızlık oranını azalttığı bulunmuştur (Grafik 5). Literatüre göre bu çalışmada gebelerin sanat terapisi ile cesaretlendirilebileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma bitiminde çalışma grubunda doğum hakkındaki duygu ve doğum hakkındaki düşünce arasında ters yönlü bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 15). Sungur (2015)' a göre; duygular, düşüncelerle ilişkilidir ve içinde öğrenilmiş bilgileri barındırır.

6 seans sanat terapisi uygulanan çalışma grubunda depresyon belirtileri (Grafik 7), anksiyete (Grafik 6) ve doğum korkusu düzeyleri (Grafik 8) azalmıştır. Swan-Foster (1989) gebelerin kendilerini daha iyi hissetmeleri amacıyla tedavi niteliğinde sanatı kullanmıştır. Chang et al. (2008) çalışmasında gebelerdeki depresyon ve anksiyete oranlarını sanat terapisiyle azalmıştır. Shin and Kim (2011)' e ait çalışmada sanat aracılığıyla gebelerdeki anksiyete düzeyi düşmüştür. Literatür sonuçlarıyla uyumlu olan bu araştırmada, doğum korkusunun tedavisinde sanat terapisinin kullanılabilmesi sonucuna ulaşılmıştır.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Gebelerle yapılan sanat terapisi çalışmasında seans sayısı arttıkça doğum korkusu azalır.
- Doğum korkusunun azalması, kişisel korkuların nedenlerinin farkına varılmasıyla mümkündür. Bu yöndeki farkındalık çalışmaları önemlidir.
- Sanat terapisi teknikleri gebelerin iyi oluş düzeylerini artırır.
- Sanat terapisi son trimesterdaki gebelerin doğum korkularını azaltmada etkili bir tekniktir.
- Sanat terapisi son trimesterdaki gebelerde kaygı oranını ve depresif belirtileri azaltır.
- Doğum korkusu doktorun destek düzeyi ile ters yönde koreledir.
- Doğum korkusu eşin ve yakınların destek düzeyi ile ters yönde koreledir.
- Çalışma sonrasındaki doğum hakkındaki duygu, doğum hakkındaki düşünce ile ters yönde koreledir
- Gebeler doğuma hazırlanırken, yaratıcılıklarını kullanma ihtiyacındadırlar.
- Gebeler, kişisel doğum korkularının nedenlerini öğrendikleri anda psikolojik değişim oluşmaya başlar.
- Sanat terapisi, gebelere doğum için kendine güveni artırır.
- Somuta dayalı ürün ortaya çıkarma, gebenin iyi oluşuna katkı sağlar.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Gebeler doğuma hazırlık sürecinde psikolojik destek almalıdırlar.
- Gebelik sürecinde uygulanan sanat terapisi çalışmaları tek seans ile sınırlı kalmamalıdır.

- Vajinal doğumların artması yönünde engel teşkil eden doğum korkusunun aşılması sürecinde doğum psikoloğu kavramının etkililiği artırılmalıdır.
- Doktorun gebeye sunduğu destek düzeyinin verimliliğini artırmak amacıyla; hamilelik ve doğum sürecinde sağlık çalışanlarının doğum psikoloğu ile ekip halinde çalışması önemlidir.
- Gebelik sürecindeki doğuma yönelik hazırlık çalışmalarına eşin de dahil edilmesi gereklidir.
- Gebelik sürecinde gebenin yakın çevresinde bulunan kişilere (Anne, kız kardeş, kayınvalide, görümce vb.) de gebeye nasıl destek olabilecekleri yönünde çalışmalar düzenlenmelidir.
- Doğuma yönelik algının değiştirilmesinde sanat terapisi kullanılabilir.
- Doğuma hazırlık sürecinde gebeler psikolojik hazırlık çalışmalarına dahil edilmelidir.
- Doğuma hazırlık sürecinde gebelerin birden fazla duyusuna hitap etmek önemlidir.
- Sanat terapisi, gebeler için rahatlama ve gevşeme yöntemi olarak kullanılabilir.
- Sanat terapisi, doğuma hazırlanırken gebeleri cesaretlendirme çalışması olarak kullanılabilir.
- Sanat terapisi, doğumdaki spontanlığın hamilelikte deneyimlenmesi için kullanılmalıdır.

KAYNAKÇA

Adams, S.S., Eberhard, G.M. and Eskild, A., 2012, "Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery", *BJOG*, 119 (10), pp 1238-46.

Adedoyin, C. et al., 2014, "Revisiting holistic interventions in substance abuse treatment", *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24, pp 538-546.

Alessandra, S. and Roberta, L., 2013, "Tokophobia: When fear of childbirth prevails", *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1 (1), pp 1-18.

Alkın, T. ve Onur, E., *Psikiyatri Temel Kitabı, Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış*, Ed. E. Koroğlu ve C. Güleç, 1.Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.

American Art Therapy Association., 2009, "About art therapy". Available on site, <http://www.americanarttherapyassociation.org/aata-aboutarttherapy.html>.

American Psychological Association, 2015, "Psychotherapy: Understanding group therapy". Available on site, <http://www.apa.org/helpcenter/group-therapy.aspx>.

Andersson, L. et al., 2003, "Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189 (1), pp 148-54.

Anschel, D.J. et al, 2005, "A blinded pilot study of artwork in a comprehensive epilepsy center population", *Epilepsy and Behavior*, 6 (2), pp 196-202.

Babouchkina, R. and Robbins S.J., 2015, "Reducing negative mood through mandala creation: A randomized controlled trial.", *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 32 (1), pp 34-39.

Bakshi, R. et al, 2008, "Tokophobia: Fear of pregnancy and childbirth", *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 10 (1), pp 9.

Beck, A.T. and Emery, G., *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler (Çev. V. Öztürk)*, Litera Yayıncılık, İstanbul, 2006.

Beck, A.T. et al., 1961, "An inventory for measuring depression", *Archives of General Psychiatry*, 4, pp 561-571.

Beck, A.T., 1988, "An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties.", *J Consult Clin Psychol*, 56, pp 893-897.

Beebe, A., Gelfand, E.W. and Bender, B., 2010, "A randomized trial to test the effectiveness of art therapy for children with asthma", *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, DOI:10.1016/j.jaci.2010.03.019.

Berg-Cross, L., Jennings, P. and Baruch, R., 1990, "Cinematherapy: Theory and Application", *Psychotherapy in Private Practice*, 8 (1), pp 135–156.

Berhrens, G., 2008. "Understanding the emotional coping needs of palestinian children through music therapy", XII Congreso Mundial de Musicoterapia, Librería Akadia Editorial: Argentina, pp 77-80.

Bernier, M., 1983, *Puppetry as an art therapy technique with emotionally disturbed Children*, Master Thesis, Hahnemann University, Philadelphia.

Beydağ, K.D.T. ve Mete, S., 2008, "Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (1), ss 16-24.

Bolwerk, A. et al, 2014, "How art changes your brain: Differential effects of visual art production and cognitive art evaluation on functional brain connectivity", *PloS One Journal*, 9 (12), pp e116548.

Boorman, R.J. et al., 2013, "Childbirth and criteria for traumatic events", *Midwifery*, 30 (2), pp 255-61.

Bowlby, J., *The Making and Breaking of Affectional Bonds*, Tavistock, London, 1979.

Büyüköztürk, Ş., *Veri Analizi El Kitabı*, 2. Baskı. Pegem A Yayıncılık, Ankara, 2003.

Campell, D., *Mozart Etkisi (Çev. F. Çubukçu)*, Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, 2002.

Carver, C. and Scheier, M., *Perspectives on psychology*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.

Cendes, F. et al., 1994, "Relationship between atrophy of the amygdala and ictal fear in temporal lobe epilepsy", *Brain*, 4: pp 739-746.

Chang, M. Y., Chen, C. H. and Huang, K.F, 2008, "Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy", *Journal of Clinical Nursing*, 17(19), pp 2580-2587.

Chaudhary, N., 2012, "Mandala- A powerful tool for self discovery", *The Scientific Ravi- Psychology*, 21, pp 146-148.

Choi, S. and Goo, K., 2012, "Holding environment: The effects of group art therapy on mother-child attachment", *The Arts in Psychotherapy*, 39(1): pp 19-24.

Chong, E.S. and Mongelli, M., 2003, "Attitudes of singapore women toward cesarean and vaginal deliveries". *Int J Gynaecol Obstet*, 80(2): pp 189-94.

Cleeton E.R., 2001, "Attitudes and beliefs about childbirth among college students: Result of an educational intervention", *Birth*, 28, pp 192-201.

Coleman, V.D. and Farris D.P.M., 1996, *Art therapy and psychotherapy*, Washington, DC: Accelerated Development.

Cooper, M.L., Shaver, P.R. and Collins, N.L., 1998, "Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence", *J Pers Soc Psychol*, 74, pp 1380-1397.

Coşar, F. ve Demirci, N., 2012, "Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi". *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3 (1), 18-30.

Coşkun, S., Yıldız, Ö. ve Yazıcı, A., 2010, "Psikiyatrik rehabilitasyonda fotoğrafın kullanımı: Bir ön proje", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3): ss121-127.

Craske, M.G., 1997, "Fear and anxiety in children and adolescents", *Bulletin of The Menninger Clinic*, 64 (2), pp 4-36.

Crawford, M., 2010, "The MATISSE study: A randomized trial of group art therapy for people with schizophrenia", *BMC Psychiatry*, 10 (65), pp 1-9. Available on site <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/65>

Cunningham, F.G., 1993, "Williams obstetrics", *Appleton & Lange*, 19, pp 371.

Curry, N.A., Kasser, T. and Galesburg, I.L., 2005, "Can coloring mandalas reduce anxiety?". *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(2), pp 81-85.

Çakar, L., Şahin, G. ve Yermen, N., *Otonom Sinir Sistemi*, 20. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2002..

Çalışır, M., 2009, "Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, ss 240-255.

de Morais, A. et al, 2014, "Significance of clay art therapy for psychiatric patients admitted in a day hospital", *Invest Educ Enferm*, 32(1), pp 128-138.

de Petrillo, L. and Winner, E., 2005, "Does art improve mood? A test of a key assumption underlying art therapy". *Art Therapy, Journal of Art Therapy Association*, 22(4), pp 205-212.

Drick, C.A., 2014, "Nurturing yourself to enhance your practice". *International Journal of Childbirth Education*. 29 (1), pp46-51.

Dursun, P. vd, 2011, "Why women request cesarean section without medical indication?" *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24 (9), pp 1133-1137.

Elkis A.D.L. et al, 2013, "A pilot study to determine the psychological effects of manipulation of therapeutic art forms among patients with Parkinson's disease", *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 18 (3), pp 113-121.

Elmacı, F., 2008, "Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın ergenlerin korkuları üzerindeki etkisi", Doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Epp, K., 2008, "Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum", *Children & Schools*, 30(1), pp 27-36.

Emoto, M., *Suyun Gizli Mesajı*, Kozmik Kitaplar, İstanbul; 2006.

Emoto, M., *Suyun Bilinmeyen Gücü*, Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul; 2005.

Felicity, B. and Carolyn, J., 2006, "The effect of music therapy services on classroom behaviours of newly arrived refugee students in Australia: A pilot study", *Emotional and Behavioural Difficulties*, 11(4), pp 249-260.

Fenwick, J. et al., 2009, "Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women", *J Clin Nurs*, 18 (5), pp 667-77.

Ferszt, G.G. et al, 2004, "Art therapy with incarcerated women who have experienced the death of a loved one", *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(4), pp 191-199.

Field, W. and Kruger, C., 2008, "The effect of an art psychotherapy intervention on levels of depression and health locus of control orientations experienced by black women living with HIV", *Psychological Journal of South Africa*, 38 (3): pp 467-478.

Fordham, F., 2001, *Jung Psikolojisinin Ana Hatları*. çev. A. Yalçın. Say Yayınları: İstanbul.

Ganim, B., *Visual Journaling*, Quest Books, USA, 1999.

Ganong, W.F., *Tıbbi Fizyoloji* (Çev. N. Ateş), 20. Baskı, Ankara, Nobel Kitapevi, Ankara, 2002.

Garber, J. and Dodge, K.A., *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*, Cambridge University Press, Cambridge, 1991.

Gaston, E.T., 1968, *Music In Therapy*, Macmillan, New York.

Geissbuehler, V. and Eberhard, J., 2002, "Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 Pregnant Women", *J Psychosom Obstet Gynecol*, 23 (4), pp 229-35.

Gençöz, F. ve Aka T.B., Nisan 2007, “Sinema tadında psikoterapi: Sinematerapi”, Bilim ve Teknik, ss 58-61.

Glover G.N.M. and Miller, E., 2006, “The use of phototherapy in group treatment for persons who are chemically dependent”, Rehabilitation Counseling Bulletin, 49(3), pp 166-180.

Goodman, P., Mackey, M. and Tavakoli, A., 2004, “Factors related to childbirth satisfaction”, Journal of Advanced Nursing, 46 (2), pp 212-219.

Göktepe A.K., Sanat Terapi, Nesil Yayınları, İstanbul, 2015.

Gray, J.A., A model of the limbic system and basal ganglia: Applications to anxiety and schizophrenia, Ed. M.S. Gazzaniga (Ed.), The cognitive neuroscience, MA: MIT Press, Cambridge, 1995.

Green, B.L., Wehling, C. and Talsky, G.J., 1987, “Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients”, Hospital & Community Psychiatry, 38 (9), pp 988-991.

Gussak, D., 2009, “The effects of art therapy on male and female inmates: Advancing the research base”, The Arts in Psychotherapy, 36(1), pp 5-12.

Güner, O., 2014, “Günlük yaşamın stresinden arınmanın bir yolu da dışavurumcu sanat terapisi olabilir mi?”, Ulaşılabilir site <http://www.herhaber.com/gunluk-yasamin-stresinden-arinmanin-bir-yolu-da-disavurumcu-sanat-terapisi-olabilir-mi-makale,44.html>

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004, “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü., 2009, “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014, “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”, Ankara.

Hartz, L. and Thick, L., 2005, “Art therapy strategies to raise self-esteem in female juvenile offenders: A comparison of art psychotherapy and art as therapy approaches”, Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 22 (2), pp 70-80.

Hass C.N. and Loya, N., Art Therapy and Clinical Neurosciences, PA: Jessica Kingsley, Philadelphia, 2008.

Heimstad, R. et al., 2006, “Fear of childbirth and history of abuse: Implications for pregnancy and delivery”, Acta Obstetrica et Gynecologica, 85 (4), pp 435-440.

Hildingsson, I. et al., 2011 “A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors”, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 40 (5), pp 532-543.

Hofberg, K. and Brockington I.F., 2000, “Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases”, *The British Journal of Psychiatry*, 176 (1), pp 83-85.

Hofberg, K. and Ward, M.R., 2003, “Fear of pregnancy and childbirth”, *Postgrad Med J*, 79 (3), pp 505-510.

Hofberg, K. and Ward, MR., 2004, “Fear of childbirth, tocophobia and mental health in mothers: the obstetric psychiatric interface”. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47 (3), 527-534.

Hunter, L., Sobo, E.J. and Hanson, S.M., 2009, “Satisfaction and use of a spiritually based mantram intervention for childbirth-related fears in couples”, *Applied Nursing Research*, doi:10.1016/j.apnr.2009.06.002.

Hutton, E. And Hall, W., 2013, “Psychoeducation for pregnant women with fear of childbirth increases rates of spontaneous vaginal delivery”. *Reduces Caesarean Rates And Improves Delivery Experience*, 120, 75–84.

Jang, H. and Choi, S., 2012, “Increasing ego-resilience using clay with low SES (Social Economic Status) adolescents in group art therapy”, *The Arts in Psychotherapy*, 39 (4), pp 245-250.

Johnson, C.M. and Sullivan, M.E.M., 2006, “Art therapy: Using the creative proces for healing and hope among African American older adults”. *Geriatric Nurs*, 27(5), 309-316.

Julliard, K., 1995, “Increasing chemically dependent patients’ belief in step one through expressive therapy”, *American Journal of Art Therapy*, 33(4), pp 110-119.

Kar, Ö., 2011, *Heykel ve Sanat Terapisi, Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Heykel Ana Sanat Dalı: Mersin.*

Karabekir, 2016a, *Using Psychodrama in Childbirth Education and Birth Psychotherapy: Birth with No Regret*, *Association for Pre-and Perinatal Psychology and Health*, 30(3), pp 208-217.

Karabekir, N., 2016b, “Limbik keşkesiz doğumlar”, *İstanbul Doğum Akademisi, Ulaşılabilir site <http://dogumakademisi.com/tr/blog/dogum-oncesi-psikoloji-prenatal-psychology/127/limbik-keskesiz-dogumlar--karabekir-n/209>* .

Kedem, T.E. and Kellerman, P.F., 1996, “Psychodrama and drama therapy: A comparison”, *Arts in Psychotherapy*, 23 (1), pp 27-36.

Kızılırmak, A., 2011, “Primipar gebelere verilen eğitimin doğum korkusu üzerine etkisi”, *Doktora Tezi, T.C Erciyes Üniversitesi, Kayseri.*

Killick, K., 1993, "Working with psychotic processes in art therapy", *Psychoanalytic Psychotherapy*, 7(1), pp 25-38.

Kitapçioğlu, G. vd., 2008, "Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması", *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9 (1), ss 47-54.

Koçak, R. ve Gökler, R., 2008, "Varoluşsal yaklaşımda psikolojik danışma ve gruba uygulanış", *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2, ss 91-107.

Koçyiğit, F., 2011, "Müziğin insan beyni üzerindeki etkisi", *Pusulula Dergisi*, 69. Ulaşılabilirsite http://www.dho.edu.tr/sayfalar/00_anasayfa/11_pusula/69/muzigin-insan-beyni-uzerindeki-etkisi.html

Körükçü, H.Ö., 2009, "Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği a versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması", Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

Kwee, A. et al., 2004, "Caserean section on request: A survey in Netherlands", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 113, pp 186-190.

Landy, R.J., *Drama Therapy Concepts And Practices*. Charles C. Thomas, Springfield, 1986.

Laursen, M. et al., 2008, "Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the danish", *National Birth Cohort BJOG*, 115 (3), pp 354-60.

Laursen, M., Johansen C. and Hedegaard M., 2009, "Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the danish national birth cohort", *BJOG*, 116 (10), pp 1350-1355.

Leibman, M., *Art Therapy For Groups, A Handbook Of Themes, Games And Exercises*. Brookline Books, Massachusetts, 1986.

Lusebrink, V.B., 2004, "Art therapy and the brain: an attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy", *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21 (3), pp 125-135.

Malchiodi, C., *Understanding Children's Drawings*, The Guildford Publications, New York, 1998.

Malchiodi, C.A., *Using Art Therapy With Medical Support Groups*, Guilford Press, New York, 2003.

Malchiodi, C.A., *History, Theory, and Practice, Expressive Therapies*, Guilford Press, New York, 2007.

Malchioidi, C., 2010, "The Healing Arts. Cool Art Therapy Intervention #8: Mask Making". Available on site, <https://www.psychologytoday.com/blog/arts-and-health/201003/cool-art-therapy-intervention-8-mask-making> . 05.08.2015.

Manogin, T.W., Bechtel, G. and Rami J.S., 2000, "Caring behaviors by nurses: women's perceptions during childbirth", *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29 (2), pp 153-157.

Marieb, E.N., *Human Anatomy and Physiology*, Third Edition, Benjamin Cummings Publishing Company, California, 1995.

Marks, I.M., *Fears, Phobias, and Rituals. Panic, Anxiety and Their Disorders*, Oxford University Press, New York, 1987a.

Marks, I.M., 1987b, "The development of normal fear : A review", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28 (5), pp 667-697.

Masters, C.L. 2005, "Clay sculpture within an object relational therapy: A phenomenological-hermeneutic case study", Master Thesis, Rhodes university, South Africa.

May, K.A. and Mahlmeister, L.R., *Maternal and Neonatal Nursing Family-Centered Care*, Lippincott Company, Philadelphia, 1994.

McClellan, J., 2011, *The Use of Collage in Leadership Education*, School of Global Leadership & Entrepreneurship Regent University, ISSN 1554-3757.

Melender, H. and Lauri, S., 1999, "Fears associated with pregnancy and childbirth experiences of women who have recently given birth", *Midwifery*, 15 (3), pp 177- 182.

Melender, H., 2002, "Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women", *Birth*, 29 (2), pp 101-111.

Mercer, A., Warson, E. and Zhao, J., 2010, "Visual journaling: An intervention to influence stress, anxiety and affect levels in medical students", *The Arts in Psychotherapy*, 37(2), pp 143-148.

Meyer, D.D., 2010, "Drama therapy as a counseling intervention for individuals with eating disorders". Available on site http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_08.pdf

Mete, S. , 2013, "Stres, hormonlar ve doğum ağrısındaki ilişki", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6 (2), ss 93-98.

Montag, C. et al, 2014, "A pilot RTC of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: Feasibility, impact on symptoms and mentalizing capacity", *PLoS ONE*, 9 (11), pp 1-11.

Monti, D.A. et al., 2006, "A randomized, controlled mindfulness based art therapy (MBAT) for women with cancer". *Psychooncology*, 15, 363-373.

Moon, P. K., 2010, ""Reaching the tough adolescent through expressive arts therapy groups". Available on site <http://counselingoutfitters.com/Moon2.htm>

Mullay, P., *Oedipus: Myth and Complex; A Review of Psychoanalytic Theory*, Hermitage Press, New York, 1955.

Muller, S. et al., 2012, "Dance therapy improves self-body image among obese patients", *Patient Education and Counseling*, 89 (3), pp 525-528.

Muris, P., *Normal and Abnormal Fear and Anxiety in Children and Adolescents*, Elsevier, Amsterdam, 2007.

Nerum, H., 2006, "Maternal request for cesarean section due to fear of childbirth: Can it be changed through crisis-oriented counseling". *Birth*, 33 (3), 221-228.

Neuhaus, W. et al., 1994, "Prenatal expectation and fears in pregnant women", *Journal Perinatal Medicine*, 22, pp 409-414.

O'Connell, M. et al., 2015, "Tocophobia - the new hysteria?", *Gynaecology and Reproductive Medicine*, pp 1-3.

Öner, U., 2007, "Bibliyoterapi", *Cankaya University Journal of Arts and Sciences*, (7), ss.133-150.

Özkan, S., *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi, ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş.*, İstanbul, 1993.

Özmen, M., 2008, "Psikoterapiler", *Türkiyede karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar Sempozyumu*, İstanbul.

Öztürk, M.O., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2002.

Palmer, K. and Shepard, B., 2008, "An art inquiry into the experiences of a family of a child living with a chronic pain condition: A case study", *Canadian Journal of Counseling*, 42 (1), pp 7-23.

Parker, I., 2006, "Katharina working out anxiety. notes on Freuds early case", *Psychodynamic Practice*, 12 (3), pp 281-291.

Pehrsson, D.E. and McMillen, P., 2007, *Bibliotherapy: Overview And Implications For Counselors*, ACAPCD-02, American Counseling Association, pp 1-2.

Persons, R., 2009, "Art therapy with serious juvenile offenders: A phenomenological analysis", *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53, pp 433-453.

Pınar, G. vd, 2009, “Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler”, *Dicle Tıp Dergisi*, 36 (3), ss 184-190.

Pielech, M., Sieberg, C.B. and Simons, L.E., 2013, “Connecting parents of children with chronic pain through art therapy”, *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 1(3), pp 214–226.

Pink, D., “A Whole New Mind: Why Right-Brainers Will Rule The Future”, Riverhead Books, USA, 2005.

Pizarro, J., 2004, “The efficacy of art and writing therapy: Increasing positive mental health outcomes and participant retention after exposure to traumatic experience”, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(1), pp 5-12.

Ponteri, A.K., 2001, “The effect of group art therapy on depressed mothers and their children”, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 18 (3), pp 148-157.

Pretorius, G. and Pfeifer, N., 2010, “Group art therapy with sexually abused girls”, *South African Journal of Psychology*, 40 (1), pp 63-73.

Rahmani, P. and Moheb, N., 2010, “The effectiveness of clay therapy and narrative therapy on anxiety of pre-school children”, *Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, pp 23-27.

Reck, C. et al, 2013, “The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome”, *Arch Womens Ment Health*, 16 (5) pp 363-69.

Rofe, Y., Blittner, M. and Lewin, I., 1993, “Emotional experiences during the trimesters of pregnancy”. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (1), 3-12.

Rogers, C.R., 2003, *Etkileşim grupları*. Çev. Erbil H. Ankara: Ege Matbaacılık: İzmir.

Rouhe, H. et al., 2009, “Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history”, *BJOG*, 116(1), pp 67-73.

Ruiter, C.D. and Van Ijzendoorn, M.H., 1992, “Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment: An integrative review”, *J Anxiety Disord*, 6, pp 365-381.

Rutter, M., *Developing Minds. Challenge and Continuity Across The Life Span*, Penguin Books, London, 1993.

Ryding, E.L., 1991, “Psychosocial indications for cesarean section a retrospective study of 43 cases”, *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 70, pp 47-49.

Ryding, E.L., 1993, “Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons”, *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 72 (4), pp 280- 285.

Saisto, T., Ylikorkala, O. and Halmesmaki, E., 1999, "Factors associated with fear of delivery in second pregnancies", *Obstetrics & Gynecology*, 94 (5), pp 679-682.

Saisto, T. et al., 2001a, "A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth", *Obstetrics & Gynecology*, 98 (5), pp 820- 826.

Saisto, T., "Psychosocial and Pain-Related Background and Treatment of Fear of Childbirth", University of Helsinki, Helsinki, 2001b.

Saisto, T. et al., 2001c, "Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108 (5), pp 492-498.

Saisto, T. and Halmesmaki, E., 2003, "Fear of childbirth: A neglected dilemma", *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82 (3), pp 201-208.

Scharff, D. E., 1996, *Object relations theory and practice: An introduction*, Jason Aronson: London.

Schrade, C., Tronsky, L. and Kaiser, D.H., 2011, "Physiological Effects Of Mandala Making In Adults With Intellectual Disability". *The Arts in Psychotherapy*, 38, 109-113.

Schulenberg, S.E., 2003, "Psychotherapy and movies: On using films in clinical practice", *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33 (1), pp 35-48.

Serçekuş, P., 2005, *Nullipar kadınlarda norma spontan doğuma ilişkin korkular ve nedenlerinin incelenmesi Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi: İzmir.*

Serçekuş, P. ve Okumuş, H., 2009, "Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey", *Midwifery Journal*, 14 (2), 12-20.

Sezer, F. ,2011, "Müzikle terapinin sınav kaygısı, öfke ve psikolojik belirtiler üzerindeki etkisi", *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), ss 1472-1493.

Shelley, S., *Marian Chase: Her Later Years. In Foundation of Dance/Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chase*, ADTA, Columbia, 1993.

Shin, J., 2010, "The effectiveness of art therapy with pregnant women" M.A. in Art Therapy School of the Art Institute of Chicago, Chicago.

Shin, H.S. and Kim, J.H., 2011, "Music therapy on anxiety, stress and maternal-fetal attachment in pregnant women during transvaginal ultrasound", *Asian Nursing Research*, 5 (1), pp 19-27.

Sholt, M. and Gavron, T., 2006, "Therapeutic qualities of clay-work in art therapy and psychotherapy: A review", *Journal of the American Art Therapy Association*, 23 (2), pp 66-72.

Sjögren, B. and Thomassen, P., 1997, "Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth", *Acta Obstet Gynecol Scand*, 76 (10): pp 948-952.

Sjögren, B., 1997, "Reason for anxiety about childbirth in 100 pregnant women", *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18 (4), pp 266-272

Sontag, S., *Fotoğraf Üzerine* (Çev. R. Akçakaya), Altıkırkbeş, İstanbul, 1999.

Spaniol, S., 2001, "Art and mental illness: Where is the link?" *The Arts in Psychotherapy*, 28, pp 221-232.

Spice, K. et al, 2009, "Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30 (3), pp 168-74.

Spiegel, D., 1994, "Psychosocial support for patients with cancer", *Cancer*, 74, pp 1453-1457.

Springer, J.F. et al, 1992, "CODA: A creative therapy program for children in families affected by abuse of alcohol or other drugs", *Journal of Community Psychology*, pp 55-74.

Stevens, A., *Jung* (Çev. A. Çayır), Kaknüs Yayınları, İstanbul, 1999.

Storksens, H.T. et al., 2012, "Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression", *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91 (2), pp 237-42.

Storksens, H.T. et al., 2013, "The Impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth", *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92 (3), pp 318-24.

Sungur, M.Z., 2015, "Röportaj: Bilişsel davranışçı terapi ve psikanaliz üzerine", *Kognitif Davranış Terapileri E-Dergi*, 3, ss 2-5.

Sümer, N. ve Güngör, D., 1999, "Yetişkin bağlanma ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma", *Türk Psikoloji Dergisi*, 14, ss 71- 106.

Swan-Foster, N., 1989, "Images of pregnant women: art therapy as a tool for transformation", *The Arts in Psychotherapy*, 16, 283-292.

Swan-Foster, N., Foster, S. and Dorsey, A., 2003, "The use of the human figure drawing during pregnancy", *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(4), 297-307.

Sydsjö, G. et al. ,2013, “Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery” ,. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 92 (2), pp 210-214.

Szeverenyi, P., et al., 1998, “Contents of childbirth-related fear among couple wishing the partner’s presence at delivery”, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 19, pp 38-43.

Şahin, N.H., 2009, “Sectio-Sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2 (3), 93-98.

Şahin, N., Dinç, H. ve Dişsiz, M., 2009, “Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler”, Zeynep Kamil Bülteni, 40 (2), pp 57-62.

Taimalu, M., Children’s Fear and Coping Strategies : A Comparative Perspective, Tartu University Press, Estonia, 2007.

Tanrıöver, G.B., 2010, “Müzikle tedavi yöntemleri”, e-Journal of New World Sciences Academy, 5(3), ss 150-157.

T.C. Sağlık Bakanlığı., 2011, İkinci basamak sağlık kurumlarında görevli personele birim performans katsayısının uygulanmasına dair yönerge. Ulaşılabilir site http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/performansa_dayali_ek_odeme_si_stemi/ibbpyonerge.pdf

Titus, J.E. and Sinacore, A.L., 2013, “Art-making and well-being in healthy young adult women”, The Arts in Psychotherapy, 40(1), pp 29-36.

Toker, P., 2005,. İlköğretim rehberlik çalışmalarında sanatsal materyallerin kullanılması. 2. Uluslararası Çocuk ve İletişim Kongresi İstanbul.

Türkiye Psikiyatri Derneği, 2016, “Grup psikoterapileri”, Ulaşılabilir site <http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=8>

Ulusoy, M., Şahin, N.H. and Erkmen, H., 1998, “Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties”. J Cogn Psychother, 12 (2), pp 163-172.

Van der Vennet, R. and Serice, S., 2012, “Can coloring mandalas reduce anxiety? A replication study”, Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 29 (2), pp 87-92.

Wadeson, H., Art Psychotherapy, John Wiley and Sons, New York, 1980.

Walsh, S.M. et al, 2005, “Lowering stress while teaching research: A creative arts intervention in the classroom”, Journal of Nursing Education, 44 (7), pp 330-333.

Wallace, J. et al, 2004, “The use of art therapy to detect depression and post-traumatic stress disorder in pediatric and young adult renal transplant recipients”, *Pediatric Transplant* 8 (1), pp 52-59.

Weiser, J., 2001, “Phototherapy techniques: Using clients’ personal snapshots and family photos as counselling and therapy tools”, *Afterimage*, 29 (3), 10-15.

Wiklund, I. et al., 2012, “Indications for cesarean section on maternal request-guidelines for counseling and treatment”, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3 (3), pp 99-106.

Wijma, K., Wijma, B. and Zar, M., 1998, “Psychometric aspects of the W-DEQ: A new questionnaire for the measurement of the fear childbirth”, *J. Psychosom Obstet. Gynecol*, 19(2): 84-97.

Winnicott, D.W., 1971, *Playing and Reality*, 1st Edition, Basic Books: New York.

Woltmann, A, G., 1951, “The use of puppetry as a projective method in therapy”. In H. H. Anderson &G. L. Anderson (Eds.), *An Introduction to Projective Techniques*. Frentice-Hall: New Jersey.

Wood, M., Molassiotis, A. and Payne, S., 2011, “What evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review”, *Psycho-Oncology*, 20, pp 135-145.

World Health Organization, 1985, “Appropriate technology for birth”, *Lancet*, 24, pp 436-437.

World Health Organization, 2011, “World Health Statistics”, Available on site, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10. 29/12/2011. 01.07.2015

Wu, A.Z., 2008, “Applying cinema therapy with adolescents and a cinema therapy workshop”, California State University, California.

Yalom, I.D., *Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği* (Çev. A. Tangör A. ve Ö. Karaçam), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1992.

Yanık, M., 2004, “Etkileşim gruplarına benzerliği açısından sıra gecesi”, *Yeni Symposium*, 42(1), pp 37-41.

Yavuzer, H., *Resimleriyle Çocuk*, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1992..

Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi., 2015, “Doğum korkusu”. Ulaşılabilir site <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.

Zar, M., Wijima, K. and Wijima, B., 2001, "Pre and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women", *Scandinavian Journal Of Behaviour Therapy*, 30 (2): 75-84.



EKLER

EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Doğum korkusu konusunda yapılan çalışma için kişisel bilgilerinize ihtiyaç duyulmaktadır. Katkınız için teşekkür ederiz

Ceren SEZEN

1. Yaşınız:

2. Aile Tipiniz:

a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Diğer.....

3.Yaşadığınız yer:

a) Şehir b) İlçe c) Köy

4. Eğitim Durumunuz:

a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu d) Üniversite ve üzeri

5.Mesleğiniz:

6.Eşinizin Yaşı:.....

7. Eşinizin Eğitim Durumu:

a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu d) Üniversite ve üzeri

8. Gebelik sayısı (Doğumun gerçekleşmiş olması önemli olmadan):

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üstü

9. Daha önce düşük, kürtaj, dış gebelik yaşadınız mı ?

a) Evet (.....

b) Hayır

10. Bu gebelik planlı bir gebelik mi?

a) Evet b) Hayır

11. Gebelik haftanız:.....

12. Eşinizin destek düzeyi nedir?

0 (Hiç) - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (Çok iyi)

13. Yakınlarımızın destek düzeyi nedir?

0 (Hiç) - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (Çok iyi)

14. Doktorunuzdan hissettiğiniz destek düzeyi nedir?

0 (Hiç) - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (Çok iyi)

15. Çalışma başladıktan itibaren gebeliğinizde istenmeyen bir gelişme yaşadınız mı ?

- a) Evet (.....)
b) Hayır

16. Çalışma başladıktan itibaren gebelikten bağımsız olarak istenmeyen bir hayat öyküsü geçirdiniz mi?

- a) Evet (.....)
b) Hayır

17. Doğum eylemini hakkındaki düşünceniz nedir?

0 (Asla Yapamam) - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (Çok Kolay Yaparım)

18. Doğum eyleminine yönelik duygunuz nedir?

0 (Hiç Korkum Yok) - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (Çok Korkuyorum)

EK-2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabi dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimi utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancılar, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-3. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUCÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK-4. SUD ÖZNEL RAHATSIZLIK ÖLÇEĞİ

ÖZNEL RAHATSIZLIK BİRİMİ ÖLÇEĞİ (SUD-Subjective Units of Disturbance)

0-10 arasında derecelendirilmiş bir rahatsızlık termometresi düşününüz. İçinde bulunduğunuz bu sıkıntı, korku, anksiyete, rahatsızlık duygularını sizin algıladığınız düzeye göre derecelendiriniz.

10	Şimdiye kadar hissedilen en yüksek anksiyete düzeyi	()
9	Dayanılması güç düzeyde anksiyete düzeyi	()
8	Bir işe konsantre olmayı engelleyecek düzeyde anksiyete düzeyi	()
7	Yapılan işi engellemeyecek kadar yüksek seviyede anksiyete düzeyi	()
6		()
5	Anksiyete şiddeti artıyor, rahatsızlık duyuluyor ama bu durum işini aksatmıyor	()
4		()
3	Anksiyete düzeyi ilerliyor	()
2	Anksiyeteye başlıyor	()
1	Tolere edilebilir ve konsantre olabilir	()
0	Tamamen rahatlamış	()

EK-5. WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ A VERSİYONU (W-DEQ)

WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ

(W-DEQ) A VERSİYONU

Bu anket formu, kadının doğum sancuları ve doğumu sırasında yasayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancularınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancularınızı ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli değil*.

I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1. 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
mükemmel mükemmel değil

2. 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
korkunç korkunç değil

II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3. 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
yalnız yalnız değil

4. 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
güçlü güçlü değil

5. 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç kendinden
Kendinden emin emin değil

6. 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç korkmamış
korkmuş

7. 0 1 2 3 4 5
Son derece yüzüstü Hiç yüzüstü
bırakılmış bırakılmamış

8. 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
güçsüz güçsüz değil

II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

9. 0 1 2 3 4 5
Son derece güvende Hiç güvende değil
10. 0 1 2 3 4 5
Son derece bağımsız Bağımlı
11. 0 1 2 3 4 5
Son derece umutsuz Hiç umutsuz değil
12. 0 1 2 3 4 5
Son derece gergin Gerginlik yok
13. 0 1 2 3 4 5
Son derece memnun Hiç memnun değil
14. 0 1 2 3 4 5
Son derece hoşnut Hiç hoşnut değil
15. 0 1 2 3 4 5
Son derece terkedilmiş Hiç terkedilmemiş
16. 0 1 2 3 4 5
Tamamen kendine hakim Hiç kendine hakim değil
17. 0 1 2 3 4 5
Son derece rahat Hiç rahat değil
18. 0 1 2 3 4 5
Son derece mutlu Hiç mutlu değil

III Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19. 0 1 2 3 4 5
Aşırı panik Hiç panik değil
20. 0 1 2 3 4 5
Aşırı ümitsizlik Ümitsizlik yok

21. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Aşırı çocuğa kavuşma isteği _____ Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
22. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Aşırı öz güvenli _____ Öz güveni yok
23. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece kendine güvenli _____ Kendine güvensiz
24. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Aşırı ağrılı _____ Hiç ağrı yok

IV Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece kötü davranacağım _____ Kötü şekilde davranmayacağım
26. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim _____ Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim
27. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Kontrolümü tamamen kaybedeceğim _____ Kontrolümü kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece keyif verici _____ Hiç keyif verici değil
29. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece doğal _____ Hiç doğal değil
30. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Tamamen olması gerektiği gibi _____ Hiç olması gerektiği gibi değil
31. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece tehlikeli _____ Hiç tehlikeli değil

VI Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

32.doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

33.doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

EK-6. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Tarih:

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu çalışma, doğum korkusu olan gebelerin korkularını yenme konusunda sanat terapisinin etkililiğini tespit etmek amacıyla Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi kapsamında düzenlenmiş bir araştırmayı (*Sanat terapisinin doğum yapma korkusu üzerindeki etkisi*) kapsamaktadır.

Çalışmanın amacı, gebelerin korkularının azaltılmasını/ giderilmesini sağlamaktır.

Çalışma 15' er kişilik toplam 30 kişiden oluşturulmuş iki gruptan oluşacaktır. Bir gruba sanat terapisi tekniği uygulanırken bir gruba doğum korkusu konusunda anlatım yöntemi uygulanacaktır. Üyelerin hangi grupta olacağı rastgele atama seçeneğiyle belirlenecektir. Gönüllüler, riskli gebelik tanısı almamış olanlar, işitme engeli olmayanlar, görme engeli olmayanlar, gebeliğinin 28.29.30.31. ya da 32.' i haftasında olanlar, herhangi bir psikiyatri tanısı almamış olanlar ,halihazırda bir başka terapötik tedavi sürecinde olmayanlar, nörolojik bozukluğu olmayanlar, psikiyatri ilacı kullanmayanlar ve doğuma hazırlık eğitimine katılmamış olanlar arasından belirlenecektir.

Çalışma başlamadan önce ve çalışma bitiminde çalışmanın etkililiğini ölçmek amacıyla grup üyelerine öntest ve sontest olarak Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ), Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Öznel Rahatsızlık Birimi Ölçeği (SUD) dağıtılarak doldurmaları istenecektir.

Araştırma terapötik bir çalışma olup, anneye ve bebeğe dışarıdan fizyolojik bir müdahale uygulanmayacaktır. Kendilerinin maruz kalacağı bir risk bulunmamaktadır.

Çalışmanın hedefi doğrultusunda herhangi bir klinik yarar olmadığına gönüllü bu durum hakkında bilgilendirilecektir.

Çalışmaya katılacak her gönüllünün ulaşım ve yemek masrafları kendisine aittir.

Araştırma gönüllülük esasına dayalıdır. Gönüllü; istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir, araştırmadan çekilebilir.

Gönüllünün doldurduğu test bilgilerine yalnızca Etik Kurul, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ve tez danışmanı (Yrd. Doç. Dr. Barış Önen ÜNSALVER) ulaşabilir. Bunun dışında, gönüllünün kimliği ve bilgileri gizlilik esasına dayalı olarak hiçbir kurum ve kişiyle paylaşılmayacaktır.

Çalışma süresince gönüllünün katılım isteğini etkileyebilecek her konu kendisiyle paylaşılacaktır.

Her gönüllü araştırma süresince çalışma yürütücüsü Ceren SEZEN' e 24 saatlik zaman diliminde (538)0203950 numaralı telefonda ve *psk.cerensezen@gmail.com* mail adresinden ulaşabilir olacak.

Gönüllü; çalışma başladıktan sonra diğer grup üyeleriyle sözlü ya da yazılı saldırı halinde olduğu, riskli gebelik olduğu, psikiyatri ilaçları kullanmaya başladığı, psikiyatri/nöroloji bölümlerinden klinik tanı aldığı durumlarda çalışma kendisi için araştırmacı tarafından sona erdirilecektir. Bu bilgilerin araştırmacı ile paylaşılması gönüllünün kendi sorumluluğundadır.

Gönüllü, 6 hafta (Haftada bir gün 130 dk) çalışmaya katılacaktır.

Çalışma süresince hiçbir biyolojik materyal kullanılmayacaktır.

Gönüllü, 6 seanslık çalışma boyunca çalışmaya katılımını sürdürmekle ve çalışmalara zamanında katılmakla sorumludur.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen uzman tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllü Ad Soyad

Ceren SEZEN

(Araştırmacı)

İmza

İmza

EK-7. ARAŞTIRMA UYGULAMA İZİNİ

Evrak Tarihi ve Sayısı: 09.12.2015-41418



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



ÇOK İVEDİ

Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İzni Hk.

SAYIN CEREN GELMEDİ
Aydınevler Mah. Gülpınar Sokak No:17/17 Küçükyalı-Maltepe/İstanbul

İlgi : a) 05.11.2015 tarihli ve bila sayılı yazısı.
b) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 04.12.2015 tarihli ve 8035 sayılı yazısı.

İlgi (a) sayılı yazınızla "Sanat Terapisinin Doğum Yapma Korkusu Üzerine Etkisi" konulu anket çalışmanızı Genel Sekreterliğimize bağlı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütme talebiniz ilgi (b) sayılı yazıya istinaden Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

İsmail ÖZTÜRK
İdari Hizmetler Başkanı a.
İdari Hizmetler Başkanlığı Koordinatörü

EKLER :
Yazı Örneği (1 Sayfa)

Güvenlik Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
15.12.2015
Nurhayat SAYIN
Hemşire

E-5 Karayolu Üzeri 34752 / Ataşehir / İstanbul
Telefon: 5787878-7767 Faks: 0216 578 78 21
e-Posta: emineturegun_12@hotmail.com
Evrakı Doğrulamak İçin : <http://212.156.51.42:805/enVision/Dogrula/6P4J2UM>

Ayrıntılı bilgi için iritibat: Emine ÖZÇAVDAR



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Sayfa 1 / 1

Evrak Tarihi ve Sayısı: 09.12.2015-41418



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 11391090-770-
Konu : Ceren GELMEDİ'nin Anket İzni Hk.

**İSTANBUL TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ**

İlgi : 01.12.2015 tarih ve 40564 sayılı yazınız,

T.C. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bölümü III. Dönem öğrencisi Ceren GELMEDİ'nin "Sanat Terapisinin Doğum Yapma Korkusu Üzerine Etkisi" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını hastanemizde yapabilmesine dair talebi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Ateş KARATEKE
Başhekim

Zeynep Kamil Mah. Op. Dr. Burhanettin Üstünel Cad. No:10 34668

Üsküdar-İSTANBUL

Telefon: 2163910680/1523

e-Posta: ss-dundar@hotmail.com

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://212.156.51.42:805/enVision/Dogrula/CD4JCL8>

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Sema Sergül DÜNDAR



EK-8. YEMİN METNİ

Yemin Metni Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum

“.....”

adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih / /

Adı SOYADI

İmza

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler: CEREN SEZEN

Doğum Tarihi: 12.02. 1991

Doğum Yeri: KÜTAHYA

Medeni Hali: Evli

Uyruğu: T.C.

E-mail: psk.cerensezen@gmail.com

Eğitim durumu:

Kadir Has Anadolu Lisesi (2009)

Yabancı Dil:

İngilizce (Advanced)

İş deneyimi

-

Bilimsel yayınlar ve çalışmalar

Sezen-Gelmedi, C., 2013, “Değerler eğitimi: okul spor takımında yer alan öğrencilerin sahip oldukları değer konularının incelenmesi”, I.Ulusal Yükseköğretimde Eğitim Araştırmaları ve Uygulamaları Kongresi, İstanbul.

Sezen-Gelmedi, C., Gelmedi, O., ve Sezen, C., 2013, “Expectations from school counselors with the effects of globalization”, Young Teachers of Future Discussing the Teaching Profession, İstanbul.

Sezen-Gelmedi, C., 2013, “Kuşaklar köprüsü - Bir proje örneği” IX. Ulusal PDR Öğrenci Kongresi, Malatya.

Sezen-Gelmedi, C. ve Gelmedi, O., 2014, “Voleybolcuların duygusal zeka düzeylerinin farklı değişkenlere göre incelenmesi”, VII. Ulusal Spor Bilimleri Öğrenci Kongresi, Karaman.

Sezen, C., 2016, “Sanat terapisinin doğum korkusu düzeyine etkisi ” Doğuma hazırlık eğitmeni ve doğum psikoloğu mezuniyet tezi, İstanbul Doğum Akademisi, İstanbul.

Üye olunan mesleki kuruluşlar

DOĞANA-Doğumda Kadın Hakları Derneği (Yönetim Kurulu Üyesi)