

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**GEBELERDE MANEVİYATIN DOĞUM KORKUSU VE  
MUTLULUĞA ETKİSİ**

**SİYABE ARSLAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP – 2023**

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GEBELERDE MANEVİYATIN DOĞUM KORKUSU VE  
MUTLULUĞA ETKİSİ**

**SİYABE ARSLAN**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin  
Hemşirelik Ana Bilim Dalı  
Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
olarak hazırlanmıştır.

**TEZ DANIŞMANI  
Dr.Öğr.Üyesi Sezer AVCI**

**GAZİANTEP – 2023**



---

## LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ KABUL VE ONAY FORMU

---

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Siyabe ARSLAN** tarafından hazırlanan “**Gebelerde Maneviyatın Doğum Korkusu ve Mutluluğa Etkisi**” başlıklı tez, **16/06/2023** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.



## **TEZ BİLDİRİMİ**

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

## **DECLARATION PAGE**

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Siyabe ARSLAN

Tarih: 04.06.2023

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezım boyunca katkısını, deneyim ve tecrúelerini esirgemeyen bu süreçte bana ışık olan çok değerli hocam Sayın Dr.Öğr.Üyesi Sezer AVCI'ya,

Eğitim hayatım boyunca benden desteklerini esirgemeyen anne-babam, kardeşlerim ve dedem başta olmak canım ailem'e,

Tez verilerimi toplamamda bana bu süreçte destek olan sağlık personeli arkadaşlarıma sosuz teşekkürler sunarım. Tezimi depremde hayatını kaybeden ve o süreçte canla başla çalışan değerli sağlık personeli arkadaşlarıma ithaf ediyorum.

Siyabe ARSLAN

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GEBELERDE MANEVİYATIN DOĞUM KORKUSU VE**  
**MUTLULUĞA ETKİSİ**

**Siyabe ARSLAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman**  
**Dr.Öğr.Üyesi Sezer AVCI**

**ÖZET**

Hemşirelik alanında gebelerin maneviyat düzeyinin gebeliğe etkisiyle ilgili literatür taraması yapıldığında bir eksiklik tespit edildi. Bu çalışmada gebelerde maneviyat düzeyinin doğum korkusu ve mutluluğa olan etkisini ortaya koymak ve literatüre katkı sunmak amacıyla yapıldı. Kesitsel tipteki çalışmanın verileri Eylül 2022 – Şubat 2023 tarihlerinde Gaziantep ilinde bulunan iki devlet hastanesi ve özel bir hastanede kadın doğum polikliniğine başvuran 18-49 yaş arasında 20-34 haftalık gebelerden toplandı. Yapılan güç analizine göre, %95 güven aralığında, (1-β) 0.85 olması istendiğinde 532 katılımcı ile çalışmanın yeterli olduğu görüldü (G-Power, v3.1.9.7). Çalışmamız 611 gebeye yürütüldü. Araştırmanın verileri; “Kişisel Bilgi Formu,” “Doğum Tutum Ölçeği (DTÖ),” “Maneviyat Ölçeği (MÖ)” ve “Oxford Mutluluk Ölçeği (OMÖ)” ile toplandı. Verilerin analizinde sürekli değişkenlerde ortalama (Ort.) ve standart sapma (SS) ile, kategorik değişkenlere ait veriler sayı (n) ve yüzde (%) kullanılarak raporlandı. İkili grupların değerlendirilmesinde Independent samples t testi, üç ve üstü grupların değerlendirilmesinde Oneway ANOVA testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkide Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeklerin birbirlerini yordamaları Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile değerlendirildi. MÖ ile DTÖ arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $r=-0.106$ ,  $p=0.009$ ). MÖ ile OMÖ arasında ise pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edildi ( $r=0.427$ ,  $p<0.001$ ). Ayrıca DTÖ ile OMÖ arasında da negatif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ( $r=-0.286$ ,  $p<0.001$ ). Maneviyat puanının; doğum korkusu ve mutluluk puanıyla istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcısı (açıklayıcısı) olduğu görüldü. Hemşirelerin gebelerde manevi bakıma yönelik uygulamalarının desteklenmesi ve bu konuda çalışmaların artırılması gerektiği önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Maneviyat, Gebelik, Doğum, Korku, Mutluluk

**HASAN KALYONCU UNIVERSITY  
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE  
DEPARTMENT of NURSING**

**THE EFFECT OF SPIRITUALITY ON FEAR OF CHILDBIRTH  
AND HAPPINESS IN PREGNANT WOMEN**

**Siyabe ARSLAN**

**MASTER THESIS**

**Advisor  
Asst. Prof. Dr. Sezer AVCI**

**ABSTRACT**

In the field of nursing, a deficiency was detected when a literature review was conducted on the effect of the spirituality level of pregnant women on pregnancy. This study was carried out to reveal the effect of spirituality level on fear of childbirth and happiness in pregnant women and to contribute to the literature. The data of the cross-sectional study were collected from pregnant women between the ages of 18-49, who were 20-34 weeks old, who applied to the obstetrics clinic of two state hospitals and a private hospital in Gaziantep between September 2022 and February 2023. According to the power analysis, it was seen that it was sufficient to work with 532 participants when the confidence interval of 95% (1- $\beta$ ) was required to be 0.85 (G-Power, v3.1.9.7). Our study was conducted with 611 pregnant women. The data of the research; It was collected with "Personal Information Form," "Birth Attitude Scale (BAS)," "Spirituality Scale (SS)" and "Oxford Happiness Scale (OHS)". In the analysis of the data, mean and standard deviation (SD) for continuous variables and data for categorical variables were reported using numbers (n) and percentage (%). Independent samples t test was used in the evaluation of the paired groups, and the Oneway ANOVA test was used in the evaluation of the groups of three or more. Pearson Product-Moment Correlation analysis was used for the relationship between continuous variables. Prediction of the scales to each other was evaluated by Simple Linear Regression Analysis. A negative, weak, and statistically significant relationship was found between SS and BAS ( $r=-0.106$ ,  $p=0.009$ ). On the other hand, a positive, moderate and statistically significant relationship was found between SS and OHS ( $r=0.427$ ,  $p<0.001$ ). In addition, it was observed that there was a negative, weak and statistically significant relationship between BAS and OHS ( $r=-0.286$ ,  $p<0.001$ ). It was found that there was a statistically significant predictor (explanator) of fear of birth and happiness score. It is suggested that nurses' practices for spiritual care in pregnant women should be supported and studies on this subject should be increased.

**Keywords:** Morale, Pregnancy, Birth, Fear, Happiness

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	x
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	xi
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı</b> .....	1
<b>1.2. Araştırmanın Amacı</b> .....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
<b>2.1. Gebelik Nedir?</b> .....	5
2.1.1. Gebelik döneminin önemi .....	5
2.1.2. Gebelik döneminde görülen değişiklikler .....	8
2.1.3. Gebelik dönemine bağlı yaşanan sorunlar.....	12
2.2.1. Primer (birincil) tokofobi .....	15
2.2.2. Sekonder (ikincil) tokofobi.....	16
2.2.3. Prenatal depresyon belirtisi tokofobisi .....	16
2.2.4. Doğum korkusunun nedenleri .....	16
2.2.5. Doğum korkusunun sonuçları.....	18
2.2.6. Obstetrik faktörlere bağlı oluşan doğum korkusunu önlemeye yönelik yapılan uygulamalar .....	19
2.2.7. Psikososyal faktörlere bağlı oluşan doğum korkusunu önlemeye yönelik yapılan uygulamalar .....	20
<b>2.3. Maneviyat</b> .....	23
2.3.1. Manevi bakım.....	24
2.3.2. Manevi bakım uygulamaları.....	25
2.3.3. Gebelerde manevi bakımın faydaları.....	29
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	32
<b>3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi</b> .....	32
<b>3.2. Araştırmanın Yeri zamanı</b> .....	32

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	32
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri .....	32
3.5. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu .....	33
3.6. Veri Toplama Araçları .....	33
3.7. Kişisel Bilgi Formu.....	33
3.8. Doğum Tutum Ölçeği (DTÖ) .....	34
3.9. Maneviyat Ölçeği (MÖ) .....	34
3.10. Oxford Mutluluk Ölçeği (OMÖ).....	35
3.11. Verilerin Toplanması .....	35
3.12. Verilerin Analizi .....	35
3.13. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA .....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
6.1. SONUÇLAR .....	71
6.2. ÖNERİLER .....	71
6.3. SINIRLILIKLAR.....	72
KAYNAKÇA .....	73
EKLER .....	81
EK 1. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu .....	81
EK 2. Doğum Tutum Ölçeği Kullanım İzni .....	82
EK 3. Maneviyat Ölçeği Kullanım İzni .....	83
EK 4. Oxford Mutluluk Ölçeği Kullanım İzni .....	84
EK 5. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan .....	85
EK 6. İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzinleri.....	86
EK 7. Özel Hastane Kurum İzini.....	87
EK 8. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu.....	88

<b>EK 9. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formu .....</b>	<b>89</b>
<b>EK 10. İntihal Raporu .....</b>	<b>94</b>
<b>EK 11. Kısa Özgeçmiş.....</b>	<b>95</b>



## ÇİZELGE DİZİNİ

Çizelgeler	Sayfa
Çizelge 4.1.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımları (n=611).....	38
Çizelge 4.1.2. Gebelerin Mesleklerine Göre Dağılımları (n=611) .....	41
Çizelge 4.1.3. Gebe Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımları (n=611) .....	42
Çizelge 4.1.4. Kronik Hastalıkları Bulunan Gebelerin Dağılımları (n=61).....	43
Çizelge 4.1.5. Önceki Gebeliğinde Sorun Yaşayan Gebelerin Sorunlarına Göre..... Dağılımları (n=200)	44
Çizelge 4.1.6. Şu Anki Gebeliğinde Sorun Yaşayan Gebelerin Sorunlarına Göre..... Dağılımları (n=82)	45
Çizelge 4.1.7. Şu Anki Gebeliğini İstemeyen Gebelerin Gebeliği İstememe..... Nedenlerine Dağılımları (n=79)	46
Çizelge 4.2.1. Gebelere Göre Mutluluğun Tarifi (n=611).....	47
Çizelge 4.2.2. Gebelerin Manevi Destek ve Gücü Aldığı Kaynakların Dağılımı..... (n=611)	48
Çizelge 4.2.3. Gebelerin Mutluluk Düzeylerine Göre Yaş Grupları, Gebeliği İsteme... Durumu ve Manevi Gücün Gebeliğe Etkisi Oranlarının Karşılaştırılması	49
Çizelge 4.3.1. Doğum Tutum, Maneviyat ile Oxford Mutluluk Ölçekleri ve..... Alt Boyut Puanlarına Ait Frekansların Dağılımı	51
Çizelge 4.3.2. Ölçekler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	51
Çizelge 4.3.3. Gebelerin Gebelik Durumu Özelliğiyle DTÖ, MÖ ve OMÖ Puan.... Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=611)	52
Çizelge 4.3.4. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikleri ile DTÖ, MÖ ve OMÖ..... Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=611)	53
Çizelge 4.3.5. Maneviyatın Doğum Korkusu Üzerine Etkisi: Basit Doğrusal..... Regresyon	58
Çizelge 4.3.6. Maneviyatın Mutluluk Üzerine Etkisi: Basit Doğrusal Regresyon...	58

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller	Sayfa
Şekil 4.1.1. Gebelerin Mesleklerine Göre Dağılımları.....	41
Şekil 4.1.2. Gebe Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımları.....	42
Şekil 4.1.3. Kronik Hastalıkları Bulunan Gebelerin Dağılımları.....	43
Şekil 4.1.4. Önceki Gebeliğinde Sorun Yaşayan Gebelerin Dağılımları.....	44
Şekil 4.1.5. Şu Anki Gebeliğinde Sorun Yaşayan Gebelerin Dağılımları.....	45
Şekil 4.1.6. Şu Anki Gebeliğini İstemeyen Gebelerin Gebeliği İstememe..... Nedenlerine Göre Dağılımları	46
Şekil 4.2.1. Gebelere Göre Mutluluğun Tarifi.....	47
Şekil 4.2.2. Gebelerin Manevi Destek ve Gücü Aldığı Kaynakların Dağılımı.....	48

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

### KISALTMALAR BAŞLIĞI

<b>ACOG</b>	American College of Obstetricians and Gynecologists /Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
<b>ACTH</b>	Adrenokortikotropik Hormon
<b>AHNA</b>	The American Holistic Nurses Association/Amerikan Holistik Hemşireler Birliği
<b>CRH</b>	Kortikotropin Hormon
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>DTÖ</b>	Doğum Tutum Ölçeği
<b>GD</b>	Gestasyonel Diyabet
<b>GFR</b>	Glomerüler Filtrasyon Hızı
<b>HG</b>	Hiperemezis Gravidarum
<b>ICM</b>	International Confederation of Midwives/Uluslararası Ebeler Konfederasyonu
<b>İBBS</b>	İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması,
<b>MÖ</b>	Maneviyat Ölçeği
<b>OGTT</b>	Oral Glukoz Tolerans Testi
<b>OMÖ</b>	Oxford Mutluluk Ölçeği
<b>RhoGAM</b>	Rhimmünglobülin
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>TDK</b>	Türk Dil Kurumuna
<b>THD</b>	Türk Hemşireler Derneği
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Gebelik süreci döllenmenin gerçekleşmesinden itibaren yaklaşık olarak 40 gebelik haftası içeren ve 3 trimesterden oluşan bir süreçtir (1,2). Gebelik süreci, fizyolojik bir durum olmasına karşın kadının yaşamında önemli bir yeri olan bir geçiş dönemidir (3,4). Çünkü bu dönem kadında fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişimi de beraberinde getiren karmaşık ve özel bir süreçtir (3,4). Gebenin bu süreci sağlıklı bir şekilde geçirebilmesi uyum sağlaması için gebeliğe uygun sosyal hayatında yapacağı değişimlerle mümkün olabilir (3,5-7). Yapılan bir çalışmada; “gebeliği isteyen kadınların gebeliğe daha kolay uyum sağlayabildiği ve gebeliğe uyum sağlayanlarında gebelik sürecinde yaşanan zorlu değişim sürecini daha kolay geçirebildiğini belirttikleri” bulunmuştur (4). Gebelik sürecine gebenin uyum sağlaması, bu sürece dair oluşacak sorunların en aza indirilmesine neden olur (4,8). Bu süreci uyumlu geçirmek anne sağlığını, annenin de sağlığı, gelişimini anne karnında tamamlayan bebeğin sağlığını, bebeğin de sağlıklı olması ailenin sağlığını, ailenin sağlıklı olması da toplumun sağlığını etkileyecektir (3,6,7,9). Dolayısıyla ülkemizde, dünyada sağlık hizmetlerine yön verilmesinde ve sağlıklı bir toplum oluşturulmasında öncelikle kadın, gebe sağlığı hizmetleri önem arz etmektedir (7). Bu nedenle Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na göre doğum öncesi izlem; “gebeliğin fark edilmesinden 14. gebelik haftasına kadar birinci izlem, 18.-24. gebelik haftası aralığında ikinci izlem, 28.-32 gebelik haftası aralığında üçüncü izlem, 36.-38. gebelik haftası aralığında dördüncü izlem yapılmaktadır” şeklinde belirtilmiştir (2). Bu izlemlerde hemşire olarak gebenin sadece fizyolojik değişimlerine odaklanmamak gerekir (10). Çünkü gebelik süreci birçok kadında fizyolojik, biyolojik ve psikolojik değişimlere ek olarak süreçle ilgili bilinmezlik duygusu oluşturan bir süreç olması ayrıca doğum süreci ve doğum sonrası dönemde kadının sosyal rollerinde değişimlerin olmasından ötürü kadınlar bu süreçte doğum korkusu yaşarlar (10-13). Doğum korkusunun, ideal düzeyde olması kişiyi doğuma karşı motive eder ve doğuma hazırlar. Fakat bazen doğum korkusunun gebelikten öncede var olması veya doğum korkusunun şiddetinin artması bu durumun patolojik hale gelmesine neden olabilir (11,14,15). Doğum korkusunun kadın sağlığı üzerine etkisine yönelik yapılan literatür incelemesinde; Demsar ve ark.’nın (2018) çalışmasında; “Çiftlerin doğuma yönelik olumlu tutumları, doğum korkusu, doğum tercihleri ve doğum şekliyle etkilediği” bulunmuştur (16). Hildingsson’ın (2022)

çalışmasında; “Doğum korkusu yaşayan gebelerin doğum esnasında sentetik oksitosin, doğum şekli olarak acil sezaryen geçirme olasılıkları daha yüksek olduğu” tespit edilmiştir (17). Çapık ve Durmaz’ın (2018) çalışmasında; “Gebelerin yaşadığı doğum korkusuyla, doğum sonu depresyon ve post travmatik stres seviyesi anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu” bulunmuştur (18). Doğum korkusu, gebelik komplikasyonlarına neden olabilmekte bu durumda yenidoğanda; “fetal distres, intrauterin gelişme geriliği, hipoksi, düşük doğum ağırlığı ve asfiksi gibi” ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (19,20). Tüm bu çalışmalar doğum korkusunun sağlık bakımında önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir. Sağlık bakım sunumunda önemli bir yere sahip olan hemşirelerinde gebelik izlemlerinde kadının doğum korkusunu önlemeye yönelik nedene bağlı bakım sağlar. Hemşire gebenin doğum korkusu oluşum nedenine göre bakım sağlayıp azaltmaya çalışır (1,13,21,22). Bu uygulamalar “psiko-eğitim, sanat terapisi, gevşeme egzersizi, solunum egzersizi, fiziksel egzersiz, yoga, haptonomi, masaj terapisi, sosyal destek, müzik terapisi ve manevi bakım” uygulamalarıyla psikososyal rahatlama sağlanarak doğum korkusu azaltılabilmektedir (1,11-14,17,23,24).

Maneviyat ve manevi bakım bütüncül hemşirelik bakımının sağlanmasında önemli bir unsur olup ayrıca gebelere sunulan antenatal bakımın içeriğinde de olması gereken bir bakımdır. Çünkü gebelik süreci biyopsikososyal ve manevi yönleriyle birçok değişimi yaşadığı gebelerin özel bakım ve gereksinimlerinin olduğu bir süreçtir (9). Ayrıca birey de fiziksel, sosyal, ruhsal ve manevi (spiritüel) yönüyle bir bütündür (18,25-27). Bu nedenle topluma sağlık hizmeti sunumunda görev alan hemşirelerin de topluma bakım verirken bireyi tüm yönleriyle ele alıp bakım vermesi gerekmektedir (27). Bu yaklaşıma holistik (bütüncül) bakım denmektedir (18,25,28). Holistik bakım kavramı, Florence Nightingale ile beraber modern hemşirelik uygulamalarında bütüncül bakıma yer verilmiştir (31). Bu gelişmeler hemşirelikte bütüncül bakımın sağlanabilmesi için maneviyatın önemli bir yere sahip olduğunu göstermekte olup maneviyatla bütüncül bakımının ayrılamadığına ve hemşirelik bakımında manevi (spiritüel) bakımın doğmasına katkıda bulunmuştur (29-33). Manevi bakım, bireylerin manevi yönden güçsüzleştiği, manevi bakım ihtiyaçlarının doğduğu dönemde bireylere destek olmak, bireyin ihtiyaç duyduğu manevi uygulamaları tespit ederek bu konuda bireylere danışmanlık yapmak ve yaptığı olumlu manevi uygulamaları hastaneye ya da hastane dışında yapması için destek olarak sunulan bakım hizmetidir (34,35). Ayrıca bu süreçte gebelerin manevi gereksinimleri de artmaktadır ve bu gereksinimlerin

karşılanmaması halinde gebede “spiritüel distres” gelişebilir (9,36,37). Bu nedenle gebelerin kapsamlı bir hemşirelik bakımı ve değerlendirmenin yapılabilmesi için maneviyatın göz ardı edilmemesi gerekmektedir (38). Gebelik sürecinde sunulan manevi bakımla gebenin yanında olmak yaşadığı stresli, sıkıntılı ve korkulu dönemin üstesinden gelerek yaşanan olumsuzlukların azalmasına neden olacaktır (39,40-42). Bu nedenle gebelere sunulacak manevi bakım önem arz etmektedir. (41). Hemşire gebeye manevi bakım sunarken öncelikle gebeye sorulan sorularla gebenin bireysel manevi profili oluşturulur. Hemşire öncelikle bakım verdiği toplumun manevi profilinin neler olduğunu, gebelik sürecinde ya da doğumda topluma özgü yapılan uygulamaların neler olduğuna ilişkin bilgiler elde etmelidir. Bu bilgileri toplarken ön yargısız, eleştirmeden, cesaretlendirici bir şekilde dinlemeli ve onu anladığını ifade etmelidir (29,31).Toplumun manevi profili aynı zamanda gebelerin manevi profili hakkında da hemşirelere yol gösterebilir bu nedenle bakım verdiği toplumunda manevi uygulamalarını bilmelidir (43,44). Daha sonrasında hemşire tanımlama-planlama aşamasında edindiği bilgilerden yola çıkılarak bireye özel yapacağı manevi uygulamaları uygular. Bu aşamada, gebenin sosyal çevresinden de destek alarak uygulamaların devamlılığını sağlar. Hemşireler bakım sunduğu ortamı manevi bakımı uygulamaya yönelik elverişli hale getirebilir (35). Bireyin içten motivasyonunu artırmak için yaşamda umut sağladığı uygulamaları yapması yönünde desteklenerek hayata tutunması sağlanır (45). Her gebenin manevi bakımı kendine özeldir bu nedenle hastanın ihtiyacına göre bazen terapötik dokunma yapmak, bazen birlikte yaptığı manevi/dini ritüellere katılmak, bazen olumlu gelen mutlu hissettiren bir şeyi dinlemek, bazen bilmediklerini yanıtlamak süreç hakkında bilgi vermek gibi uygulamaları kapsayabilir (30,45). Gebenin manevi iyilik halini değerlendireceğimiz ulusal kullanılan ölçekler ya da ölçüm araçları kullanılarak bakım öncesi ve sonrası değerlendirilebilir (30,43). Gebenin manevi bakımdan önceki umut, korku, sinirlilik, içe kapanıklık gibi spiritüel distresten kaynaklanan durumların değişimi gözlemlenir (30,43). Manevi bakımdan sonra gebenin ya da çevresinin bakıma ilişkin belirttiği ifadeler ve beklenen davranış değişikliğine ilişkin gözlemler ve sorgulamalar yapılarak manevi bakım yeniden revize edilebilir (46).

Maneviyat, insanların yaşamın streslerine tahammül etme kapasitesini artırır ve insanları sorunlara çözüm bulmak için daha fazla çaba sarf etmeye motive eder (47). Ancak hemşirelerin birey ve ailesinin manevi gereksinimlerini yeterli düzeyde karşılayamadıkları ve bu gereksinimi gözardı ettikleri görülmektedir (48). Yapılan bir

çalışmada; “manevi danışmanlık verilen kadınların yaşam kalitesinde psikolojik yönden iyileşmelerin olduğu” belirtilmiştir (49). Başka bir çalışmada; “gebelerin doğum korkusu seviyeleri azaldıkça, manevi iyi oluş seviyelerinde arttığı” belirtilmiştir (20). Moradi ve ark.’nın (2022) çalışmasında; “gebelere sunulan manevi içerikli danışmanlığın kadınların uykusuzluk şiddetini azaltıp uyku kalitesini artırabileceği” tespit edilmiştir (50). Ayrıca manevi bakım gebede mutluluk seviyesini de etkilemektedir. Bu duruma ilişkin literatürdeki bulgular şu şeklide sıralanabilir: Abdollahpour ve Khosravi (2017) çalışmasında; “gebelerin manevi zekası, mutluluk ve doğum korkusu arasında ilişki olduğu, gebelerin doğum korkusu azaldıkça manevi zekası ve mutluluk seviyelerinin arttığı” tespit edilmiştir (51). Gebelik sürecinde manevi ihtiyaçların karşılanması kadının öznel mutluluğunu, ağrı yönetimini artıracak, kaygı ve stres seviyesini azaltacaktır (30,35,40). Manevi bakımla olumlu maneviyata sahip kişilerin; hastalığa ve tedaviye uyumunun arttığı, sağlıklı yaşam tarzı davranışına sahip oldukları, daha mutlu ve huzurlu oldukları ve kişilerin biyopsikosozal yönden daha sağlıklı olduğu” belirtilmiştir (28,30,45,52,53). Her gebenin maneviyatı kendine özeldir. Bazen terapötik dokunma yapmak, bazen birlikte yaptığı manevi/dini ritüellere katılmak, bazen olumlu gelen mutlu hissettiren bir şeyi dinlemek, bazen bilmediklerini yanıtlamak süreç hakkında bilgi vermek gibi uygulamaları kapsayabilir (30,45). Maneviyat; hayatın ana elementini oluşturan maddesel anlamlarında çok ötesinde yaşamın ana hedefi olarak ifade edilip ve çoğunlukla bireylerin hastalık, ölüm gibi ruhsal sıkıntı yaşadığında kişinin hayatla uyumunu artırmak için devreye girer (41).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, gebelerin maneviyatının doğum korkusu ve mutluluk seviyesi üzerine etkisini tespit etmek ve maneviyat seviyesine etki eden faktörleri inceleyip belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma sonucunda gebelerde maneviyatın doğum korkusu ve mutluluk seviyesi arasındaki ilişkiyi tespit edip maneviyatın önemli bir rolünün olup olmadığı incelenmiştir. Bu çalışma neticesinde klinik sahada çalışan hemşirelerin, gebelerde yaşanan doğum korkusunun, maneviyat ve mutluluk arasındaki ilişki varsa bu ilişkinin ortaya çıkması sonucunda hemşirelerde farkındalık oluşturmaları ve gebelere bakım verirken manevi durumu ve destek mekanizmalarını öğrenmesi sağlanabilir. Ayrıca bu çalışmanın literatüre bu konuda farkındalık oluşturup katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gebelik Nedir?

Kadın üreme hücresinin (yumurta/oositin), erkek üreme hücresi olan (spermiumla) beraber kadının fallop tüplerinin orta kısmında yer alan (ampulla) bölümünde döllenişmesi (fertilizasyonu) neticesinde yeni bir canlı hücrenin oluşup doğumun gerçekleşmesiyle son bulan sürece gebelik denir (1). Bu süreç döllenişmenin gerçekleşmesinden itibaren yaklaşık olarak 40 gebelik haftası (10 lunar ay) ya da 280 gün aralığındaki süreyi içerir. (1,2)

#### 2.1.1. Gebelik döneminin önemi

Gebelik süreci, fizyolojik bir durum olmasına karşın kadının yaşamında kadın sağlığı için önemli bir yeri olan bir geçiş dönemidir. Çünkü bu dönem kadın bedeninde ve çevresinde biyolojik, psikolojik, aile, iş ve sosyal yaşam vb. birçok değişimi de beraberinde getiren karmaşık ve özel bir süreçtir (3,4). Bu özel süreç aynı zamanda anne ve bebeği arasında aidiyet ilişkisinin kurulduğu ve neslin devamını sağlayan genlerinde aktarıldığı evrensel bir değerdir (5).

Kadının bu süreci sağlıklı bir şekilde geçirebilmesi ve gebeliğe uyum sağlaması için gebeliğe uygun sosyal hayatında yapacağı değişimlerle mümkün olabilir. Eğer kadın, bu sürece uyum sağlayamazsa toplumsal ve bireysel olarak gebelik dönemi başarısız bir süreç olarak değerlendirilebilir ve bu durumda hem kadının hem de fetüsün sağlığını da olumsuz etkileyebilir (3,5-7). Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde gebelik süreci önemle üzerinde durulması gereken bir süreçtir. Bunun nedeni gelişimini anne karnında tamamlayan bebeğin annenin sağlığından doğrudan etkilenmesidir yani kısacası annenin gebelik sürecinde sağlıklı olması, bebeğin sağlığını etkileyecek bebeğin de sağlıklı olması ailenin sağlığını, ailenin sağlıklı olması da toplumun sağlığını etkileyecektir. Bu durum gebenin sağlığının toplumun sağlığına da dolaylı etkisinden ötürü bir ülkede kadın sağlık göstergeleri o ülkenin sağlık profili hakkında bizlere önemli bilgi verecektir (3,6,7,9). Bu göstergelerden en önemlilerinden biri anne ölüm oranıdır (54). Bu nedenle ülkemizdeki bin yıl kalkınma hedeflerinin beşincisi, anne ölümlerinin azaltılmasıdır (54). Anne ölümleriyle ilgili ülkemizde ve dünyada veriler incelendiğinde bulgular şu yöndedir: “Türkiye’de 2020 TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020) verilerine göre; 2010 yılında yüz binde 16,7 olan anne ölüm oranının yıllar içinde azalma eğilimi göstererek 2018 yılında yüz binde 13,6’ ya” gerilediği görüldü. İBBS (İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması, 2022) göre: “anne ölüm

oranı yüz binde 13,1” olarak tespit edilmiştir. (55). Dünya ülkelerine bakıldığında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’e göre; “Belarus, Çekya, Danimarka, İzlanda, Finlandiya ve İtalya gibi ülkelerin anne ölüm oranları yüz bin canlı doğumda beşin altında olan ülkelerdir” şeklinde belirtmiştir (56).

Tüm bu durumlar bizlere gösteriyor ki ülkemizde, dünyada sağlık hizmetlerine yön verilmesinde ve sağlıklı bir toplum oluşturulmasında öncelikle kadın, gebe sağlığı hizmetleri önem arz etmektedir (7). Ayrıca gebelik dönemindeki süreç ise üç trimesterden oluşmaktadır.

#### **2.1.1.1. Birinci trimester (ilk üç aylık dönem) 0-12. hafta**

Gebeliğin bu döneminde gebeden beklenen en önemli durum gebeliğin olduğu gerçeğini kabul etmesidir. Çünkü hala gebelik anne için soyut bir kavram olup büyüyen bir karın ve fetal hareketliliğin hissedilememesi sebebiyle somut bir hal alamamıştır. Bu nedenle gebeliğin bu döneminde anne belirsizlik duygusuna karşı tepkiler gösterir. Eğer gebelik istenilen ve planlı bir gebelik ise “ben hamileyim”, “bebek bekliyorum” gibi durumu doğrulayıcı hevesli ve istekli tepkiler verebilirken, istenmeyen veya planlı olmayan gebelikte ise endişeli ve kaygılı ifadelerle duruma karşı tepkiler gösterebilirler. Ayrıca gebe bu dönemde aileye yeni bir bireyin gelecek olmasının mutluluğunu yaşarken, bu süreçte mevcut düzenin bozulup yeni düzen ve gebelik sürecinden dolayı korku, anksiyete duygusu da yaşar. Bu duruma ambivalan (zıt) duygular denmektedir. Gebenin bu dönemde yaşayacağı halsizlik, bulantı, kusma fizyolojik gibi belirtiler de bu durumu arttırabilir. Kısaca gebe bu dönemde yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişimlerle beraber eş, aile ve çevre desteğiyle beraber güven duygusu sağlandığında sürece daha kolay uyum sağlar (1,5,19).

#### **2.1.1.2. İkinci trimester (ikinci üç aylık dönem) 14-26. hafta**

Gebeliğin bu döneminde gebede, birinci trimesterde yaşanan fizyolojik belirtilerin gerilemesiyle beraber gebenin rahatladığı kendini daha rahat ve güçlü hissettiği bir dönemdir. Bu dönemde gebede büyüyen bir karın, fetal hareketlenme ve USG fetüsün görünmesi gibi faktörler gebeliğin somutlaştığı yani gebeliğin fiziksel olarak da kanıtlandığı bir dönemdir. Bebeğin ayrı bir birey olduğunu görmeye başlar ve öncelikle olarak bebeğinin sağlığına odaklanır. Anne ve bebek bağlanmasının arttığı bir

dönemdir. Anne bu dönemde kilo artışıyla beraber fizyolojik bazı değişimler yaşar. Anneye sosyal destek ihtiyacının da arttığı bir dönemdir. (1,2,5).

### **2.1.1.3. Üçüncü trimester (son üç aylık dönem) 27-41. hafta**

Gebeliğin bu döneminde gebede, hızla kilo alımının arttığı ve bununla beraber fiziksel yükünde arttığı bir dönemdir. Bu dönemde annede varisler, sırt ve bel ağrıları, taşikardi, hazımsızlık, bebeğin toraksa doğru baskı yapmasından dolayı nefes darlığı ve uykusuzluk, yüksek tansiyon, karında kasılmalar hissedilebilir ve buna yalancı doğum kasılmaları (Braxton-Hicks kasılmaları) denir ve anne rahmini doğuma hazırlayan eylemdir (2). Bebeğin doğum kanalına hareketinden dolayı mesaneye baskı olur bu durumda gebe geceleri sık sık tuvalete gitme ihtiyacı hissedebilir (2,5).

### **2.1.2.1. Gebelik izlemi ve önemi**

Gebede oluşan değişimlerin neden olduğu olumsuz etkilerin meternal, fetal sağlığa etkisini tespit etmek ve bu süreci iyi bir şekilde yönetebilmek için gebelik izlemi önemlidir (57). Ülkemizde kırsal kesimdeki kadınlar gebeliğin 3. ayında, kentsel kesimdeki kadınlar da gebeliğin 2. ayına kadar ancak gebe olduğunu anlayabilmektedir. Gebe kaldığını anladığında ya da şüphelendiğinde izlem ve takip için sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Fakat gebelik için en riskli dönem ilk 3 aylık dönemdir. Bu nedenle gebelik izlemlerini kadın gebe kalmadan en az 3 ay önce başlanarak gebelikte oluşabilecek değişimler hakkında gebeyi bilgilendirip kadını gebeliğe hazırlamak gerekmektedir (1,57). Gebelikten önce gebenin takip ve izleminin yapılmasının gebenin değerlendirilmesine prekonseksiyonel bakım denmektedir (1). Prekonseksiyonel bakım doğurgan çağıdaki tüm kadınlara sunulması gereken bir bakımdır. Bu bakımda; kadın gebelik öncesinde en az 1 en çok da 3 ay öncesinde (0.4 mg) folik asit kullanmaya başlaması, sigara ve alkolün bırakılması, bağışıklama hizmetinin sağlanması, kadın ve eşinde cinsel yolla bulaşabilecek hastalıkların taranması, obstetrik öykü ve genetik öykü incelenerek oluşabilecek risklere karşı önlemler alınması yer almaktadır (57).

Gebelikten doğuma kadar olan süreçte gebenin izlemi ve takibinin yapılmasına ise antenatal bakım denmektedir (1,57). Gebelik izlemleri gebelikte, oluşabilecek sorunların erken tespitini ve gebelik, doğum, doğum sonu döneminin de iyi bir şekilde yönetilmesine olanak sağlar. (57).

### **2.1.2.2. Gebe izlem sıklığı**

DSÖ'ne göre antenatal bakım sıklığını antenatal bakım modeliyle belirtmiştir. Bu bakım modeline göre gebelik izlemleri; 0-12 gebelik haftası aralığında ilk izlem, 20. gebelik haftasında ikinci izlem, 26. gebelik haftasında üçüncü izlem, 30. gebelik haftasında dördüncü izlem, 34. gebelik haftasında beşinci izlem, 36. gebelik haftasında altıncı izlem, 38. gebelik haftasında yedinci izlem ve 40. gebelik haftasında sekizinci izlem yapılmaktadır (57).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'ne (ACOG/American College of Obstetricians and Gynecologists ) göre; komplikasyonsuz ve primipar gebelik geçiren bir kadının gebe izlem sıklığı “28. gebelik haftasına kadar dört haftada bir, 29– 35. gebelik haftaları arasında gebenin durumuna göre 2 ila 3 haftada bir, 36. gebelik haftasından sonra da haftalık izlemi olmak üzere toplam 12-14 izlem” olması gerektiğini önermektedir (58).

Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı'na göre; “gebeliğin fark edilmesinden 14. gebelik haftasına kadar birinci izlem, 18.-24 gebelik haftası aralığında 2. izlem, 28-32. gebelik haftası aralığında 3. izlem, 36.-38gebelik haftası aralığında 4. izlem yapılmaktadır” şeklinde belirtilmiştir (2). Ülkemizde gebe takipleri 4 izlemden oluşmaktadır ve izlemlerin sıklığından ziyade yapılan gebelik izleminin niteliğine önem verilerek gebelik takibi yapılmaktadır (54). Bu gebelik izlemlerinde gebenin obstetrik öyküsü ve mevcut gebelik öyküsü, fizik muayene, laboratuvar testi, gebeye verilebilecek ilaç desteği veya tedavilerin belirlenmesi, gebenin ihtiyaç duyduğu konularda bilgi ve danışmanlık yapılması ve yapılan tüm izlemlerin kayıt edilmesini barındırır. Belirtilen bu gebelik izlemlerinin ilkinin minimum 30 dakika ayrılarak yapılması, diğer izlemlerin ise minimum 20 dakika ayrılarak yapılması gerektiği önerilmektedir (2,54).

### **2.1.2. Gebelik döneminde görülen değişiklikler**

Gebelik, kadını anneliğe hazırlayan doğal bir süreçtir. Bu süreçte kadının bebeğiyle kuracağı bağ onun annelik kimliğinin oluşmasını sağlar (5). Lakin gebelik süreci her trimesterde farklı gelişimsel özellikler göstermektedir. Bu gelişimsel özellikler kadında fizyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal değişimlerle beraber bazen de patolojik bazı değişimler ve risklere neden olabilir (3,5). Nitekim yapılan çalışmalarda göstermektedir; “Arslantaş ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada gebelerin

%17.2' sinin daha önce düşük yaptığı, %16'sının gebeliğe bağlı fiziksel sağlık problemi yaşadığı, %11'inin psikolojik problem yaşadığı" tespit edilmiştir (59). Bilgiç ve Çıtak Bilgin (2020) yaptığı çalışmada "gebelerin %21.9'unun en az bir düşüğünün olduğu" belirtilmiştir (20). Hildingsson (2022) çalışmasında; gebelerin yaklaşık %12'sinin depresif belirtilerle hastaneye başvurduğu" belirtilmektedir (17). Sotudeh ve ark.'nın (2022) yaptığı İrandaki primipar gebelerin manevi başa çıkma, ağrı şiddeti ve doğum öz yeterliliği arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada; " gebelerin %58'nin geçmiş gebelik deneyiminde olumsuz bir deneyim yaşadığını" belirtmişlerdir (60). Gebelikte yaşanan değişimler ve bu değişimlere uyum hakkında yapılan literatür incelemesinde şu bulgular tespit edilmiştir; Güner ve ark'nın (2021) çalışmasında; "gebeliği isteyen kadınların gebeliğe daha kolay uyum sağlayabildiği ve gebeliğe uyum sağlayanlarında gebelik sürecinde yaşanan zorlu değişim sürecini daha kolay geçirebildiğini" belirtmiştir (4). Buldur ve Göcen'in (2021) yaptığı çalışmada; "gebelerin gebelik sürecini isteyerek ve planlı olması, fiziksel ve psikolojik hazır olmuşluğunun olması, çocukları arasında ideal yaş aralığının olması ve eş desteğinin olması" ideal gebelik süreci oluşturduğunu belirtmişlerdir (8). Gebelik sürecine gebenin uyum sağlaması, bu sürece dair oluşacak sorunların en aza indirilmesine neden olur (4,8). Bu nedenle gebenin bu süreçte yaşayacağı değişimlerin bilinmesi gebelik sürecinde farkındalığı artırıp sürece uyumu kolaylaştıracaktır. Bu nedenle bu değişimlere kısaca yer verilmektedir. Bu değişimler fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler olmak üzere 3 başlıkta incelenmektedir.

### **2.1.2.1. Gebelikte görülen fizyolojik değişiklikler**

1-Uterus: Gebelik sürecinde en belirgin değişime uğrayan yapıdır (1). Gebelik öncesinde yaklaşık ağırlığı 60 gram (gr) olan uterus gebelik sonuna doğru da ağırlığı yaklaşık olarak 1100 gr kadar çıkar ve bu süreçte yumurtlama gerçekleşmez (1,2).

2-Serviks: Gebeliğin altıncı ve sekizinci haftalarında yanan vazokonjesyonun etkisiyle serviks yumuşar bu duruma "goodell's belirtisi" denir. Daha sonra gebelik boyunca damarlanması artan serviks mor renkli görülür bu duruma da "chadwick's belirtisi" denir (1).

3-Vajina: Östrojen seviyesinin değişimine bağlı olarak mukozal yapıda kalınlaşmaya ve sekresyonda artışa neden olur ve vajinal sekresyon kalın, beyaz pH 3.5-6 aralığında asidik özelliktedir (1).

4-Overler: Gebelikte yeni folikül gelişimi bir süre durur, ovülasyon gerçekleşmez (3).

5-Memeler: Gebeliğe ait en erken belirti östrojen ve progesteron hormonlarının etkisi nedeniyle meme alveollerinde büyüme gerçekleşir ve buna bağlı olarak göğüslerde mastomi ve hasassiyet görülür (3).

6-Kas-İskelet Sistemi: Gebelikte oluşan rahmin ve fetüsün ağırlığına bağlı olarak vücudun denge ve ağırlık merkezi değişir. Bu durumda “gebelik lordozuna” neden olur (1).

7- Deride Görülen Değişiklikler: Östrojen ve progesteron hormonlarının artışı, melatonin stimüle eden hormonların artmasına neden olur ve melanosit pigmentinin fazla bulunduğu vücut bölgelerinde kahverengi- siyah renk (hiperpigmentasyon) değişimine neden olur (1). Örneğin, gebelik döneminde hamilelik çizgisi olarak da adlandırılan karın bölgesinde kahverengi düz bir çizgi oluşur buna “linea nigra” denir (2). Meme ucu ve çevresi, dış genital organlarda ve yüzde “gebelik maskesi (melesma)” olarak da nitelendirilen kahverengi lekelenmeler oluşabilir (1,2).

8-Kalp-Damar Sistemi: Gebeliğin 6-8. haftalarından itibaren kan hacmi artmaya başlar ve 32-34. gebelik haftasında maksimum seviyeye ulaşır. Bu durumda kalp debisinde ve kalp hızında artışa neden olurken sistemik damar direncinde düşüşe neden olur buna bağlı olarak da kan basıncında azalma görülür (5).

9-Solunum Sistemi: Gebenin oksijen tüketimi % 20 oranında artar ve solunum sayısında artışa ve hiperventilasyona neden olabilir. Gebeliğe bağlı diyaframda oluşan baskı artabilir ve bu durum da solunum sıkıntısına neden olabilir (2).

10-Sindirim Sistemi: Uterusun büyümesine bağlı olarak mide yukarıya doğru itilir ve bu duruma bağlı gebelik reflüsü oluşabilir (2). Bağırsaklar ise yukarıya ve yana doğru yer değiştirir bu duruma bağlı olarak kabızlık ve gaz sorunları oluşabilir (1).

11-Üriner Sistem: Gebeliğe bağlı olarak her iki böbreğinde hacminde yaklaşık %30 artış olur (1). Uterusun büyümesine bağlı mesaneye uyguladığı basınç artar ve bu duruma sık idrara çıkmaya neden olur (2,61).

12-Endokrin Sistem: Gebeliğin devamı ve vücuttaki homeostazisi sağlamak için vücutta östrojen, progesteron, oksitosin, ACTH hormonlarının seviyesi artarken FSH'nin seviyesi azalır (1).

### **2.1.2.2. Gebelikte görülen psikolojik değişiklikler**

Gebeliğin yarattığı biyolojik, fizyolojik ve hormonal değişimler gebenin psikolojik yapısında bazı değişimlere neden olmaktadır (2). Özellikle gebeliğin ilk üç ayında anne bir yandan bebeğini bir an önce kucağına almak isteyip sabırsızlanırken bir yandan da gebelikte yaşadığı fiziksel, biyolojik ve psikolojik değişimlerden ve doğumda yaşayacağı sorunlardan dolayı bebeği suçlamaktadır dolayısıyla zıt duygulanım (ambivalan) yaşamaktadır (61). Ayrıca gebeler bazı dönemler kendini mutsuz, değersiz, endişeli, yorgun, kaygılı hissedip bazı duygulanım değişiklikleri yaşayabilmektedir (2).

### **2.1.2.3. Gebelikte görülen sosyal hayat değişiklikleri**

Gebelikle beraber annede görülen fiziksel ve psikolojik değişikliklere uyum sağlayabilmek için anne adayının bazı sosyal hayat değişiklikleri yapması gerekmektedir. Öncelikle gebenin kendi sağlığını ve bebeğinin fiziksel ve mental sağlığını sürdürebilmesi için yeterli ve dengeli beslenmesi gerekmektedir. Beslenmede amaç, bireyin yaşına, çalışma durumuna göre ihtiyacı olan besin öğelerinin her birini yeterli kadar alarak gebelik kilosunu kontrol altına alıp sağlıklı kilo artışı sağlamaktır (1). Anne bu dönemde kalsiyum, protein, vitamin ve mineralden zengin beslenmelidir. Tuzlu, yağlı ve hazır besinleri tüketmemelidir (61). Sigara ve alkolü bırakmalıdır (2). Gebeler ılık duşla banyo almalıdır. Gebelikte vajinal enfeksiyona da yatkınlık daha fazla olduğundan genital hijyene daha fazla önem verilmeli ve vajinal duştan kaçınılmalıdır. Vajinal duş vajinal florayı bozmaktadır. Pamuklu iç çamaşırı giyilmeli ve sık sık iç çamaşırlar değiştirilmelidir (1,2). Gebelikte diş çürüklerinin oluşum sıklığı arttığından dolayı diş hijyenine dikkat etmelidir (2).

Gebelikte uçak yolculuğunda, uzun süren yolculuk ve egzersiz planları yapılırken hekime danışarak yapılmalıdır (1). Gebelik sırasında radyoaktif alanlara girmemeli bu birimlerde çalışan personeller gebelik süresince bu birimlerde çalışmamalıdır. Kronik bir hastalığa sahip birini ilaç kullanımı düzenlenerek gebe olması eğer gebelik durumu mevcutsa ilaçlarını muhakkak kadın doğum uzmanına danışarak kullanılmalıdır. Gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterinde sık cinsel ilişki

gebeliği olumsuz etkileyeceğinden dolayı sık cinsel ilişkiden kaçınılmalı, gebeliğini takip eden hekimden mutlaka cinsel yaşamı hakkında bilgi almalıdır (2,61).

### **2.1.3. Gebelik dönemine bağlı yaşanan sorunlar**

1-Bulantı ve Kusma: Nedeni tam bilinmemekle beraber Beta HCG hormonunun yksekliliğine bağlı gebelerin bağırsak motilitesinin bozulmasına dayandırılabilir ve gebelerin yaklaşık %70-80’inde görülür (1). Kusma şiddetli ve sürekli devam ederse bu duruma hiperemesis gravidarum (HG) denir. Bu durum sıvı elektrolit dengesinin bozulmasına neden olabilir (61).

2-Konstipasyon: Gebeliğe bağlı büyüyen uterusun bağırsaklara yaptığı basınç, fiziksel aktivitede azalma, diyet ve hormonal değişikliklere bağlı olarak gebelikte sık yaşanılan sorunlardandır (1,61).

3-Sırt ve Bel Ağrıları: Gebelikte görülen hormonal değişiklikler, kilo alma, pelvisin ne gelmesi gebenin ağırlık merkezini değiştirecektir ve gebelik lordozuna neden olacaktır (61). Bu durumda gebede bel ve sırt ağrılarına neden olup gebelik ilerledikçe de ağrının artmasına neden olacaktır (1).

4-Anemi: Gebelikte en sık görülen sorunlardan biridir ve halk tarafından kansız olarak da isimlendirilir (61). Nedenlerine bakıldığındaysa; gebelik öncesinde ve sırasında yeterli ve dengeli beslenememe, gebelikte oluşan hormonal değişikliğe bağlı olarak kan ve plazma volümünde yaklaşık %30-50 artış olur fakat hemoglobun miktarı bu artışa ayak uyduramayabilir (1). Bu durumda kanda plazma oranına göre hemoglobun konsantrasyonunda düşük olur ve hemotokrit miktarının da düştüğü “fizyolojik anemi” görülebilir (7,61). Eğer hemoglobun oranı; 10-11g/dl arasındaysa hafif derecede anemi, 7-9.9 g/dl arasındaysa orta derecede anemi, < 7 g/dl ise şiddetli anemi denir (1).

5-İdrar Yolu Enfeksiyonu: Gebeliğe bağlı Glomerüler Filtrasyon Hızında (*GFR*) %30-50 oranında artış olmakta ve bu artışta böbrek tübüllerinde geri emilimi artırmaktadır. Plazmada re, kreatinin yoğunluğu azalır ve “fizyolojik proteniri ve glokozri” görülür (1). Progesteron artışına bağlı olarak da üreter kası gevşer ve idrar stazı görülür bu durumda gebeyi enfeksiyona yatkın hale getirir (61).

6-Reflü: Gebeliğe bağlı büyüyen rahim mideyi yukarıya doğru iter ve mide motilitesini yavaşlatır. Progesteron salgılanmasına bağlı olarak da sfinkter tons azalır

ve tüm bu faktörler gebede reflü ya da halk arasında mide yanması olarak isimlendirilen problemin görülmesine neden olur (1,7,61).

7-Diş Çürükleri: Artan progesteron hormonunu ağızdaki asit miktarında artışa ve dişleri destekleyen dokuya zarar verebilir bu duruma reflüde eklenirse gebelikte diş kaybına kadar gidebilir (61).

8- Kardiyovasküler Problemler: Gebeliğe bağlı dolaşım sisteminde değişiklik kardiak outputta artışa neden olur. Bu artış kalbin iç tabakasında harabiyet geliştirip bu tabakanın iltihaplanmasına neden olup gebede kalıcı kardiyak problemler neden olabilir (61).Gebelikte kan volümünde ve kilo artışına bağlı olarak toplar damarlarda basınç oluşur ve bu damarların daha da belirginleşmesine neden olur bu durumda da varisler oluşabilir. Ayrıca gebeliğe bağlı annelerin %5- 10'unda hipertansiyon görülmektedir. Kan basıncı değerinin 140/90 mmHg' nın üzerinde olması durumuna hipertansiyon denir. Eğer gebeliğin ilk haftasından itibaren saptanırsa bu duruma “kronik hipertansiyon” denir (2,61).

9-Preeklampsi-Eklampsi: Gebelikte tansiyonu normal seyreden bir gebenin; gebeliğinin yirminci haftasından tansiyon yüksekliğiyle (hipertansiyon) beraber proteinüri (idrarda protein atılması) ya da proteinüri tablosunun gözükmemesi fakat trombositopeni (trombosit sayısı <100.000/mikrolitre) olması, karaciğer enzimlerinin bozulması veya böbrek yetmezliğinin görülmesi gibi durumların birinin hipertansiyona eklenmesi durumuna “preeklampsi” bu duruma ek olarak da kasılma nöbetlerinin de (konvulzyon) görülmesi durumuna “eklampsi” denir (1,7,61,62). Bu durum hem ülkemizde hem de dünyada “maternal ve fetal morbidite ve mortalite” nedenleri arasında yer almaktadır. Ülkemizde anne ölümlerinin nedenleri arasında 2. sırada yer alır (55).

10-Gestasyonel Diyabet (GD): Kadının gebe kalmasıyla beraber gebede meydana gelen kan glukozunda meydana gelen tolerans bozukluğu “gestasyonel diyabet” halk arasında “gebelik şekeri” olarak isimlendirilir. GD tanısı gebelikten önce fark edilen bir diyabet hastalığı olmayan gebeye gebeliğin 24 ile 28 haftası aralığında gece süren sekiz saatlik açlığın sonunda sabah açlık kan şekeri bakılır. Sonrasında 75 gr oral glukoz içirilir. Glukozdan sonra geçen birinci ve ikinci saat dilimlerinde “Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)” yapılarak kandaki glukoz değişimine bakılır. Eğer; Açlık kan şekeri  $\geq 92$  mg/dL; 1. saat kan şekeri ölçümü  $\geq 180$  mg/dL, 2. saat kan şekeri

ölçümü  $\geq 153$  mg/dL ise GD tanısı konulur. Kan şekeri yüksekliği bebeğin aşırı kilo alımına ve doğumun zorlaşmasına neden olabilir (63).

10-Uyku Problemi: Gebelikte oluşan fizyolojik değişikliğe bağlı gebe alışık olduğu pozisyonda uyuyamaz en uygun pozisyon sol yatış pozisyonudur ve buna ek olarak gebeliğin son aylarına doğru da rahmin aşırı büyümesi gebenin bu pozisyonlarda da rahat uyuyamamasına neden olur. Bu durumlarda gebede uykusuzluk ve yorgunluğa neden olur (1,61).

11-Kan Uyuşmazlığı (Rh Uyuşmazlığı): Doğum sırasında gebenin immün sistemi bebeğin kanını "yabancı" olarak algılar ve bebeğe kan hücrelerine karşı antikor oluşturur. Bu antikorlarda plasentayı geçip kırmızı kan hücrelerine (alyuvarlara) saldırır ve bebekte ciddi kansızlığa neden olabilir. Bu duruma kan uyuşmazlığı denir. Bu durumun oluşum nedeni eğer gebenin kan grubu Rh (+) ise eşinin ve bebeğinin kan grubunun Rh (- ya da + ) olması sorun teşkil etmez. Gebenin kan grubu Rh (-) ise eşinin kan grubunun da Rh (-) olması sorun oluşturmazken fakat eşi Rh (+) kan grubuna sahipse kadın kan uyuşmazlığı sorununa potansiyel adaydır. Bu durumda genellikle gebelik sırasında ve ilk gebelikte sorun teşkil etmezken asıl problem doğum sırasında oluşmaktadır. Bebek kalıtım yoluyla babadan Rh (-) geni almışsa annenin kan grubuyla aynı olduğu için sorun olmaz fakat Rh (+) geni almışsa bu durumda kan uyuşmazlığı görülür. Bebek doğana kadar kan grubunu belirlemek amniyosentez ile mümkündür bu işlemde riskli bir işlemdir bu nedenle kan uyuşmazlığı amacıyla gebe Rh(-) ise 28. gebelik haftasında bir doz "Rhimmünglobülin (RhoGAM)" yapılır. Doğumdan sonra bebeğin kan grubuna bakılır Rh (+) ise doğumdan sonraki 72 saat sonra "RhoGAM" in ikinci dozu yapılır (1,2,61).

12-Gebeliğe ait Komplikasyonlar: Gebelik süresinin uzaması (sürmatürasyon) gebelik süresinin 40 haftayı aşarak 14 gün uzaması durumudur. Bu gebelikte dünyaya gelen bebeğe ise "sürmatüre bebek" ya da "postmatüre bebek" denir (61). Erken doğum (preterm doğum), doğumun 37. gebelik haftası dolmadan gerçekleşmesi durumuna denir. Bu gebelikte dünyaya gelen bebeğe ise "prematüre bebek" denir (2). Gebeliğe ait bir sorun oluşturabilecek en önemli durumlardan biri kanamanın olmasıdır. Bu durumda gebe mutlaka doktora gidip nedenini öğrenmelidir (61).

## 2.2. Doğum Korkusu

İnsanın doğası gereği herkes korku duygusunu yaşar bu olağan bir duygudur. Minimal seviyede korku insanı hayata karşı dinç ve tetikte yapar fakat bazı bireylerde günlük yaşamını dahi olumsuz etkileyecek düzeyde olması sıkıntılı bir durumdur. Korkunun öğrenilmesini sağlayan bölge limbik katmanda bulunan amigdala bölgesidir. Korkuya tepkiyi oluşturan bölge ise beyinde yer alan hipotalamus bölgesidir. Kişi çevresinde ya da bireysel bir korku uyarını oluşturduğu zaman beyinde hipotalamus bölgesi devreye girer ve kortikotropin hormonunu (CRH) salgılar bu hormonda hipofiz ön bezinde bulunan Adrenokortikotropik hormonu (ACTH) uyarır ve ACTH salınımı artar. ACTH da adrenal korteks (böbrek üstü bölgesinin dış kısmı) bölgesini uyarır ve buradan da kortizol hormonu salgılanır. Kortizol hormonu da kişinin nabız, kan şekeri ve kan basıncını artırırken; immün sistemi baskılar ve bu durumda uzun süreli korku tepkileri bireyde istenmeyen etkilere yol açabilir (10).

Gebelik ve doğum süreci kadın için eşsiz, karmaşık ve fizyolojik bir olaydır (11,20). Gebelik süreci kadında aileye yeni bireyin katılacak olmasının verdiği heyecan, umut ve mutluluk duygusuyla beraber birçok gebe sürecin getirdiği fizyolojik, biyolojik ve psikolojik değişimlere ek olarak süreçle ilgili bilinmezlik duygusu, doğum süreci ve doğum sonrasında üstleneceği yeni roller ve sosyal hayat değişimlerinden dolayı birçok kadın doğum korkusu yaşamaktadır (10-13). Doğum korkusu oldukça yaygın olmakla beraber doğumun yaklaşmasıyla beraber doğum korkusu da artmaktadır (10).

Doğum korkusunun, ideal düzeyde olması kişiyi doğuma karşı motive eder ve doğuma hazırlar fakat doğum korkusunun gebelikten öncede var olması veya doğum korkusunun şiddetinin artması ve patolojik duruma gelmesine “tokofobi” denir (11,14,15). Tokofobi kelimesi yunan kökenli bir kelimedir. “Tokos” doğum ve “phobos” korku kelimelerinin türetilip birleştirilmesiyle meydana gelmiştir (10,11). Tokofobinin oluşma nedenleri hakkında literatürde net bir fikir birliğinin olmamasıyla beraber tokofobi kendi arasında primer (birincil), sekonder (ikincil) ve prenatal depresyon belirtisi olmak üzere üç grupta tokofobi incelenmektedir (11,15,21).

### **2.2.1. Primer (birincil) tokofobi**

Primer tokofobide kadınların daha önce gebelik ve doğum deneyimi yaşamamasına rağmen doğum korkusunun olması durumudur. Bu durum kadınlarda adölesan veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilmekte ve kadında gebe

kalmayı istememe, oluşan gebeliği sonlandırma ve elektif sezaryen talebinde bulunma gibi durumlara neden olmaktadır (11,15,64).

### **2.2.2. Sekonder (ikincil) tokofobi**

Sekonder tokofobi gebenin daha önce yaşadığı travmatik bir obstetrik olaydan gelişen doğum korkusudur. Fakat bazen kadın için abortus, ölü doğum deneyimi dışında vajinal doğumda sekonder tokofobiye neden olabilir. Burada önemli olan nokta kadının yaşadığı obstetrik öyküyü “travmatik bir doğum eylemi” olarak nitelendirmesidir (11,15,64).

### **2.2.3. Prenatal depresyon belirtisi tokofobisi**

Gebelik dönemiyle beraber görülen depresif bozukluklar kendisini nadir olarak tokofobiyle beraber ortaya çıkarır. Bu tür belirtilere sahip gebeler sürekli olarak kendini doğum yapacak yeterlilikte görmemekle beraber doğum yaparlarsa da öleceğini düşünürler (11,64).

### **2.2.4. Doğum korkusunun nedenleri**

Gebelik fizyolojik bir süreç olmasına karşın gebede kaygı, stres ve korku oluşturan bir geçiş dönemidir. Gebelikte oluşan doğum korkusunun nedenleri her gebede farklılık göstermesine rağmen genel hatlarıyla 5 kategoride inceleyebiliriz (1,13,19). Bunlar obstetrik, psikososyal, sosyodemografik, bebeğine ilişkin ve diğer faktörlerdir (11,57).

#### **2.2.4.1 Obstetrik faktörler**

Yapılan literatür incelemesi bizlere göstermektedir ki; Özen Gün ve Ege (2022) çalışmasında; “Primipar gebelerin %60’ının bilinmezlik korkusu, %18.3’nün sağlık personelinin tavrından ötürü doğum korkusu yaşarken; multipar gebelerin önceki doğum deneyimiyle ilgili duygu durumu ile doğum korkusu arasında ileri düzeyde bir ilişki olduğu ve bu doğum korkusunun da primipar gebelerde daha yüksek olduğu” belirtilmiştir (22). Kadının yaşının 18 yaşın altında ve 35 yaşın üstünde olması, kadının gebeliği isteme durumu ve gebelik sürecine ve doğuma ilişkin bilgi eksikliği, gebelik sürecinin ciddi morbidite ve mortalite oluşturma riski olan bir süreç olması, müdahaleli doğum öyküsünün varlığı ve doğum ağrılarının dayanılmaz olacağı düşüncesi obstetrik faktörlere bağlı doğum korkusu oluşmasının nedenleridir (3,10-17,19,20,65-69).

#### **2.2.4.2. Psikososyal faktörler**

Gebenin kendini doğum yapabilecek yeterlilikte görmemesi ve doğum yaparken yalnız kalmaktan korkması, ölüm korkusu, ruhsal olarak kendini gebeliğe hazır hissetmemesi, kadının doğumu olumsuz bir eylem olarak algılaması, gebeliğe ilişkin beklentiler, olumsuz doğum deneyimi veya doğuma ilişkin olumsuz deneyime şahit olma durumu, gebenin yaşadığı anksiyete, düşük benlik saygısı, duygu durum bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi durumlar gebelikte psikososyal faktörlere bağlı doğum korkusu oluşmasının nedenleridir (3-5,10-15,19-21,65,67).

#### **2.2.4.3. Sosyodemografik faktörler**

Gebenin eğitim ve sosyoekonomik düzeyi, yaşı, çalışma durumu, gebelik döneminde çevresinden sosyal destek alma durumu, gebenin çevresinin doğumu “korkunç, riskli ve ağırlı” olarak tanımlaması, toplumun gebeliğe bakışı ve gebeliğe verdiği önem, doğum ağrısını anne olmanın doğal bir parçası olarak gören kültürel bakış açısının varlığı ve ebeveyn olma korkusunun olması gibi durumlar gebelikte sosyodemografik faktörlere bağlı doğum korkusu oluşmasının nedenleridir (3,10,11,14,15,19,20,30,60,64,65,67,69,70).

#### **2.2.4.4. Bebeğine ilişkin faktörler**

Doğum esnasında bebeğin zarar göreceği ve fetal sağlık problemleri yaşayacağı düşüncesi, bebeğin ölü ya da malformasyonlu doğması düşüncesi, doğum esnasında bebeğin güvenliğiyle alakalı endişe duyması, anormal fetal geliş, yaşadığı fizyolojik değişimlerin bebeğe zarar vermesi düşüncesi ve annelik rolünde ya da bebek bakımında gebenin kendini yetersiz görmesi gibi durumlar gebede doğum korkusuna neden olabilir (5,10,13,20,22,65,67).

#### **2.2.4.5. Diğer faktörler**

Doğumu gerçekleştirecek olan sağlık personeline güven duymama ya da sağlık personelinin desteğinden memnun olmama durumu doğum korkusuna neden olabilmektedir (14,15,60,71). Gebelere verilen eğitimin ve içeriğinin doğum korkusunun azaltılmasında yeterli olmadığını bu eğitimde değişimler yapılması gerekmektedir (10). Gebenin hayata bakışı, mutluluk seviyesi, doğum yapan kadınlardan gelen ıglık sesleri, ani gelişebilecek bir durumda hastaneye ulaşımında

sorun yaşayacağı endişesi gebede doğum korkusu oluşumuna neden olan diğer faktörlerdir (3,4,10,13,14,22,60,69).

## **2.2.5. Doğum korkusunun sonuçları**

### **2.2.5.1. Obstetrik Sonuçları**

Gebeler kendini doğum korkusuyla başa çıkacak güçte görmemesinden ötürü elektif sezaryen oranında artış olmaktadır (13,14,59,64,72). Yapılan literatür çalışması da bu bulguyu destekler niteliktedir. Gür ve ark.'nın (2022) çalışmasında; “Kadınlarda ilerde sezaryen doğum yapmayı düşünenlerin doğum korkusu puanı vajinal doğum yapmayı düşünenlerden daha yüksektir” şeklinde bulunmuştur (74). Demisar ve ark.'nın (2018) yaptıkları “tokofobi (doğum korkusu): yaygınlık ve risk faktörleri isimli çalışmasında”, Soyhan'ın (2022) “gebelerde sağlık okuryazarlığı, anksiyete ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmasında”, Bülbül ve ark.'nın (2016) “gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelendiği çalışmada”, Hildingsson'ın (2014) “İsveçli çiftlerin doğuma yönelik tutumları, doğum korkusu ve doğum tercihleri ve doğum şekliyle ilişkisi çalışmasında”, Elvander ve ark.'nın (2013) “düşük, orta veya yüksek korku düzeyine sahip kadınlarda doğum deneyimi çalışmalarında; doğum korkusunun elektif sezaryen oranını arttırdığına ilişkin bulgular mevcuttur” (11,13,16,66,73).

Doğum korkusundaki artış doğumda hissedilen ağrıyı artırabilir. Bu durumda doğumda analjezik ilaçların kullanımını artırabilir (3,19). Hildingsson'ın (2021) “kırsal bölgede yaşayan gebelerin doğum sırasında ve sonrasında yaşadıkları doğum korkusu yönergesine ilişkin yaptığı çalışmasında; doğum korkusu yaşayan gebelerin doğum esnasında sentetik oksitosin, epidural anestezi, doğum şekli olarak acil sezaryen geçirme olasılıklarının daha yüksek olduğu” belirlenmiştir. (17).

Doğum korkusu kadında gebe kalmayı istememeye neden olmaktadır. Bu sebeple istemli infertilite, tüpligasyon, yasal ya da yasal olmayan küretaj oranını artırmaktadır (19,59,70). Doğum korkusu kadında cinsel sağlığı olumsuz etkilemektedir (14). Doğum kokusundan dolayı artan stres gebelik ve doğum komplikasyonlarını, ayrıca stresin neden olduğu hormonal değişimden ötürü uterus kaslarının etkin kasılmamasına ve uzamış doğum eyleminden dolayı müdahaleli doğuma ya da plansız sezaryene neden olmaktadır (3,10,19). Doğum korkusu doğumda duyulan memnuniyet oranını da azaltmaktadır (20).

### **2.2.5.2. Psikososyal sonuçları**

Yapılan literatür incelemesi sonucunda doğum korkusunun gebenin psikososyal durumuna etkisinin incelendiği çalışmaların bulguları; “gebede depresyon, huzursuzluk, sinirlilik, anksiyete bozukluğu, postravmatik stres bozukluğu, iştah, enerji ve motivasyon kaybına, mutluluk seviyesinde ve yaşam kalitesinde düşüslere” neden olmaktadır (3,4,10,11,13,15,19,25,40,59,67,70,71,75,76).

### **2.2.5.3. Sosyodemografik sonuçları**

Yaşanılan doğum korkusu eş, aile ve sosyal çevre ilişkilerini olumsuz etkilemekte ve bu durum kadının eşinin de doğum tercihi yönünde fikrinin değişmesine neden olmaktadır (19,21,59).

### **2.2.5.4. Bebeğine ilişkin sonuçları**

Yapılan literatür incelemesi sonucunda doğum korkusunun bebeğe etkisinin incelendiği çalışmaların bulguları; “yenidoğanda fetal distres, intrauterin gelişme geriliği, hipoksi, düşük doğum ağırlığı, korkuya bağlı olarak amniyon sıvısında yükselen kortizol hormonunun etkisiyle fetüsün bilişsel gelişiminde olumsuzluklara ve anne ile bebek arasındaki bağın geç kurulmasına ve emzirmenin gecikmesine” neden olmaktadır (3,11,14,19-21,59).

### **2.2.5.5. Doğum korkusunu önleme**

### **2.2.6. Obstetrik faktörlere bağlı oluşan doğum korkusunu önlemeye yönelik yapılan uygulamalar**

Kadının tüm fizyolojik hallerinden (ergenlik, gebelik ve menopoz) kısaca bahsedilir. Kadının önlenbilir fizyolojik hali olan gebeliğe yönelik alacağı önlemler ve bu önlemleri hangi sağlık kurumundan temin edeceğine dair detaylı bilgi verilir. Böylece istenmeyen ve hazır olunmayan gebeliklerin önüne geçilmiş olur ayrıca kadınlara gebeliğe dair doğru bilgiler verilmiş olunur (1,21,22).

Kadında doğum korkusu oluşmasına altta yatan faktörler belirlenerek gebeye özel antenatal bakım uygulaması yapılabilir (20,21,67). Yapılan çalışmalarda gebelere antenatal dönemde verilen gebelik eğitim ve danışmanlığın doğum korkusunu azalttığı yönünde bulguları mevcuttur. Bu nedenle gebelik döneminde antenatal bakım hizmetleri rutin olarak uygulanmalıdır (10,15,22,67,70).

Kadının anlayacağı düzeyde doğuma, gebeliğe dair doğru ve yeterli bilgiler verilerek bilinmezliğin ya da yanlış bilinen bilgilerden oluşan doğum korkusu azaltılabilir (13). Doğum korkusundan kaynaklanan elektif sezaryen tercihi yapan gebeleri, gebe bilgilendirme sınıfına alınır vajinal doğuma yönelik yanlış bilinen doğrular aktarılır, vajinal doğumun avantajlarından bahsedilir ve sezaryen işleminin elektif bir işlem değil tıbbi zorunluluk halinde uygulanan işlem olduğu gebeye detaylıca anlatılır (13).

### **2.2.7. Psikososyal faktörlere bağlı oluşan doğum korkusunu önlemeye yönelik yapılan uygulamalar**

Doğum korkusuna yönelik yapılacak ilk işlem korkunun şiddetini belirlemektir. Bunun için “görsel analog testlerinden veya doğum korkusu ölçeklerinden” yararlanılabilir (17). Hafif düzeyde oluşan doğum korkuları antenatal bakımla azalırken, orta ve klinik düzeydeki doğum korkuları; bu konuda özel eğitim almış ebe ya da hemşire, kadın doğum hekimi ve doğum psikoterapisti işbirliği içinde gebeye uygun bakımla süreç yönetilebilir (14,21,23).

Kadınlar doğum korkusunu “dönülemez bir noktada olma” şeklinde tanımlamışlardır. Doğum korkusu yaşayan gebelerin duygularını ve deneyimlerini anlayarak gebelere “psiko-eğitim, sanat terapisi, gevşeme egzersizi, solunum egzersizi, fiziksel egzersiz, yoga, haptonomi, masaj terapisi, sosyal destek, müzik terapisi ve manevi bakım” uygulamalarıyla psikososyal rahatlama sağlanarak doğum korkusu azaltılabilir (17).

#### **2.2.7.1. Psiko-eğitim**

Gebelerin psikososyal sağlığı değerlendirilmelidir. Bunu yaparken kadının korkularının neler olduğunu, obstetrik öyküsünü, doğuma ilişkin duydukları ve bildikleri, kendini anneliğe hazır hissedip hissetmediği, kendi sağlık durumunu nasıl tanımladığını, sosyoekonomik ve kültürel durumunu, ailede aldığı sosyal destek durumunu, geçmiş olumsuz deneyimlerini ve yaşadığı gebeliğin sosyal hayatına etkisinin neler olduğu hakkında detaylı anamnez alınıp her gebeye özel uygulanacak bireysel psiko-eğitimle kadının doğuma ilişkin belirsizliklerin kabul edilmesi sağlanarak gebelik ve doğum sürecinde öz denetimi elden bırakmayarak sürecin sonuna kadar olumlu yürütülmesini sağlamaktır (11,12,14,17,23,24,67).

### **2.2.7.2. Gevşeme egzersizi**

Gevşeme egzersiziyle korkunun ve stresin vücutta oluşturduğu fizyolojik etkileri ve gerginliği azaltarak gebenin kendini daha rahatlamış, daha iyi hissetmesini sağlar. Gevşeme egzersizleri için gebe sakin bir odaya veya ortama alınır. Hemşire yardımıyla gebenin rahat ve kas gerginliği oluşturmayacak bir pozisyonda oturması veya uzanması istenir. Daha sonra kafasındaki tüm düşüncelerden uzaklaşıp, başka bir yöne (kelime, ses, obje, kişi) odaklanması sağlanır (14,23,24).

### **2.2.7.3. Solunum egzersizi**

Solunum egzersizleri akciğer ve kalbin daha iyi çalışmasını sağlayarak vücuttaki stresin oluşturduğu gerginliği önleyebilir. Hemşireler gebelere solunum egzersizlerini (göğüs solunumu, karın solunumu gibi) öğretmek günde en az 3-5 kez uygulaması istenir. Gevşeme egzersizleriyle beraber uygulandığı takdirde etkinliğinin artacağı belirtilir (14,23,24).

### **2.2.7.4. Fiziksel egzersiz**

Gebelikte yapılan fiziksel egzersizlerin gebeliğin oluşturduğu stresi, korkuyu azaltarak ruh sağlığını olumlu etkilemektedir. Ayrıca egzersizler meternal sağlığı olumlu etkilediği, gebeliğe bağlı oluşan patolojik durumları azalttığı, hastanedeki kalış süresini azalttığı, doğumun aktif fazını kısalttığı ve vajinal doğum insidansını arttırdığı tespit edilmiştir. Tüm bu nedenlerden ötürü kadın hekimiyle beraber gebeye uygun egzersiz planı oluşturulmalıdır (12,14).

### **2.2.7.5. Yoga**

Beyin dalgası frekansının yavaşlamasını sağlayan, fiziksel hareketlerle birlikte zihinsel odaklanmayı sağlayan, bütünlük ve uyum gerektiren bir uygulamadır. Gevşeme ve bireyin içe dönmesini sağlar. Korku ve endişeleri barındıran zihnin geri plana bırakılması ve aktif olmadığı için bütünsel bir rahatlama sağlanır. Yoga nörotransmitter seviyesinde değişiklik oluşturarak özellikle gevşeme cevabı parasempatik aktiviteyi eyleme geçirerek, dopamin ve serotonin salımı yapar. Böylece gevşeme sağlanarak stres seviyesinde düşüş sağlanır. Sadece sağlıklı bireylerde değil ayrıca gebelik döneminde ekstra hastalığı olan bireylerde de olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu nedenle

hemşireler stresle baş etmeyi sağlamak amacıyla gebeleri yoga gruplarına yönlendirmelidir (1).

#### **2.2.7.6. Haptonomi**

İnsanlar arasındaki emosyonel etkileşimi temel alan, dokunma ve hissetmenin bilimidir. İyileşmeyi amaçlayan başkasının varlığını onaylamak için söz ve hareketle dokunmayı temel alır. Ebeveyn ve fetüs arasında dokunmayla oluşan güçlü bir bağ oluşur. Gebelik ve annelik sürecinde psikosoyal uyumlanma prekonsepsiyonel dönemde başlayarak pospartum döneme kadar devam eden geniş bir uyumlanma süreci sağlar (1,12).

#### **2.2.7.7. Masaj terapisi**

Masaj gebeliğin oluşturduğu stresi, kas gerilimini azaltarak gevşeme ve rahatlama sağlar. Masajla gebenin ağrılarını azaltarak gebenin kendini daha rahat ve iyi hissetmesine neden olur. Masaj terapisini hemşire hastaya uygularken aynı zamanda nasıl uygulayacağını ve etkilerini hem kendisine hem de ailesine anlatmalıdır (12,14,23,24).

#### **2.2.7.8. Sosyal destek**

Gebenin doğum korkusuyla ve gebeliğin oluşturduğu etkilerle baş etmesini sağlayan faktörlerden en önemlisi sosyal destektir. Sosyal destek, gebeye sunulan her türlü bilişsel destektir. Gebenin birincil sosyal destek mekanizması eşidir. Gebenin diğer sosyal destekçileri ailesi, sosyal çevresi, hemşire, psikolog ve doğum destekçisidir (doula) (12,14). Gebe doğum destekçisi ya da sürekli takibini yapan ebe, hemşireyle doğum sürecini geçirmesinin en yüksek doğum memnuniyetine neden olduğu, bakımın sürekliliğini sağladığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada bize göstermektedir ki; bilinen bir ebeyle gebelik süreci 10 gebeyle yürütülen çalışmada kadınların sadece ikisinin doğum sırasında anksiyete yaşadığı belirtilmiştir (14,23,24). Ayrıca sosyal destek sağlanan gebelerin; sorunlarıyla daha kolay başa çıktığı, gebeliğe uyumu ve psikosoyal iyiliği arttırdığı, depresyonu ve doğum korkusunu azalttığı gözlemlenmiştir. Hemşire, gebenin ve sosyal çevresindeki destekçisinin de bakıma katılımının sağlamalı ve kritik kararlarda mutlaka yanında olması sağlanmalıdır (14,21,59).

### **2.2.7.9. Müzik terapisi**

Müzik terapisi ucuz, öğrenilmesi etkili ve öğrenilmesi kolay bir uygulamadır. Vücuttaki endorfin salgısını artırır bunun sonucunda kaslarda gevşeme olur, duygu durumu düzelir, ağrıyı ve anksiyeteyi azaltır, fetüse rahat bir ortam yaratır ve annenin metarnal durumunu iyileştirir. Hemşireler rahatlatıcı müzik dinlemenin faydalarını aktararak gebenin uygulamasına teşvik etmelidir (28,48,49).

### **2.2.7.10. Maneviyatı güçlendirme**

Maneviyatı güçlü gebelerin gebeliğe uyumu, öz yeterlikleri, tedaviye uyumu, psikosoyal durumu daha yüksektir ve doğum korkuları, ağrısı ve depresif bulguları da düşüktür. Bu nedenle hemşire gebenin yaptığı manevi uygulamaları desteklemeli ve hastanede devam etmesi için de uygun ortam oluşturmalıdır (14,23,24).

## **2.3. Maneviyat**

Maneviyat kelimesi Batı dillerinde Latince kökenli olup “spiritüalite” kelimesinden türetilmiştir. Spiritüalite kelimesinin Latince kök anlamı: “nefes almak, hayatta olmak, yaşamın asıl gagesini bulmak daha kapsamlı tanımı ise aşkın bir güçle kurulan bağıdır” (18,29,34). Türk Dil Kurumuna (TDK) göre maneviyat kelimesi Arapça kökenli bir kelime olup kelimenin kök anlamıysa “maddi olmayan, manevi şeyler (görülemeyen ama duyularla hissedilebilen soyut ve tinsel olandır)” şeklinde açıklamalar yapmıştır (18,26,29,45).

Sağlık bakımında maneviyat kavramının önem kazanması ise DSÖ'nün sağlığı, “kişide hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, kişinin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamasıyla ortaya çıkmıştır (18,29,30). Amerikan Holistik Hemşireler Birliği (AHNA/The American Holistic Nurses Association) sağlığı; “vücut, beyin ve ruh arasındaki uyum düzeyi” olarak tanımlamış olup ayrıca sağlığın değerlendirilmesinde bireyin manevi (spiritüel) boyutunun değerlendirilmesi gerekliliğine vurgu yapılmıştır (29). Birey fiziksel, sosyal, ruhsal ve manevi (spiritüel) yönüyle bir bütündür (18,24,25,27). Bu nedenle topluma sağlık hizmeti sunumunda görev alan hemşirelerin de topluma bakım verirken bireyi tüm yönleriyle ele alıp bakım vermesi gerekmektedir (27). Bu yaklaşıma holistik (bütüncül) bakım denmektedir (18,25,28). Holistik bakım kavramı, Newman, Rogers ve Parse gibi teorisyenlerle 1980 yılında hemşirelik literatüründe yer verilmiştir. Daha sonra Florence Nightingale ile

beraber modern hemşirelik uygulamalarında bütüncül bakıma yer verilmiştir (31,77). Holistik bakımın önem kazanmasıyla beraber Maslow'un insan ihtiyaçları piramidinin en üst basamağına manevi değerlere sahip, aşkın bir güce inanan bireyler vardır (29-31). Virginia Henderson da, hemşirelik bakımında karşılanması gereken temel insan ihtiyaçlarını belirttiği on dört maddeden oluşan listenin on birinci maddesine “manevi ve ahlaki değerleri” eklemiştir (30). Ayrıca Florence Nightingale de manevi gereksinimler hakkında; “vücudu oluşturan organlar kişinin sağlığı için ne kadar önemliyse manevi gereksinimler de aynı derece önemli” olduğuna vurgu yapmıştır (29,30,39,52,77). Tüm bu gelişmeler hemşirelikte bütüncül bakımın sağlanabilmesi için maneviyatın önemli bir yere sahip olduğunu göstermekte olup maneviyatla bütüncül bakımının ayrılamadığına ve hemşirelik bakımında manevi (spiritüel) bakımın doğmasına katkıda bulunmuştur (29-33).

### **2.3.1. Manevi bakım**

Türk Hemşireler Derneği (THD) hemşirenin görev ve yetkilerini tanımlarken bireye holistik bakış açısıyla bakım vermelidir demiştir (28,78). Bu nedenle hemşireler bireyleri; biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi yönleriyle bir bütün olarak ele alıp, bütüncül bakım çerçevesinde manevi bakım ve danışmanlık yaparlar. Bu ayrıca modern hemşireliğin felsefesini de oluşturmaktadır (27,30,35,77). Manevi bakım, bireylerin manevi yönden güçsüzleştiği, manevi bakım ihtiyaçlarının doğduğu dönemde bireylere destek olmak, bireyin ihtiyaç duyduğu manevi uygulamaları tespit ederek bu konuda bireylere danışmanlık yapmak ve yaptığı olumlu manevi uygulamaları hastanene ya da hastane dışında yapması için destek olarak sunulan bakım hizmetidir (18,35). Manevi bakım bütüncül hemşirelik bakımının sağlanmasında önemli bir unsur olup ayrıca gebelere sunulan antenatal bakımın içeriğinde de olması gereken bir bakımdır. Çünkü gebelik süreci biyopsikosozyal ve manevi yönleriyle birçok değişimi yaşadığı gebelerin özel bakım ve gereksinimlerinin olduğu bir süreçtir (9). Ayrıca bu süreçte gebenin manevi gereksinimleri de artmaktadır ve bu gereksinimlerin karşılanmaması halinde gebede “spiritüel distres” gelişebilir (9,36,37). Bu nedenle gebelerin kapsamlı bir hemşirelik bakımı ve değerlendirmenin yapılabilmesi için maneviyatın göz ardı edilmemesi gerekmektedir (37). Nitekim Uluslararası Ebeler Konfederasyonunun (ICM) yaptığı açıklamada bu görüşü destekler niteliktedir: “Gebeler psikolojik, fiziksel, sosyal, kültürel ve manevi değişimlerin anlaşılıp holistik bakım çerçevesinde bakım sunulması” gerektiğini belirtmiştir (32,41). Gebelik sürecinde sunulan manevi bakımla

gebenin yanında olmak yaşadığı stresli, sıkıntılı ve korkulu dönemin üstesinden gelerek yaşanan olumsuzlukların azalmasına neden olacaktır (39-42). Bu nedenle gebelere sunulacak manevi bakım önem arz etmektedir. Gebelere sunulacak manevi bakım uygulamalarını iki şekilde inceleyebiliriz; birincisi, gebenin yaptığı dini manevi uygulamalar, ikincisi de bireysel ve kültürel manevi uygulamalardır (41).

### **2.3.2. Manevi bakım uygulamaları**

Manevi bakım uygulamalarını tanımlama-planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere 3 ana başlıkta inceleyebiliriz.

#### **2.3.2.1. Tanımlama - planlama**

Gebeye doğru ve etkili bir manevi bakım uygulaması yapılabilmesi için en önemli adımdır. Bu aşamada gebeye sorulan sorularla gebenin bireysel manevi profili oluşturulur.

Hemşire öncelikle bakım verdiği toplumun manevi profilinin neler olduğunu, gebelik sürecinde ya da doğumda topluma özgü yapılan uygulamaların neler olduğuna ilişkin bilgiler elde etmelidir. Toplumun manevi profili aynı zamanda gebelerin manevi profili hakkında da hemşirelere yol gösterebilir (43,44).

Yapılan literatür taraması sonucunda sorulabilecek soruları şu şekilde detaylandırabiliriz;

-Maneviyat sizce nedir ve sizin için önemli midir? (30).

-Belirli bir inançtan dolayı yaptığınız manevi uygulamalar var mı, varsa bunlar nelerdir? (30).

-Sık sık tekrarladığınız manevi uygulamalar nelerdir, gebelik dönemi bu durumu değiştirdi mi, değiştirdiyse neden değiştirdi? (30).

- “Gebeliğinizde ya da doğumunuzda stresinizi hafifletebilecek, sizi daha rahat hissettirecek bir manevi veya dini inancınız/uygulamanız var mı?” (26,42).

-Gebelikte yaşadığınız stresli, kaygılı bir durumla karşı karşıya kaldığınızda yaptığınız olumlu uygulamalar nelerdir, kendinizi ne yaparak daha rahatlamış hissedersiniz? (28,42).

-Gebelik sürecini sizin için anlamlı kılan nedir? (28,30,45).

-Gebelik sürecinde kendinizi ruhsal/ manevi olarak nasıl hissediyorsunuz (45).

-Gebelik sürecinde olumsuz bir duygu durum yaşadığınızda size destek veren ve iyi hissetmenizi sağlayan güç nedir? (45).

-Hangi aktivitelerle uğraşmak sizi iyi hissettirir? (26,45).

-Sağlığınızın sürdürülmesinde size düşen görevler nelerdir? (30).

-Gebelik sürecinde sizi mutlu ve huzurlu hissetmenize neden olan olay, durum, kişi aktiviteler nelerdir, bunların gebelik öncesi duruma göre değişimi oldu mu? (30,44,45).

-Gebeliğiniz ve doğum süresince yönelik sağlık personelinin size nasıl davranmasını beklersiniz? Burada bilhassa gebenin çevresiyle, sağlık personeliyle kurduğu iletişim diline, belirttiği manevi uygulamalar dikkatlice dinlenir ve not alınır (35,45).

-Gebelikten önceki halinize göre kendinizi nasıl hissediyorsunuz, bu durumun nedeni nedir ? (45).

-Sürekli yaptığınız ve yaptığınızda kendinizi daha iyi hissettiğiniz manevi uygulamalarınız var mı? (45).

-Bu süreçte yaşadığınız zorluklar, değişimlere karşı manevi durumunuz sizi nasıl etkiledi? (45).

-Gebenin manevi gereksinimleri planlanırken; gebelik sürecinin gebe için ne ifade ettiği, fiziksel, psikolojik ve manevi gereksinimlerinin neler olduğu, gebelik öncesi ve gebelikte yaptığı manevi ya da dini ritüellerin neler olduğu sorgulanır (38).

-Gebe eğer sıkıntılı bir süreçten geçiyorsa bu durumda gösterdiği “spritüel distrese” bağlı gösterdiği tepkileri (ağlama, sinirlenme, suskunluk, korku vb.) dikkatlice gözleyip not almak gerekir (28,69).

-Kadının gebelik süreciyle ilgili kaygıları, korkusu, umudu, üzüntüsünü ifade etmesi yönünde gebe cesaretlendirilir, önyargısız bir şekilde dinlenir ve onu anladığını ifade edilir (29,31).

-Gebenin kendini manevi olarak iyi hissetmesini sağlayan manevi uygulamaların neler olduğunun ifade etmesi yönünde gebe desteklenir ve bu aşamada hemşire gebenin manevi profiliyle kendi manevi profilini kıyaslamadan ön yargısız bir şekilde yaklaşmalıdır (43).

Gebeden bilgi alınırken maneviyattan bahsederken dini uygulamalarından bahsederse eğer bunları detaylandıran sorular sorup gebenin manevi profili daha ayrıntılı çizilmiş olunur, böylece manevi bakımın kalitesini de arttırmış olunur (44). Eğer gebe “neden bu olay benim başıma geldi?” gibi ifadeler kullanırsa bu durum bize gebenin “spritüel distrese” girdiğini gösterir. Bu tür gebelerde özellikle daha hassas, sabırlı ve özverili davranarak gebenin kendini ifade etmesi için zaman tanınır ve daha dikkatli gözlemlenir (45). Gebeye özellikle hayatın anlamı amacı, hayatta tutan bağlayan, mutluluk veren ana güç mekanizması sorgulanır tüm bu edinilen bilgiler neticesinde bireye özel manevi bakım uygulamalarına geçilir (77).

### **2.3.2.2. Uygulama**

Bu aşamada hemşire tanımlama-planlama aşamasında edindiği bilgilerden yola çıkılarak bireye özel yapacağı manevi uygulamaları uygular. Bu aşamada, gebenin sosyal çevresinden de destek alarak uygulamaların devamlılığının sağlanması sağlanır.

Öncelikle manevi uygulamaların ilk aşaması olan gebenin yaşadığı durum neticesiyle var olan durumu kabul etmesiyle başlanır. Gebenin gebeliği, bu süreçte yaşayacağı değişimler anlatılır ve bunların kabulü sağlanmaya çalışılır (41). Kadının gebelik sürecinde ve doğumda her zaman yanında olduğunu dilediği zaman erişim sağlayabileceğini belirtip gebeye dürüst, saygılı, gebenin ihtiyaçlarına ve isteklerini etkin ve duyarlı dinleyip gebeye özgü bakım sağlamaya çalışılmalıdır (41,47). Kadının geçmiş gebelik öyküsü varsa bunlara ilişkin yaşadığı olumlu ya da olumsuz deneyimleri anlatması yönünde gebe desteklenir. Olumsuz deneyimleri varsa bunların toparlanması için hemşireden beklentisinin neler olduğu sorgulanmalıdır (35).

Gebenin belirttiği dini ya da manevi ritüellere saygı duyulmalıdır ve gebenin bu süreçte fizyolojik ve biyolojik değişimlerde göz önüne alınıp maneviyatın gebeye etkisi sorgulanır. Daha sonra süreçle ilgi gebeye empatik ve şefkatli bir yaklaşımla yapmış olduğu manevi ritüellerin tedavisini ve gebelik sürecini olumsuz etkilemeyecek düzeyde yapması için uygun ortam oluşturulup desteklenir (38,39,47,79).

Hemşireler bakım sunduğu ortamı manevi bakımı uygulamaya yönelik elverişli hale getirebilir (35). Bireyin içten motivasyonunu artırmak için yaşamda umut sağladığı uygulamaları yapması yönünde desteklenerek hayata tutunması sağlanır (45).

Her gebenin manevi bakımı kendine özeldir bu nedenle hastanın ihtiyacına göre bazen terapötik dokunma yapmak, bazen birlikte yaptığı manevi/dini ritüellere katılmak, bazen olumlu gelen mutlu hissettiren bir şeyi dinlemek, bazen bilmediklerini yanıtlamak süreç hakkında bilgi vermek gibi uygulamaları kapsayabilir (30,45).

Gebenin ihtiyacına göre eğer gerekli bir durum varsa gebeyi hastanede manevi danışman veya din görevlisine yönlendirilebilir (28,45,80,81). Gebe için anlam ifade eden eşyaların yanında olmasına saygı gösterilmeli, yakınlarının yanında olmasını mümkünse kısıtlamamalı ve manevi bakım uygulamaları olan “terapötik dokunma, aromaterapi, olumlu düşünme, müzikle terapi, masaj vb.” uygulamalar yapılır ve devam etmesi için desteklenir (29).

Gebenin sorularını yanıtlarken dikkatli, saygı gösterip, yargılamadan dinlenmeli ve gebenin yaptığı manevi uygulamaları uygulayarak umutlarının güçlü tutulup kendi kendine başa çıkması sağlanır (34). Hastanın yakının yanında bulunması spirütüel destek sağlayabilir (36).

Gebeye bakım verilirken mahremiyetine saygı duyularak, kendi manevi uygulamalarımız, inancımızla gebenin sahip olduğu manevi profili kıyaslamadan, eleştirmeden tarafsız, ön yargısız ve dürüst bir tutumla manevi bakım verilmedir (18). Gebeye bakım sağlarken bireysel destek verip her zaman yanında bulunduğunu, güvenli bir ortamda olduğunu belirtip hastanın yapacağı manevi uygulamalar desteklenmeli hatta bu uygulamaları yaparken hemşirenin de katılımının sağlanması gebe ve arasındaki iletişim bağı kuvvetlendirir(18,30,43,69). Manevi bakım verirken hemşire güler yüzlü, bireysel farklılıklara saygılı, şefkatli, etkin iletişim tekniklerini kullanan, empati duyan, manevi bakım konusunda yeterli donanıma sahip, anlayışlı, terapötik ortam oluşturan, umut veren, gebeye soru sorma fırsatı veren bir yaklaşımla bakım vermelidir (30,31,43).

Gebenin hastane ortamında manevi bakım uygulamalarını yapması için uygun ortam oluşturulmaya çalışılmalıdır eğer bu ortam oluşturulamıyorsa gebenin manevi profili hakkında manevi danışana bilgi verilip bu konuda destek istenebilir (43,82).

Hemşire kendi manevi profilini hastaya dayatmaya çalışmamalıdır aksine gebenin kendi manevi profilini fark etmesini sağlamaya çalışmalıdır (26,39,43).

Gebenin gebelik sürecinde yaşadığı değişimler sonucunda bu süreçle başa çıkması ve süreci kolay bir şekilde yönetebilmesi için bu süreci anlamlandırması gerekir. Bu nedenle gebenin bu süreci anlamlandırması yönünde destek olunur ve gerekli durumlarda hastanın ihtiyacına göre manevi danışman, din görevli, psikoterapistten destek istenir (26,45,47).

Gebenin maneviyatını yükseltecek uygulamalar olan; doğa yürüyüşleri yapmak, kitap okumak, boyama yapmak, su sesi veya kuş sesi dinlemek, yaptığı dini ritüeller varsa bunları yapması kişinin maneviyatını yükseltir (35,46,47,81).

### **2.3.2.3. Değerlendirme**

Gebenin manevi iyilik halini değerlendireceğimiz ulusal kullanılan ölçekler ya da ölçüm araçları kullanılarak bakım öncesi ve sonrası değerlendirilebilir (30,43). Gebenin manevi bakımdan önceki umut, korku, sinirlilik, içe kapanıklık gibi spiritüel distresten kaynaklanan durumların değişimi gözlemlenir (30,43). Manevi bakımdan sonra gebenin ya da çevresinin bakıma ilişkin belirttiği ifadeler ve beklenen davranış değişikliğine ilişkin gözlemler ve sorgulamalar yapılarak manevi bakım yeniden revize edilebilir (46).

### **2.3.3. Gebelerde manevi bakımın faydaları**

Yapılan literatür incelemesi sonucunda gebelik döneminde manevi bakımın faydalarına ilişkin bulgular şu şekildedir: İrani ve ark.'nın (2019) yaptığı İran'da fetal anomali tespit edilen hamile kadınların başa çıkma stratejileri: niteliksel bir çalışmada; "Gebeler yaşadığı bu olumsuz durumla başa çıkmak için bir çok farklı başa çıkma yöntemlerini kullanmışlardır. Fakat bunların en etkilisi manevi başa çıkma yöntemidir" şeklinde belirtmiştir (83).Gebelik döneminde manevi bakım uygulanmasının yapılması hemşirenin bireye holistik bakım çerçevesinde ve bireyin tüm yönlerini (biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi) gözeterek bakım sağladığını gösterir. Bu durumda hemşirelik bakımının kalitesini ve profesyonelliğini ve meslekten alınan doyumunu artırır (26,35,36,45,52,84-86). Ayrıca manevi bakım uygulamalarının bireyin hastalıklara karşı başa çıkma ve iyileşme hızını arttırdığını, bakıma duyulan memnuniyeti arttırdığı, tedaviye uyumlarının arttığı, kişinin hayata karşı motivasyonunu yükselttiğini, kendini

ruhsal olarak daha iyi hissettikleri, hastalığın neden olduğu olumsuz havayı azalttığı tespit edilmiştir (29,31,35,36,41,45,48,85,87). Monfared Kashki ve ark.'nın (2021) yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada; “Manevi danışmanlık verilen kadınların yaşam kalitesinde psikolojik yönden iyileşmelerin olduğu” belirtilmiştir (49).

Gebelik döneminde uygulanan manevi bakım uygulamalarının anneyi hayata bağladığını ve gebelik dönemine bağlı oluşan değişimlerin annenin ve fetus sağlığına olumsuz etkileri azaltılabileceği belirtilmiştir (9,34,46). Manevi bakım, hastalıkların yarattığı stres, anksiyete, depresyon, ağrı, ümitsizlik ve “spiritüel distressi” azaltarak hastalığına karşı pozitif tutum sergilemesini sağlar (5,30,45,52,74). Kamali ve ark.'nın (2018) Preeklampsili kadınlarda manevi bakım eğitiminin doğum sonrası stres bozukluğuna etkisini incelediği çalışmada; “Kadınlara uygulanan manevi bakımla beraber doğum sonrası stres bozukluğunun azaltılmasında etkili olduğu” tespit edilmiştir (89).

Ahmad ve ark.'nın (2017) Ürdün'deki hemodiyaliz hastalarında manevi iyi oluş, depresyon ve stres arasındaki ilişkiyi incelediği ve Durmuş'un (2019) maneviyatı güçlendirme eğitiminin hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini incelediği çalışmalarda; “maneviyatın ya da manevi uygulamaların depresyon, stres seviyelerini düşürdüğü” tespit edilmiştir (43,88). Kılıç'ın (2019) gebelik süresinde dini ve manevi yaşam üzerine yaptığı çalışmada; “gebenin maneviyatının, gebeliğe anlam yüklemesine, annelik kimliğinin oluşmasına, gebelikte oluşan hastalıklara karşı dayanma gücünün artmasına, hayata yüklediği anlamın artmasına neden olduğu ve gebeliğin ilerleyen safhalarında kadınların vücutlarındaki fiziksel değişimden ziyade manevi değişimlerle daha fazla ilgilendiği” şeklinde belirtilmiştir (6). Yapılan başka bir çalışmada gebelerde doğum korkusu ile psikolojik ve spiritüel iyi oluş arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada; “Gebelerin doğum korkusu seviyeleri azaldıkça, manevi iyi oluş seviyelerinde arttığı” belirtilmiştir (20). Ayrıca annenin bu süreçte yaşayacağı biyopsikososyal değişimlerin bebeğin sağlığını da olumsuz etkileyeceğinden ötürü holistik sağlık sunumunda görev alan hemşirelerin gebelere sağlık hizmeti sunarken muhakkak manevi boyutu da göz önüne alınıp bakım uygulaması yapılmalıdır (6,80). Gebelik sürecinin mucizevi doğasından dolayı kadınların bu dönemde ruhsal bağlılığının artması, maneviyatın rolünün derinleşmesine neden olur ve bundan ötürü bu dönemde uygulanan bakımdan alınan verim daha yüksek olur (44).

Dokuhaki ve Ghodrati (2021) tarafından gebelerin doğum anksiyetesi ve doğum sonrası ağrı ile dindarlık arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada; “dini boyutta maneviyatı yüksek olan gebelerin, doğum kaygısı seviyelerinin daha düşük olduğu” sonucuna ulaşılmıştır (90). Moradi ve ark.’nın (2022) yaptığı maneviyatın doğum öncesi bakıma entegre etmenin gebelerin uykusunda etkinliği: randomize kontrollü bir çalışmada; “gebelere sunulan manevi içerikli danışmanlığın kadınların uykusuzluk şiddetini azaltıp uyku kalitesini artırabileceği” tespit edilmiştir (50). Rabiipoor ve ark.’nın (2017) İranlı gebe kadınlar arasında spiritüel sağlık ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; “spiritüel sağlığı daha yüksek olan gebelerin fiziksel aktivite sıklığının daha yüksek olduğu” sonucuna varılmıştır (91).

Son olarak manevi bakım gebede mutluluk seviyesini etkilemektedir. Bu duruma ilişkin literatürdeki bulgular şu şeklide sıralanabilir: Abdollahpour ve Khosravi (2017) tarafından İranlı gebelerde manevi zeka ile mutluluk ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada; “gebelerin manevi zekası, mutluluk ve doğum korkusu arasında ilişki olduğu gebelerin doğum korkusu azaldıkça manevi zekası ve mutluluk seviyelerinin arttığı” tespit edilmiştir (51). Gebelik sürecinde manevi ihtiyaçların karşılanması kadının öznel mutluluğunu, ağrı yönetimini artıracak, kaygı ve stres seviyesini azaltacaktır (30,35,40). Manevi bakımla olumlu maneviyata sahip kişilerin; hastalığa ve tedaviye uyumunun arttığı, sağlıklı yaşam tarzı davranışına sahip oldukları, daha mutlu ve huzurlu oldukları ve kişilerin biyopsikosoyal yönden daha sağlıklı olduğu” belirtilmiştir (28,30,45,52,53).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu araştırmada gebelerin sahip olduğu manevi durumun doğum korkusu ve mutluluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği kesitsel tipte bir araştırmadır. Bu araştırma ayrıca hemşirelik bakımının temelini oluşturan holistik (bütüncül) bakımın önemli bir unsuru olan maneviyatın gebelik üzerine etkilerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri zamanı**

Araştırma verileri Gaziantep ilinde bulunan Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi, Şehitkamil Devlet Hastanesi ve özel bir hastanede kadın doğum polikliniğine başvuran 18-49 yaş arasında 20-34 haftalık araştırmayı katılmayı kabul eden gebelere Eylül 2022 – Şubat 2023 tarihlerinde hafta içi saat 08.00-16.00 aralığında uygulanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Gaziantep ilinde bulunan Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi, Şehitkamil Devlet Hastanesi ve özel bir hastanenin kadın doğum polikliniğine başvuran 20-34 haftalık gebeler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem hesaplamasıysa, Abdollahpour ve Khosravi (2017) çalışmasından elde edilen etki büyüklüğü ( $=0.2765$ ) ve yapılan güç analizine göre, araştırmanın gücünün %95 güven aralığında,  $(1-\beta)$  0,85 olması istendiğinde 532 katılımcı ile çalışmanın yeterli olduğu görüldü (G-Power, v3.1.9.7). Çalışmada, veri toplama sırasında yaşanacak kayıpların önlenmesi için %15 kişinin daha örnekleme dâhil edilmesi öngörüldü. Veri toplama aşamasında 650 katılımcıya veri formları dağıtıldı. Toplam 620 veri elde edildi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede 9 katılımcının verilerinde uç değerler olduğundan bu veriler çıkarılarak 611 katılımcı ile tamamlanmıştır.

#### **3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri**

Araştırma, 18-49 yaş aralığında 20-34 haftalık gebelere uygulanacaktır. Gebenin okuryazar olması ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olması araştırmanın dahil edilme ölçütleridir. Araştırmada karıştırıcı faktör olarak karşımıza çıkacağından ötürü gebelerin nöropsikiyatrik bir hastalığı olmaması, madde kullanımını öyküsünün olmaması ve son bir yılda şiddetli stres öyküsünün olmaması gerekmektedir.

### **3.5. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu**

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için öncelikle Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 23.05.2022 tarih ve 2022/15 sayılı toplantısı ile onaylandı (EK-1). Araştırmada kullanılan ölçeklerin izni ölçeği geliştiren kişilerden e-mail yoluyla alınmıştır (Ek-2-4). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.06.2022 tarihli toplantısında 2022/048 nolu karar numarasıyla etik açıdan onay alındı (Ek- 5). Araştırmanın uygulanmasına dair kurum izinleri kamu kurumlarında uygulanabilmesi için Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonundan gerekli izinler alınmıştır (Ek-6). Özel hastanede uygulanması için o kurumun yönetiminden gerekli izinler alınmıştır (Ek-7). Araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uyan gebelere; bu tez araştırmasının amacını, önemini ve daha sonrasında tez verilerine ne zaman ve nasıl erişim sağlayabileceği anlatıldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü kişilere gönüllüleri bilgilendirme ve olur (rıza) formu alındı (Ek-8). Yapılan literatür taraması ve kullanılan ölçeklerle bereber oluşturulan veri toplama formuyla beraber veriler toplanmıştır (Ek-9).

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada “Kişisel Bilgi Formu, Doğum Tutum Ölçeği, Maneviyat Ölçeği ve Oxford Mutluluk Ölçeği” kullanılmıştır.

### **3.7. Kişisel Bilgi Formu**

Bu form gebenin sosyodemografik özellikleri, obstetrik öyküsü ve maneviyat ve mutlulukla alakalı görüşlerini içeren 16 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formunun sosyodemografik kısmında; gebelerin ve eşlerinin çalışma/egitim durumu, gebelerin yaşı, gelir durumu, sigara kullanma durumu ve kronik hastalık varlığı olmak üzere 8 sorudan oluşmaktadır. Obstetrik öykü kısmında; yaşayan çocuk sayısı, gebelik sayısı, düşük ve küretaj sayısını, daha önce gebeliğinde sorun yaşama durumu, şu anki gebeliğinde sorun yaşama durumu, gebeliğinde sorun yaşadığında ilk kime başvurduğunu, gebeliğin isteyerek mi olduğunu ve düzenli kadın doğum hekiminde kontrollerini yaptırıp yaptırmadığını içeren 6 soru bulunmaktadır. En son kısımdaysa gebelik döneminde mutluluğu nasıl tanımladığı, kendini nasıl hissettiğini ve gebe kendinde manevi gücü nasıl tanımladığı ve gebelik sürecine etkisini içeren 2 soru bulunmaktadır.

### 3.8. Doğum Tutum Ölçeği (DTÖ)

Ölçek, Lowe (2000) tarafından gebelerin sahip olduğu doğum korkusu seviyesini tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir (92). Lowe ölçeği geliştirirken doğuma hazırlık eğitimi vermiş ve bu eğitime katılan 280 nullipar gebeyle beraber çalışmayı gerçekleştirmiştir (992,93). Ölçek dördümlük likert tipinde (hiç kaygı yok, düşük kaygı ,orta kaygı ve yüksek kaygı) şeklinde 16 sorudan oluşmaktadır (92,93). Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe doğum korkusu seviyesi de artmaktadır (92,93). Lowe (2000) ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,83 bulunmuştur (92). Dönmez ve ark. (2014) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (93). Dönmez ve ark (2014) “Doğum Tutum Ölçeği”nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına uygun prosedürleri izlemiştir. Daha sonra 28-40. gebelik haftasında ilk gebeliği olan 160 kişiye çalışmayı uygulamıştır. Zamana karşı değişip değişmediğini de tespit edebilmek adına 15 gün aralıklarla toplamda 2 defa 30 kişiye bu ölçek uygulanmıştır (93). Ölçeğin, Cronbach Alfa değeri 0.82 bulunmuştur. Araştırmanın sonucuna göre bu ölçek maddeleri birbirleriyle tutarlı ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir (93). Bu çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.864$  olarak bulundu. Bir ölçeğin güvenilirlik derecesinin  $0.7 \leq \alpha \leq 0.9$  arasında olması iyi bir güvenilirliğe,  $0.9 < \alpha$  olması ise mükemmel bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir (97).

### 3.9. Maneviyat Ölçeği (MÖ)

Ülkemizde maneviyatın değiş yönlerini ölçen özgün bir ölçek oluşturmak adına Şirin (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir (94). Şirin ölçeği geliştirirken “ilişkisel tarama modelinden” yararlanmıştır. Maneviyat (spiritualite) yapılan literatür incelemesi sonucunda 86 maddeden oluşan bir taslak oluşturulmuş. Daha sonra alanında uzman akademisyenler tarafından yapılan incelemeler neticesinde 33 madde çıkarılıp 12 maddesi yeniden revize edilmiştir. Ölçeği denemek amacıyla elli üç öğrenciye deneme çalışması yapıp bir maddenin anlaşılma güçlüğü bulunduğunda 55 sorudan oluşan bir ölçek elde edilmiştir. Bu ölçek maddeleri beşli likert türünde (Bana Hiç Uygun Değil, Bana Uygun Değil, Bana Biraz Uygun, Bana Oldukça Uygun, Bana Tamamen Uygun) şeklindedir (94). Ölçek en son haliyle toplamda 573 öğrenciye uygulanmıştır. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda Cronbach Alpha değeri 0.92 bulunmuştur. Açıklayıcı Faktör Analizi neticesinde 55 soruluk maneviyat ölçeğinin maddelerinden 0.30’dan düşük faktör yüküne sahip maddelerin çıkarılmasıyla da 27 sorudan oluşan bir ölçek haline gelmiştir. Ölçek maddelerinden “8,13,26” ters

kodlanmış maddelerdir. Ölçekten alınan puan arttıkça da kişinin maneviyat düzeyi de artmaktadır (94). Bu çalışmada MÖ Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.909$  olarak saptandı. Bu değer ölçeğin mükemmel bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir (97).

### **3.10. Oxford Mutluluk Ölçeği (OMÖ)**

Ölçek, Hills ve Argle (2002) tarafından bireylerin mutluluk seviyesini tespit etmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (95). Bu ölçek, 29 maddelik sorudan oluşan ve altılı likert türünde “hiç katılmıyorum, çoğunlukla katılmıyorum, biraz katılıyorum, katılıyorum, çoğunlukla katılıyorum ve tamamen katılıyorum” şeklindedir. Hills ve Argle yaptığı çalışmasında Cronbach Alpha değerini 0.91 olarak tespit etmiştir (95). Doğan ve Sapmaz (2012) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (96). Doğan ve Sapmaz (2012) “OMÖ”nün geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına uygun prosedürleri izlemiştir. Doğan ve Sapmaz ölçeği 173 öğrenciye uygulamıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 29 en yüksek puan 145’tir. Ayrıca ölçekten alınan puan arttıkça mutluluk düzeyide artmaktadır. Ölçek maddeleri incelendiğindeyse “6, 10, 13, 14, 19, 23, 24, 27, 28, 29” maddeler tersten kodlanmaktadır. Yapılan analizler neticesinde; “Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)” Kaiser-Meyer-Olkin’in (KMO) 0.92, “Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA)” CN değeri 163.12 olarak tespit edilmiş olup, ölçeğin Cronbach Alpha değeri ise 0.91, test yarılama yöntemiyle elde edilen Cronbach Alpha değeri ise 0.86 olarak elde edilmiştir (96). Bu çalışmada ise, OMÖ Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.851$  olarak hesaplandı. Bu değer ölçeğin mükemmel bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir (97).

### **3.11. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri nöropsikiyatrik bir hastalığı, madde kullanımı öyküsü, ve son bir yılda şiddetli stres öyküsü olmayan, okuryazar, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere uygulanmıştır. Hastane işleyişini bozmayacak şekilde hastane yönetimince belirlenen müsait bir alanda araştırmacı tarafından gebelere yüz yüze uygulanmıştır.

### **3.12. Verilerin Analizi**

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 programı kullanılarak analiz edildi. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama (Ort.) ve standart sapma (SS) ile, kategorik değişkenlere ait veriler sayı (n) ve yüzde (%) kullanılarak raporlandı. Çalışmada, istatistiksel testlerin seçimi ve uygulanması için bağımlı

değişkenlerin normal dağılımlarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Normallik dağılımının saptanabilmesi için literatürde bazı değerlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiği önerilmektedir (98,99). Bunlar, normallik testi, histogram tablosu ve eğrisi, çarpıklık ve basıklık değerleri ile Q-Q plot grafiğidir. Buna göre; DTÖ, MÖ ve OMÖ normal dağılım özelliği gösterdiğinden ikili grupların değerlendirilmesinde Independent samples t testi, üç ve üstü grupların değerlendirilmesinde Oneway ANOVA testi kullanıldı. Varyansların homojenliği sağlanmadığı zaman ikili grupların değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi, üç ve üstü grupların değerlendirilmesinde Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkide Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeklerin birbirlerini yordamaları Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile değerlendirildi. Yapılan tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edildi (98,99).

### **3.13. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

**Bağımlı Değişkenler:** Araştırmamızda kullandığımız; DTÖ, MÖ, OMÖ araştırmamızın bağımlı değişkenleridir.

**Bağımsız Değişkenler:** Araştırmamızda gebelere yönelmiş olduğumuz kişisel bilgi formunda sorduğumuz sorular (gebelerin ve eşlerinin çalışma/eğitim durumu, gebelerin yaşı, gelir durumu, sigara kullanma durumu ve kronik hastalık varlığı), obstetrik öykü kısmındaki sorular (yaşayan çocuk sayısı, gebelik sayısı, düşük ve küretaj sayısı, daha önce gebeliğinde sorun yaşama durumu, şu anki gebeliğinde sorun yaşama durumu, gebeliğinde sorun yaşadığında ilk kime başvurduğunu, gebeliğini isteme durumu, ve düzenli doktor kontrolüne gitme durumu) son olarak gebelik döneminde mutluluğu nasıl tanımladığı, kendini nasıl hissettiğini ve gebe kendinde manevi gücü nasıl tanımladığı ve gebelik sürecine etkisini içeren sorularımız araştırmamızın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan 611 gebeden elde edilen verilerin analizi sonucu elde edilen bulgular şu başlıklar altında verilmiştir:

- Gebelerin tanıtıcı, obstetrik özelliklerinin ve şu anki gebelikle ilgili bulguları
- Gebelerin mutluluk ve maneviyatla ilgili görüşlerinin bulguları
- Gebelerin doğum tutum, maneviyat ile oxford mutluluk ölçeklerine ait bulguları



#### 4.1 Gebelerin Tanıtıcı, Obstetrik Özelliklerinin ve Şu Anki Gebelikle İlgili Bulguları

Çizelge 4.1.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımları (n=611)

Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikler		Ort.±SS	
	Yaş	29.12±5.08	
(n=45)	Sigara kullanım sıklığı	4.78±5.31	
	Gebelik sayısı	2.52±1.52	
	Yaşayan çocuk sayısı	1.12±1.13	
	Ölü çocuk sayısı	0.04±0.22	
	Düşük sayısı	0.24±0.59	
	Küretaj sayısı	0.12±0.44	
Özellikler ve Alt Grupları		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Gebelik Durumu</b>			
	Primipar Gebelik	196	32.1
	Multipar Gebelik	415	67.9
<b>Yaş Grubu</b>			
	19-25 yaş	154	25.2
	26-29 yaş	184	30.1
	30-33 yaş	162	26.5
	34 yaş ve üzeri	111	18.2
<b>Eğitim Düzeyi</b>			
	İlkokul	100	16.4
	Ortaokul	179	29.3
	Lise	122	20.0
	Üniversite ve üstü	210	34.4
<b>Çalışma Durumu</b>			
	Evet	170	27.8
	Hayır	441	72.2
<b>Eş Eğitim Düzeyi</b>			
	Okuryazar değil veya ilkokul	107	17.5
	Ortaokul	155	25.4
	Lise	117	19.1
	Üniversite ve üstü	232	38.0
<b>Eş Çalışma Durumu</b>			
	Evet	588	96.2
	Hayır	23	3.8
<b>Gelir Durumu</b>			
	Gelir giderden az	243	39.8
	Gelir gidere denk	272	44.5
	Gelir giderden fazla	96	15.7
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>			
	Kullanıyorum	45	7.4
	Kullanmıyorum	566	92.6
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>			
	Var	61	10.0
	Yok	550	90.0
<b>Önceki Gebeliğinde Sorun Yaşama Durumu*</b>			
	Yaşadım	200	46.8
	Yaşamadım	227	53.2

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, \*n=427

**Çizelge 4.1.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımları (devamı)**

Özellikler ve Alt Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Şu anki gebelikte sorun yaşama durumu</b>		
<i>Yaşadım</i>	84	13.7
<i>Yaşamadım</i>	527	86.3
<b>Gebelikte sorun yaşadığınızda kime başvurursunuz?</b>		
<b>Aile büyüklerime başvururum</b>		
<i>Evet</i>	109	17.8
<i>Hayır</i>	502	82.2
<b>Doğumu deneyimleyen birine sorarım</b>		
<i>Evet</i>	123	20.1
<i>Hayır</i>	488	79.9
<b>İnternette/sosyal medyadan araştırırım</b>		
<i>Evet</i>	133	21.8
<i>Hayır</i>	478	78.2
<b>Kadın doğum hekimimi ararım veya giderim</b>		
<i>Evet</i>	537	87.9
<i>Hayır</i>	74	12.1
<b>Hemşire veya ebeyle iletişime geçerim</b>		
<i>Evet</i>	65	10.6
<i>Hayır</i>	546	89.4
<b>Düzenli doktora gitme durumu</b>		
<i>Evet</i>	524	85.8
<i>Hayır</i>	87	14.2
<b>Bu gebeliğinizi isteme durumu</b>		
<i>Evet</i>	532	87.1
<i>Hayır</i>	79	12.9
<b>Mutlu olma durumu</b>		
<i>Mutluyum</i>	471	77.1
<i>Kısmen mutluyum</i>	95	15.5
<i>Mutlu değilim</i>	45	7.4
<b>Maneviyatın gebeliğe etkisi</b>		
<i>Var</i>	488	79.9
<i>Yok</i>	123	20.1

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma

Bu çalışmada 611 gebenin %67.9'u multipar gebedir. Gebelerin yaş ortalaması 29.12±5.08 idi. Sadece sigara içen gebelerin (n=45) günlük sigara adet kullanma ortalaması 4.78±5.31 olarak saptandı. Gebelik sayısı ortalaması 2.52±1.52, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.12±1.13, ölü çocuk sayısı ortalaması 0.04±0.22, düşük sayısı ortalaması 0.24±0.59 ve kürtaj sayısı ortalaması 0.12±0.44 idi (Çizelge 4.1.2.).

Çalışmaya katılan gebelerin yaş gruplarına göre %30.1'i 26-29 yaşında, %34.4'ü üniversite ve üstü mezunu olduğu ve %72.2'sinin çalışmadığı görüldü. Gebe eşlerinin %38.0'inin üniversite ve üstü mezunu olduğu ve %96.2'sinin çalıştığı gözlemlendi.

Gebelerin %44.5'inin gelirinin giderine denk olduğu, %92.6'sının sigara kullanmadığı, %90.0'ında kronik bir hastalığı bulunmadığı belirlendi. Önceki gebeliklerinde sorun yaşayan gebelerin oranı %46.8 (n=427), şu anki gebeliğinde sorun yaşayan gebelerin oranı ise %13.7 idi (Çizelge 4.1.3.).

Gebelikte sorun yaşamamız halinde kime başvurursunuz sorusuna; %17.8 ile aile büyüklerime, %20.1 ile doğumu deneyimleyen birine, %21.8 ile internet/sosyal medyaya, %87.9 ile kadın doğum hekimine, %10.6 ile bir hemşire veya ebeye şeklinde cevap alındı. Gebelerin %85.8'inin düzenli doktor kontrollerine gittikleri, %87.1'inin bu gebeliği istediği, %77.1'inin kendini mutlu olarak tanımladığı ve %79.9'unun maneviyatın gebeliğe etkisinin olduğuna inandığı görüldü (Çizelge 4.1.4.).

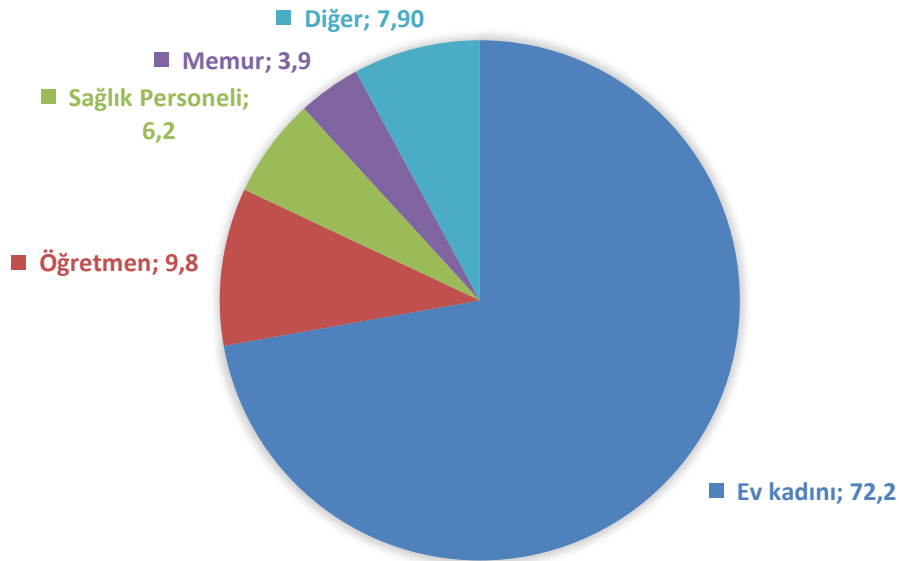


**Çizelge 4.1.5. Gebelerin Mesleklerine Göre Dağılımları (n=611)**

Meslekler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Ev kadını</i>	441	72.2
<i>Öğretmen</i>	60	9.8
<i>Sağlık Personeli</i>	38	6.2
<i>Memur</i>	24	3.9
<i>Diğer*</i>	48	7.9
<b>Toplam</b>	<b>611</b>	<b>100.0</b>

\***Diğer** (Özel sektör, muhasebeci, bankacı, mühendis, askeri personel, işletmeci, tekstilci, ticaret uğraşı, yönetici, akademisyen, avukat ve mimar)

Gebelerin mesleklerine göre büyük çoğunluğunun, %72.2'sinin ev kadını, %9.8'inin öğretmen, %6.2'sinin sağlık personeli, %3.9'unun memur ve %7.9'unun diğer mesleklerde olduğu gözlemlendi.



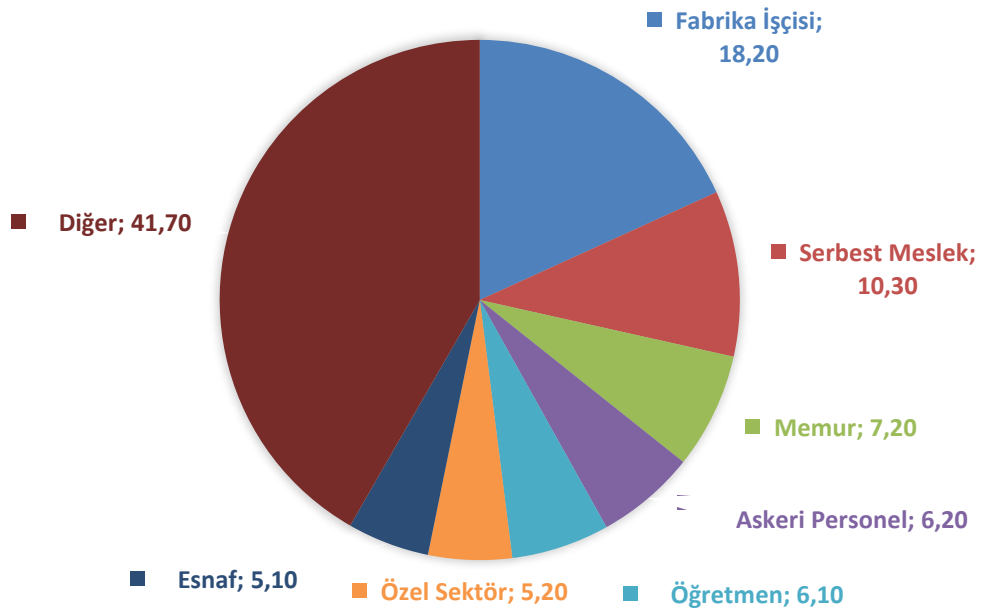
**Şekil 4.1.1. Gebelerin Mesleklerine Göre Dağılımları**

**Çizelge 4.1.3. Gebe Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımları (n=611)**

Meslekler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Fabrika İşçisi</i>	111	18.2
<i>Serbest Meslek</i>	63	10.3
<i>Memur</i>	44	7.2
<i>Askeri Personel</i>	38	6.2
<i>Öğretmen</i>	37	6.1
<i>Özel Sektör</i>	32	5.2
<i>Esnaf</i>	31	5.1
<i>Diğer*</i>	255	41.7
<b>Toplam</b>	<b>611</b>	<b>100.0</b>

\***Diğer** (İnşaatçı, ayakkabıcı, sağlık personeli, tekstilci, yönetici, işsiz, elektrik teknikeri, mühendis, şoför, güvenlik görevlisi, müteahhit, tekniker, mali müşavir, ticaret uğraşı, marangoz, muhasebeci, avukat, fırıncı, eczane teknikeri, aşçı, bankacı, imam ve akademisyen )

Gebe eşlerinin mesleklerine göre büyük çoğunluğunun, %18.2'sinin fabrika işçisi, %10.3'ünün serbest meslek sahibi, %7.2'sinin memur, %6.2'sinin askeri personel, %6.1'inin öğretmen, %5.2'sinin özel sektörde çalıştığı, %5.1'inin esnaf ve %41.7'sinin diğer mesleklerde olduğu belirlendi.



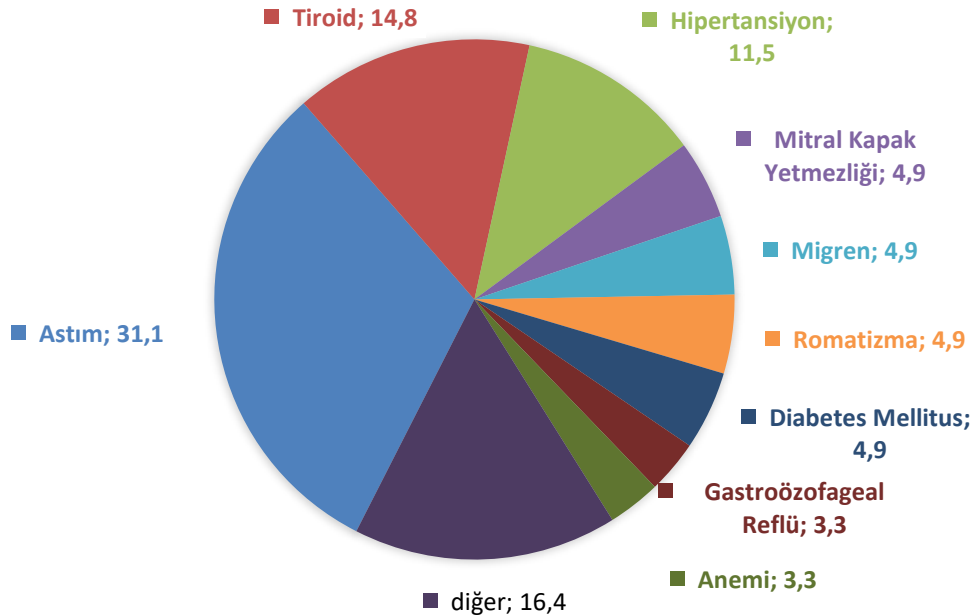
**Şekil 4.1.2. Gebe Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımları**

**Çizelge 4.1.4. Kronik Hastalıkları Bulunan Gebelerin Dağılımları (n=61)**

Hastalıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Astım</i>	19	31.1
<i>Tiroid</i>	9	14.8
<i>Hipertansiyon</i>	7	11.5
<i>Mitral Kapak Yetmezliği</i>	3	4.9
<i>Migren</i>	3	4.9
<i>Romatizma</i>	3	4.9
<i>Diabetes Mellitus</i>	3	4.9
<i>Gastroözofageal Reflü</i>	2	3.3
<i>Anemi</i>	2	3.3
<i>Diğer*</i>	10	16.4
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>100.0</b>

\*Diğer (Hepatit taşıyıcı, epilepsi, kalp yetmezliği, fitik, kan pıhtılaşması sorunu, çölyak ve karaciğer yağlanması)

Kronik hastalıkları bulunan gebelerin hastalıklara göre dağılımı incelendiğinde; %31.1 ile astım, %14.8 ile tiroid, %11.5 ile hipertansiyon, %4.9 ile mitral kapak yetmezliği, %4.9 ile migren, %4.9 ile romatizma, %4.9 ile diabetes mellitus, %3.3 ile reflü, %3.3 ile anemi ve %16.4 ile diğerleri olduğu görüldü.



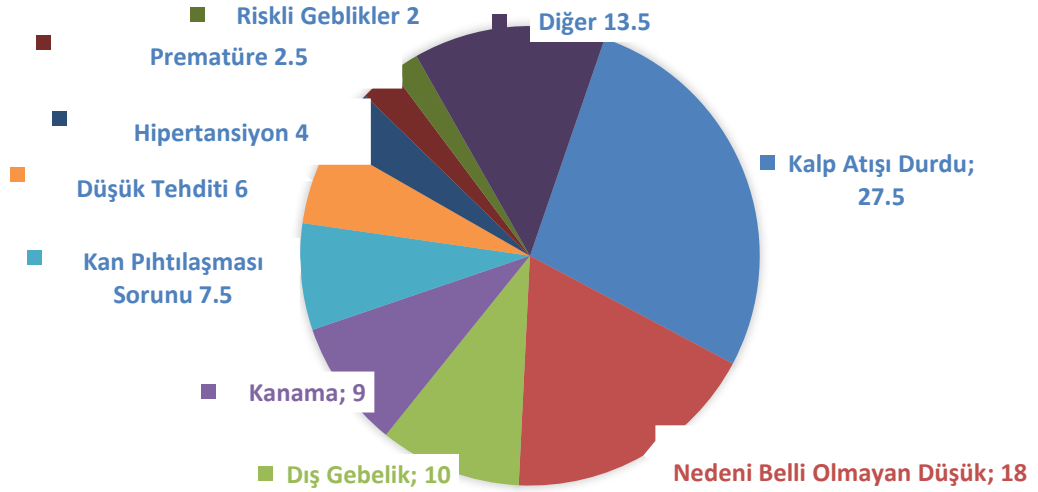
**Şekil 4.1.3. Kronik Hastalıkları Bulunan Gebelerin Dağılımları**

**Çizelge 4.1.5. Önceki Gebeliğinde Sorun Yaşayan Gebelerin Sorunlarına Göre Dağılımları (n=200)**

Sorunlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Kalp Atışı Durdu</i>	55	27.5
<i>Nedeni Belli Olmayan Düşük</i>	36	18.0
<i>Dış Gebelik</i>	20	10.0
<i>Kanama</i>	18	9.0
<i>Kan Pıhtılaşması Sorunu</i>	15	7.5
<i>Düşük Tehditi</i>	12	6.0
<i>Hipertansiyon</i>	8	4.0
<i>Prematüre</i>	5	2.5
<i>Riskli Gebelik</i>	4	2.0
<i>Diğer*</i>	27	13.5
<b>Toplam</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>

\***Diğer** (İsteyerek küretaj, servikal yetmezlik, kimyasal gebelik, preeklamsi, gebelik zehirlenmesi, erken membran rüptürü, postmatüre, zor gebelik, bebeğin gelişimi olmadı, miyom, tüberküloz, çok sancılı, DM, enfeksiyon, böbrek büyümesi, safra taşı ve kan uyumsuzluğu)

Önceki gebeliğinde sorun yaşayan gebelerin %27.5'inde kalp atışının durması, %18.0'inde nedeni belli olmayan düşük, %10.0'unda dış gebelik, %9.0'unda kanama, %7.5'inde kan pıhtılaşması sorunu, %6.0'sında düşük tehdidi, %4.0'ünde hipertansiyon, %2.5'inde prematüre, %2'sinin riskli gebelik ve %13.5'inin diğer sorunlar olduğu saptandı.



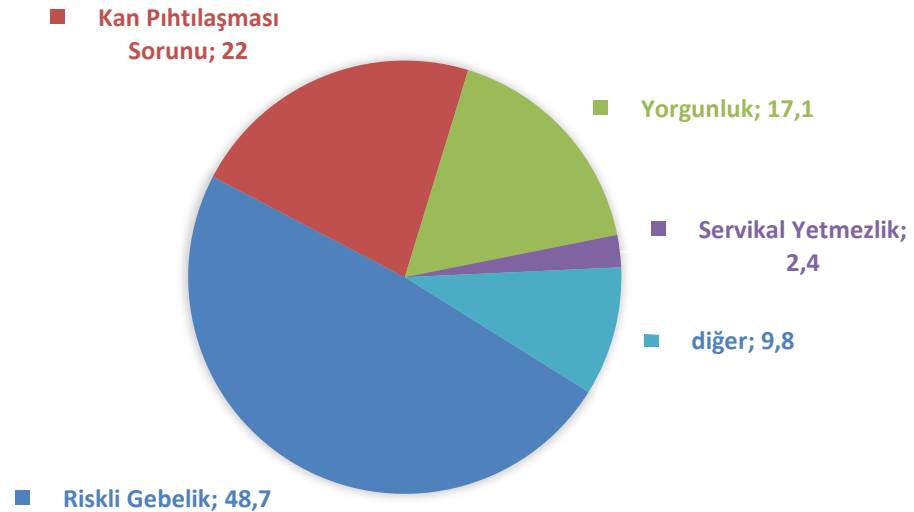
**Şekil 4.1.4. Önceki Gebeliğinde Sorun Yaşayan Gebelerin Dağılımları**

**Çizelge 4.1.6. Şu Anki Gebeliğinde Sorun Yaşayan Gebelerin Sorunlarına Göre Dağılımları (n=82)**

Sorunlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Riskli Gebelik</i>	40	48,7
<i>Kan Pıhtılaşması Sorunu</i>	18	22,0
<i>Yorgunluk</i>	14	17,1
<i>Servikal Yetmezlik</i>	2	2,4
<i>Diğer*</i>	8	9,8
<b>Toplam</b>	<b>82</b>	<b>100.0</b>

\*Diğer (Böbreklerde anormallik, kalp kapak genişlemesi, spina bifida, omfolosel, enfeksiyon, kan uyuşmazlığı ve hipotansiyon)

Şu anki gebeliğinde sorun yaşayan gebelerin %48.7'sinde riskli gebelik, %22.0'sinde kan pıhtılaşması sorunu, %17.1'inde yorgunluk, %2.4'ünde servikal yetmezlik ve %9.8'inde diğer sorunlar olduğu saptandı.

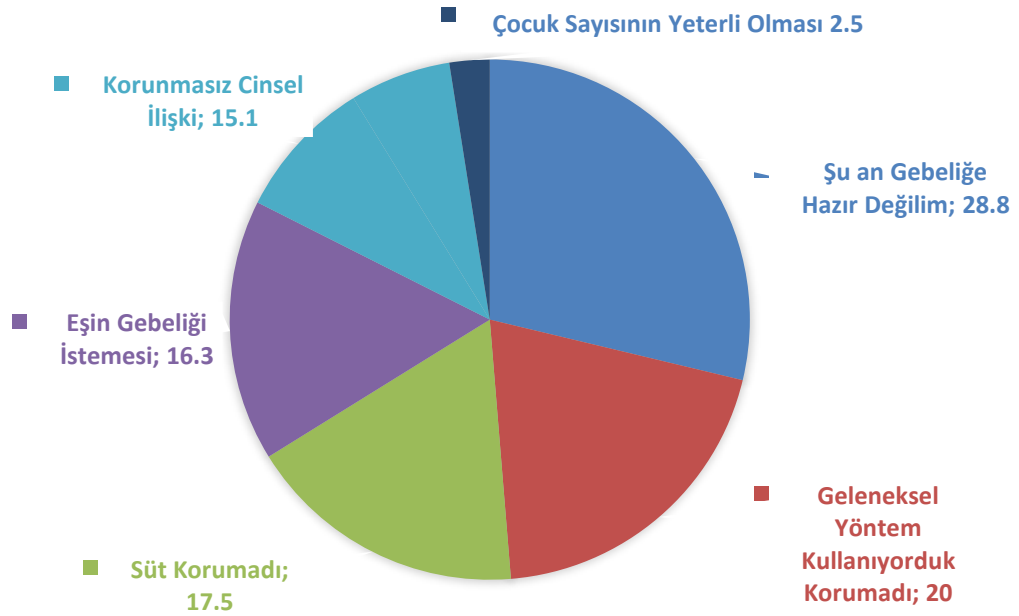


**Şekil 4.1.5. Şu Anki Gebeliğinde Sorun Yaşayan Gebelerin Dağılımları**

**Çizelge 4.1.7. Şu Anki Gebeliğini İstemeyen Gebelerin Gebeliği İstememe Nedenlerinin Dağılımları (n=79)**

Nedenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Şu an Gebeliğe Hazır Değilim</i>	23	28.8
<i>Geleneksel Yöntem Kullanıyorduk Korumadı</i>	16	20.0
<i>Süt Korumadı</i>	14	17.5
<i>Eşin Gebeliği İstemesi</i>	13	16.3
<i>Korunmasız Cinsel İlişki</i>	12	15.1
<i>Çocuk Sayısının Yeterli Olması</i>	2	2.5
<b>Toplam</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

Şu anki gebeliğini istemeyen gebelerin %28.8'i "şu an gebeliğe hazır değilim", %20.0'si "geleneksel yöntem kullanıyorduk, korumadı", %17.5'i "süt korumadı", %16.3'ü "eşin gebeliği istemesi", %15.1'i "korunmasız cinsel ilişki", ve %2.5'i "çocuk sayısının yeterli olması" olduğunu ifade ettiler.



**Şekil 4.1.6. Şu Anki Gebeliğini İstemeyen Gebelerin Gebeliği İstememe Nedenlerinin Dağılımları (n=79)**

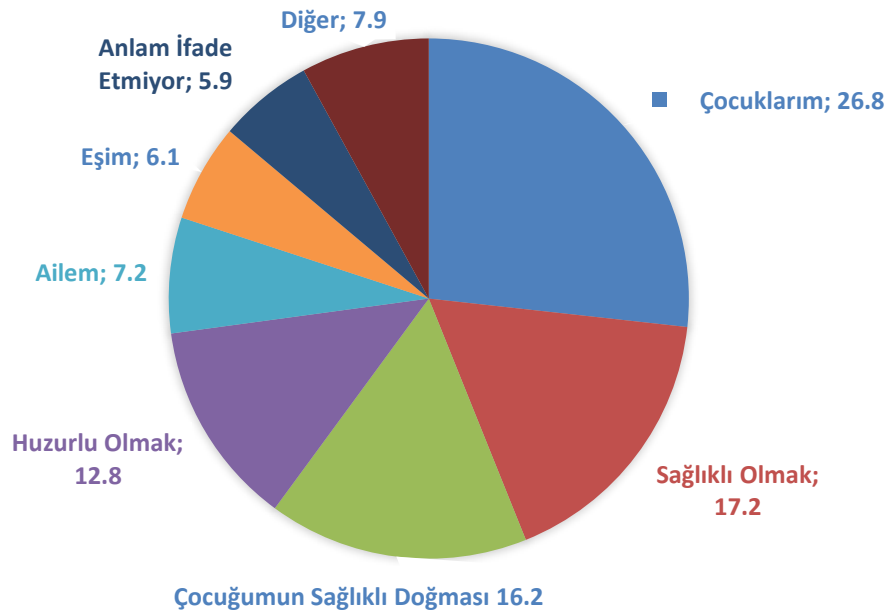
## 4.2. Gebelerin Mutluluk ve Maneviyatla İlgili Görüşlerinin Bulguları

Çizelge 4.2.1. Gebelere Göre Mutluluğun Tarifi (n=611)

Tarifler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuklarım	164	26.8
Sağlıklı Olmak	105	17.2
Çocuğumun Sağlıkla Doğması	99	16.2
Huzurlu Olmak	78	12.8
Ailem	44	7.2
Eşim	37	6.0
Anlam İfade Etmiyor	36	5.9
Diğer*	48	7.9
<b>Toplam</b>	<b>611</b>	<b>100.0</b>

\*Diğer (Sevgi, olumlu düşünce, çikolata yemek, kendimle vakit geçirmek ve ev temiz olunca)

Gebeler mutluluğun tarifini %26.8 ile “çocuklarım”, % 17.2 ile “sağlıklı olmak”, %16.2 ile “çocuğumun sağlıklı doğması”, %12.8 ile “huzurlu olmak”, %7.2 ile “ailem”, %6.1 ile “eşim”, %5.9 ile “anlam ifade etmiyor” ve %7.9 ile diğer şeklinde belirttiler.



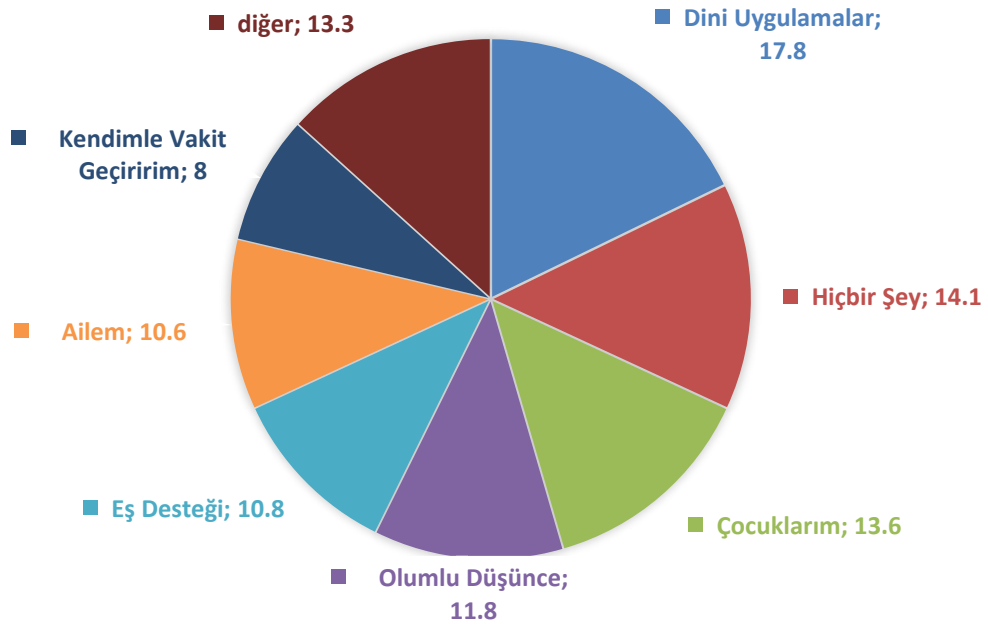
Şekil 4.2.1. Gebelere Göre Mutluluğun Tarifi

**Çizelge 4.2.2. Gebelerin Manevi Destek ve Gücü Aldığı Kaynakların Dağılımı (n=611)**

Maneviyat	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Dini Uygulamalar</i>	109	17.8
<i>Hiçbir Şey</i>	86	14.1
<i>Çocuklarım</i>	83	13.6
<i>Olumlu Düşünce</i>	72	11.8
<i>Eş Desteği</i>	66	10.8
<i>Ailem</i>	65	10.6
<i>Kendimle Vakit Geçiririm</i>	49	8.0
<i>Diğer*</i>	81	13.3
<b>Toplam</b>	<b>611</b>	<b>100.0</b>

\*Diğer (Dışarı çıkmak, temizlik yapmak ve doktora gitmek)

Gebeler manevi destek ve güç aldıkları kaynakları; %17.8 ile “dini uygulamalar”, %14.1 ile “hiçbir şey”, %13.6 ile “çocuklarım”, %11.8 ile olumlu düşünceler”, %10.8 ile “eş desteği”, %10.6 ile “ailem”, %8.0 ile “kendimle vakit geçiririm” ve %13.3 ile diğer olarak belirttiler.



**Şekil 4.2.2. Gebelerin Manevi Destek ve Gücü Aldığı Kaynakların Dağılımı**

**Çizelge 4.2.3. Gebelerin Mutluluk Düzeylerine Göre Yaş Grupları, Gebeliği İsteme Durumu ve Manevi Gücün Gebeliğe Etkisi Oranlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler ve Alt Grupları	Mutluluk Düzeyleri								
	Mutluyum		Kısmen mutluyum		Mutlu değilim		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	N	%	
<b>Yaş grupları</b>									
19-25 yaş	131 <sub>a</sub>	85.1	15 <sub>b</sub>	9.7	8	5.2	154	25.2	
26-29 yaş	138	75.0	34	18.5	12	6.5	184	30.1	
30-33 yaş	126	77.8	21	13.0	15	9.3	162	26.5	
34 yaş ve üzeri	76	68.5	25	22.5	10	9.0	111	18.2	
<b>Toplam</b>	<b>471</b>	<b>77.1</b>	<b>95</b>	<b>15.5</b>	<b>45</b>	<b>7.4</b>	<b>611</b>	<b>100.0</b>	
Test ( $\chi^2$ )	13.340								
<b>p</b>	<b>0.038</b>								
EB (Cramer's V)	0.104								
Fark	a>b								
<b>Gebeliği isteme</b>									
Evet	421 <sub>a</sub>	79.1	77	14.5	34 <sub>b</sub>	6.4	532	87.1	
Hayır	50	63.3	18	22.8	11	13.9	79	12.9	
<b>Toplam</b>	<b>471</b>	<b>77.1</b>	<b>95</b>	<b>15.5</b>	<b>45</b>	<b>7.4</b>	<b>611</b>	<b>100.0</b>	
Test ( $\chi^2$ )	10.596								
<b>p</b>	<b>0.005</b>								
EB (Cramer's V)	0.132								
Fark	a>b								
<b>Manevi gücün gebeliğe etkisi</b>									
Var	418 <sub>a</sub>	85.7	48 <sub>b</sub>	9.8	22 <sub>b</sub>	4.5	488	79.9	
Yok	53	43.1	47	38.2	23	18.7	123	20.1	
<b>Toplam</b>	<b>471</b>	<b>77.1</b>	<b>95</b>	<b>15.5</b>	<b>45</b>	<b>7.4</b>	<b>611</b>	<b>100.0</b>	
Test ( $\chi^2$ )	100.825								
<b>p</b>	<b>&lt;0.001</b>								
EB (Cramer's V)	0.406								
Fark	a>b								

**n:** Sayı, **%:** Yüzde, **EB:** Etki Büyüklüğü (Effect size),  $\chi^2$ : Pearson Chi-Square test değeri  
**a, b:** Düzeyler arasındaki farkın gösterimi (Post-Hoc Z testine göre)

Araştırma grubundaki gebelerin %77.1'inin mutlu olduğu, %15.5'inin kısmen mutlu olduğu ve %7.4'ünün mutlu olmadığı görüldü. Mutluluk düzeyi gruplarının yaş grupları oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi (p=0.038). Tespit edilen bu farkın etki büyüklüğü V=0.104 olduğu, ilişkinin küçük düzeyde bir etkiye sahip olduğu belirlendi. Yapılan post-hoc Z testi sonucuna göre anlamlı farklılığın 19-25 yaş grubundaki mutlu olan gebeler (a) ile kısmen mutlu olan gebeler (b) arasında olduğu saptandı (Çizelge 4.2.3.).

Gebeliği isteyen (n=532) hamile kadınların %79.1'inin mutlu olduğu, %14.5'inin kısmen mutlu olduğu ve %6.4'ünün mutlu olmadığı görüldü. Mutluluk düzeyi gruplarının gebeliği isteme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi (p=0.005). Tespit edilen bu farkın etki büyüklüğü V=0.132 olduğu,

ilişkinin küçük düzeyde bir etkiye sahip olduğu belirlendi. Yapılan post-hoc Z testi sonucuna göre anlamlı farklılığın gebeliği isteyen ve mutlu olan gebeler (a) ile gebeliği isteyen ve mutlu olmayan gebeler (b) arasında olduğu saptandı (Çizelge 4.2.3.).

Bu çalışmada manevi gücün gebeliğe etkisi olduğunu düşünen (n=488) gebelerin %85.7'sinin mutlu olduğu, %9.8'inin kısmen mutlu olduğu ve %4.5'inin mutlu olmadığı tespit edildi. Mutluluk düzeyi gruplarının manevi gücün gebeliğe etkisi oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $p<0.001$ ). Tespit edilen bu farkın etki büyüklüğü  $V=0.406$  olduğu, ilişkinin orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu belirlendi. Yapılan post-hoc Z testi sonucuna göre anlamlı farklılığın manevi gücün gebeliğe etkisi olduğunu düşünen ve mutlu olan gebeler (a) ile manevi gücün gebeliğe etkisi olduğunu düşünen ve kısmen mutlu olan (b) ile mutlu olmayan gebeler (b) arasında olduğu saptandı (Çizelge 4.2.3.).

### 4.3. Gebelerin Doğum Tutum, Maneviyat ile Oxford Mutluluk Ölçeklerine Ait Bulguları

Çizelge 4.3.1. DTÖ, MÖ ile OMÖ ve Alt Boyut Puanlarına Ait Frekansların Dağılımı

Ölçek ve Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Beklenen Alt-Üst Değerler	Gözlenen Alt-Üst Değerler	Ort.±SS
<b>Doğum Tutum Ölçeği</b>	16	16-64	16-62	35.37±10.10
<b>Maneviyat Ölçeği</b>	27	27-135	61-135	105.64±16.65
<i>Manevi Başa Çıkma</i>	5	5-25	6-25	20.09±4.19
<i>Aşkınlık</i>	2	2-10	2-10	8.53±1.64
<i>Manevi Yaşantı</i>	5	5-25	5-25	17.58±4.60
<i>Anlam Arayışı</i>	4	4-20	5-20	16.32±2.95
<i>Manevi Hoşnutluk</i>	4	4-20	5-20	15.15±3.47
<i>Bağlantı</i>	4	4-20	5-20	17.74±2.62
<i>Tabiatla Uyum</i>	3	3-15	3-15	10.21±2.93
<b>Oxford Mutluluk Ölçeği</b>	29	29-174	74-169	121.05±18.20

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma,

Bu çalışmada, DTÖ puan ortalaması 35.37±10.10 olup alt değeri 16 üst değeri ise 62; MÖ puan ortalaması 105.64±16.65 olup alt değeri 61 üst değeri ise 135; OMÖ puan ortalaması 121.05±18.20 olup alt değeri 74 üst değeri ise 169 olarak bulundu.

Çizelge 4.3.2. Ölçekler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		DTÖ	MÖ	OMÖ
<b>DTÖ</b>	R	1		
	P	-		
<b>MÖ</b>	R	<b>-0.106</b>	1	
	P	<b>0.009</b>	-	
<b>OMÖ</b>	R	<b>-0.286</b>	<b>0.427</b>	1
	P	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	-

r: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı,

DTÖ: Doğum Tutum Ölçeği, MÖ: Maneviyat Ölçeği, OMÖ: Oxford Mutluluk Ölçeği

MÖ ile DTÖ arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $r=-0.106$ ,  $p=0.009$ ). MÖ ile OMÖ arasında ise pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edildi ( $r=0.427$ ,  $p<0.001$ ). Ayrıca DTÖ ile OMÖ arasında da negatif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ( $r=-0.286$ ,  $p<0.001$ ).

**Çizelge 4.3.3. Gebelerin Gebelik Durumu Özelliğiyle DTÖ, MÖ ve OMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=611)**

Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikler ve Alt Gruplar	n	Ölçekler		
		Doğum Tutum Ölçeği	Maneviyat Ölçeği	Oxford Mutluluk Ölçeği
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
<b>Primipar*Multipar Durumu</b>				
<i>Primipar</i>	196	36.86±9.13	109.49±15.64	124.80±17.62
<i>Multipar</i>	415	34.67±10.47	103.82±16.82	119.28±18.22
<i>Test (Z; t)</i>		<b>-2.833*</b>	<b>3.981</b>	<b>3.531</b>
<i>p</i>		<b>0.005</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>

\*Z: Mann Whitney U test

Gebelik durumu (Primipar\*Multipar) değişkenine göre DTÖ, MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla Z=-2.833, p=0.005, t(609)=3.981, p<0.001; t(609)=3.531, p<0.001). Primipar gebelerin her üç ölçek puan ortalamasının multipar gebelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edildi

**Çizelge 4.3.4. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikleri ile DTÖ, MÖ ve OMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=611)**

Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikler ve Alt Gruplar	N	Ölçekler		
		DTÖ	MÖ	OMÖ
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
<b>Yaş grubu</b>				
19-25 yaş <sup>1</sup>	154	37.27±10.19	105.91±16.86	122.25±18.85
26-29 yaş <sup>2</sup>	184	35.80±9.87	106.76±15.95	121.76±16.65
30-33 yaş <sup>3</sup>	162	34.11±10.44	104.70±17.61	121.73±18.58
34 yaş ve üzeri <sup>4</sup>	111	33.88±9.49	104.79±16.14	117.21±18.92
Test (F)		<b>3.608</b>	0.556	2.050
p		<b>0.013</b>	0.644	0.106
fark		1>3; 1>4	-	-
<b>Eğitim düzeyi</b>				
İlkokul <sup>1</sup>	100	35.03±11.02	101.34±17.56	121.69±19.14
Ortaokul <sup>2</sup>	179	35.42±10.14	102.85±16.27	119.05±18.99
Lise <sup>3</sup>	122	36.85±9.94	105.36±17.04	120.47±17.61
Üniversite ve üstü <sup>4</sup>	210	34.64±9.67	110.22±15.26	122.78±17.32
Test (F)		1.284	<b>9.599</b>	1.439
p		0.279	<b>&lt;0.001</b>	0.230
fark		-	4>1; 4>2	-
<b>Çalışma durumu</b>				
Evet	172	34.51±10.09	110.91±16.22	124.35±17.3
Hayır	439	35.72±10.10	103.57±16.38	119.75±18.4
Test (t)		-1.332	<b>4.995</b>	<b>2.827</b>
p		0.183	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.005</b>
<b>Gelir düzeyi</b>				
Gelir giderden az <sup>1</sup>	243	35.81±10.10	102.28±17.35	117.57±18.38
Gelir gidere denk <sup>2</sup>	272	35.35±10.29	108.07±15.79	123.72±17.81
Gelir giderden fazla <sup>3</sup>	96	34.33±9.59	107.24±15.94	122.27±17.58
Test (F)		0.736	<b>8.488</b>	<b>7.767</b>
p		0.479	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
fark		-	2>1; 3>1	2>1
<b>Sigara kullanma</b>				
Kullanıyorum	45	35.76±8.74	99.62±19.25	115.31±18.77
Kullanmıyorum	566	35.34±10.21	106.12±16.35	121.50±18.09
Test (Z; t)		1.360 <sup>a</sup>	<b>-5.401<sup>a</sup></b>	<b>-2.204</b>
p		0.174	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.028</b>
<b>Kronik hastalık</b>				
Var	61	37.05±11.21	103.15±19.06	119.54±19.21
Yok	550	35.19±9.96	105.92±16.36	121.21±18.10
Test (t)		1.365	-1.233	-0.681
p		0.173	0.218	0.496
<b>Önceki gebelikte sorun yaşama (n=427)</b>				
Yaşadım	200	34.52±10.59	104.19±16.55	119.60±18.69
Yaşamadım	227	34.89±10.31	103.98±17.18	119.49±18.01
Test (t)		-0.366	0.127	0.060
p		0.715	0.899	0.952
<b>Şu anki gebelikte sorun yaşama</b>				
Yaşadım	84	36.96±9.30	101.65±15.83	116.92±20.04
Yaşamadım	527	35.12±10.21	106.28±16.7	121.71±17.82
Test (t)		1.555	<b>-2.371</b>	<b>-2.247</b>
p		0.121	<b>0.018</b>	<b>0.025</b>

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, n: sayı \*<sup>1-2-3-4</sup>: Gruplar arasındaki fark, (Z)<sup>a</sup>: Mann Whitney U test, (χ<sup>2</sup>)<sup>b</sup>: Kruskal Wallis-H testi, t: Bağımsız örneklem t testi, F: Tek yönlü varyans analiz,

**Çizelge 4.3.4. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikleri ile DTÖ, MÖ ve OMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=611)(devamı)**

Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikler Ve Alt Gruplar	n	Ölçekler		
		Doğum Tutum Ölçeği Ort.±SS	Maneviyat Ölçeği Ort.±SS	Oxford Mutluluk Ölçeği Ort.±SS
<b>Gebelikte sorun yaşadığımızda kime başvurursunuz?</b>				
<b>Aile büyüklerime başvururum</b>				
<i>Evet</i>	109	37.52±10.98	103.69±17.79	120.55±19.51
<i>Hayır</i>	502	34.91±9.85	106.06±16.38	121.16±17.92
<i>Test (Z; t)</i>		<b>-2.197<sup>a</sup></b>	-1.351	-0.314
<i>P</i>		<b>0.028</b>	0.177	0.753
<b>Doğumu deneyimleyen birine sorarım</b>				
<i>Evet</i>	123	37.96±10.45	104.12±17.21	118.53±19.14
<i>Hayır</i>	488	34.72±9.92	106.02±16.50	121.68±17.92
<i>Test (t)</i>		<b>3.199</b>	-1.132	-1.720
<i>P</i>		<b>0.001</b>	0.258	0.086
<b>İnternette/sosyal medyadan araştırırım</b>				
<i>Evet</i>	133	34.83±9.55	107.83±15.47	122.35±19.25
<i>Hayır</i>	478	35.53±10.25	105.03±16.93	120.69±17.90
<i>Test (t)</i>		-0.697	1.721	0.930
<i>P</i>		0.486	0.086	0.353
<b>Kadın doğum hekimimi ararım, giderim</b>				
<i>Evet</i>	537	35.19±10.06	105.97±16.30	121.32±17.89
<i>Hayır</i>	74	36.70±10.39	103.26±18.97	119.04±20.35
<i>Test (t)</i>		-1.207	1.314	1.012
<i>P</i>		0.228	0.189	0.312
<b>Hemşire veya ebeyle iletişime geçerim</b>				
<i>Evet</i>	65	36.78±10.26	102.35±18.38	117.03±17.38
<i>Hayır</i>	546	35.21±10.08	106.03±16.41	121.53±18.25
<i>Test (t)</i>		1.191	-1.686	-1.886
<i>P</i>		0.234	0.092	0.060
<b>Düzenli doktora gitme durumu</b>				
<i>Evet</i>	524	35.22±10.19	106.77±16.25	122.29±17.84
<i>Hayır</i>	87	36.30±9.55	98.84±17.49	113.55±18.66
<i>Test (t)</i>		-0.921	<b>4.169</b>	<b>4.204</b>
<i>P</i>		0.357	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Bu gebeliğinizi isteme durumu</b>				
<i>Evet</i>	532	35.40±10.05	106.89±16.13	122.26±17.64
<i>Hayır</i>	79	35.18±10.49	97.25±17.73	112.87±19.87
<i>Test (t)</i>		0.186	<b>4.887</b>	<b>4.340</b>
<i>P</i>		0.852	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Mutlu olma durumu</b>				
<i>Mutluyum<sup>1</sup></i>	471	35.07±10.27	106.58±16.40	123.82±17.25
<i>Kısmen mutluyum<sup>2</sup></i>	95	35.20±9.86	103.56±16.05	114.66±17.43
<i>Mutlu değilim<sup>3</sup></i>	45	38.98±8.06	100.20±19.24	105.49±18.62
<i>Test (χ<sup>2</sup>, F)</i>		<b>7.346<sup>b</sup></b>	<b>3.932</b>	<b>30.434</b>
<i>P</i>		<b>0.025</b>	<b>0.020</b>	<b>&lt;0.001</b>
<i>Fark</i>		3>1	1>3	1>2, 1>3, 2>3
<b>Maneviyatın gebeliğe etkisi</b>				
<i>Var</i>	488	34.86±9.96	106.64±16.07	122.40±17.11
<i>Yok</i>	123	37.41±10.45	101.67±18.32	115.70±21.25
<i>Test (Z; t)</i>		<b>-2.517</b>	<b>-2.671<sup>a</sup></b>	<b>-3.017<sup>a</sup></b>
<i>P</i>		<b>0.012</b>	<b>0.008</b>	<b>0.003</b>

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, n: sayı \*1-2-3-4: Gruplar arasındaki fark, (Z)<sup>a</sup>: Mann Whimney U test, (χ<sup>2</sup>)<sup>b</sup>: Kruskal Wallis-H testi, t: Bağımsız örneklem t testi, F: Tek yönlü varyans analiz,

Gebelerin tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Gebelerin kronik hastalık, önceki gebelikte sorun yaşama, gebelikte yaşanan bir sorunu internetten/sosyal medyadan araştırırım, kadın doğum hekimimi ararım veya giderim, hemşire veya ebeyle iletişime geçerim değişkenlerine göre DTÖ, MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.).

Yaş grubu değişkenine göre DTÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $F(3, 607)=3.608, p=0.013$ ). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucunda; 19-25 yaş aralığındaki gebelerin DTÖ puan ortalamasının 30-33 yaş ile 34 yaş ve üzeri gebelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve doğum korkusu yaşadıkları tespit edildi. Değişkene ait grupların diğer ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $p>0.05$ ). (Çizelge 4.3.4.).

Eğitim düzeyi değişkenine göre MÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $F(3, 607)=9.599, p<0.001$ ). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucunda; üniversite ve üstü mezunu gebelerin MÖ puan ortalamasının ilkökul ve ortaokul mezunu gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Değişkene ait grupların diğer ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.).

Çalışma durumu değişkenine göre MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla  $t(609)=4.995, p<0.001$ ;  $t(609)=2.827, p=0.005$ ). Çalışan gebelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının çalışmayan gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat ile mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Değişkene ait grupların DTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.).

Gelir düzeyi değişkenine göre MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla  $F(2, 608)=8.488, p<0.001$ ;  $F(2, 608)=7.767, p<0.001$ ). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucunda; geliri giderine denk olan

gebelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının geliri giderinden az olan gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat ile mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca geliri giderinden fazla olan gebelerin MÖ puan ortalamasının geliri giderinden az olan gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Değişkene ait grupların DTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.).

Sigara kullanma durumu değişkenine göre MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla  $Z=-5.401$ ,  $p<0.001$ ;  $t(609)=-2.204$ ,  $p=0.028$ ). Sigara kullanmayan gebelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının sigara kullanan gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat ile mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Değişkene ait grupların DTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.).

Şu anki gebelikte sorun yaşama değişkenine göre MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla  $t(609)=-2.371$ ,  $p=0.018$ ;  $t(609)=-2.247$ ,  $p=0.025$ ). Şu anki gebeliğinde sorun yaşamayan gebelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının sorun yaşayan gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat ile mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Değişkene ait grupların DTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.).

Gebelikte sorun yaşadığında aile büyüklerime başvururum değişkenine göre DTÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $Z=-2.197$ ,  $p=0.028$ ). Aile büyüklerine başvuran gebelerin DTÖ puan ortalamasının aile büyüklerine başvurmayan gebelerin puan ortalamasından daha yüksek ve doğum korkusu yaşadıkları saptandı. Değişkene ait grupların diğer ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.).

Gebelikte sorun yaşadığında doğumu deneyimleyen birine sorarım değişkenine göre DTÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $t(609)=3.199$ ,  $p=0.001$ ). Doğumu deneyimleyen birine soran gebelerin DTÖ puan ortalamasının sormayan gebelerin puan ortalamasından daha yüksek ve doğum korkusu yaşadıkları saptandı. Değişkene ait grupların diğer ölçeklerden aldıkları

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.).

Düzenli doktora gitme durumu değişkenine göre MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla  $t(609)=4.169$ ,  $p<0.001$ ;  $t(609)=4.204$ ,  $p<0.001$ ). Düzenli olarak doktora giden gebelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının gitmeyen gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat ile mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. (Çizelge 4.3.4.).

Bu gebeliği isteme durumu değişkenine göre MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla  $t(609)=4.887$ ,  $p<0.001$ ;  $t(609)=4.340$ ,  $p<0.001$ ). Bu gebeliği isteyen hamilelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının istemeyen hamilelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat ile mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. (Çizelge 4.3.4.).

Mutlu olma durumu değişkenine göre DTÖ, MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla  $\chi^2=7.346$ ,  $p=0.025$ ;  $F(2, 608)=3.932$ ,  $p=0.020$ ;  $F(2, 608)=30.434$ ,  $p<0.001$ ). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucunda; mutlu olmayan gebelerin DTÖ puan ortalamasının mutlu olan gebelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve doğum korkusu yaşadıkları saptandı. Mutlu olan gebelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının mutlu olmayan gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat ile mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca mutlu olan gebelerin OMÖ puan ortalamasının kısmen mutlu olan gebelerin puan ortalamasından, kısmen mutlu olan gebelerin OMÖ puan ortalamasının da mutlu olmayan gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı (Çizelge 4.3.4.).

Maneviyatın gebeliğe etkisi değişkenine göre DTÖ, MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla  $t(609)=-2.517$ ,  $p=0.012$ ;  $Z=-2.671$ ,  $p=0.008$ ;  $Z=-3.017$ ,  $p=0.017$ ). Maneviyatın gebeliğe etkisi olduğunu düşünmeyen gebelerin DTÖ puan ortalamasının düşünen gebelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve doğum korkusu yaşadıkları saptandı. Maneviyatın gebeliğe etkisi olduğunu düşünen gebelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının düşünmeyen gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat ile mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi (Çizelge 4.3.4.).

**Çizelge 4.3.5. Maneviyatın Doğum Korkusu Üzerine Etkisi: Basit Doğrusal Regresyon**

Değişkenler	Katsayılar				%95 GA		
	B	SH B	$\beta$	t	p	AD	ÜD
Sabit	42.181	2.614		16.135	<0.001	37.047	47.315
Maneviyat puanı	-0.064	0.024	-.0106	-2.636	0.009	-0.112	-0.016
	R=	0.106		F(1, 609)=	6.946		
	R <sup>2</sup> =	0.011		p=	0.009		
				Durbin-Watson:	1.891		

SH: Standart Hata, GA: Güven Aralığı, AD: Alt Değer, ÜD: Üst Değer

Maneviyat puanının Doğum korkusu puanının istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir yordayıcısı (açıklayıcısı) olduğu görüldü (R=0.106, R<sup>2</sup>=0.011, F(1, 609)=6.946, p=0.009). Doğum Korkusu puanına ilişkin toplam varyansın (değişim) %1.1'i Maneviyat puanı ile açıklanmaktadır. Maneviyat puanı bir birimlik artış gösterdiğinde doğum korkusu puanında 0.064'lük bir azalmanın olduğu saptandı.

**Çizelge 4.3.6. Maneviyatın Mutluluk Üzerine Etkisi: Basit Doğrusal Regresyon**

Değişkenler	Katsayılar				%95 GA		
	B	SH B	$\beta$	t	p	AD	ÜD
Sabit	71.794	4.285		16.756	<0.001	63.379	80.208
Maneviyat puanı	0.466	0.040	0.427	11.637	<0.001	0.388	0.545
	R=	0.427		F(1, 609)=	135.415		
	R <sup>2</sup> =	0.182		p=	<0.001		
				Durbin-Watson:	1.822		

SH: Standart Hata, GA: Güven Aralığı, AD: Alt Değer, ÜD: Üst Değer

Maneviyat puanının Mutluluk puanının istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir yordayıcısı (açıklayıcısı) olduğu görüldü (R=0.427, R<sup>2</sup>=0.182, F(1, 609)=135.415, p<0.001). Mutluluk puanına ilişkin toplam varyansın (değişim) %18.2'si Maneviyat puanı ile açıklanmaktadır. Maneviyat puanı bir birimlik artış gösterdiğinde mutluluk puanında 0.466'lık bir artış olduğu saptandı.

## 5. TARTIŞMA

Gebelerde maneviyatın doğum korkusu ve mutluluk üzerine etkisini incelediğimiz çalışmadan edindiğimiz sonuçlar ve literatürden edindiğimiz bulgularla karşılaştırılarak 3 kısımda tartışma bölümü oluşturulmuştur.

### 5.1. Gebelerin Tanıtıcı, Obstetrik Özelliklerinin ve Şu Anki Gebelikle İlgili Bulgularının Tartışması

Bu araştırmaya katılan gebelerin %16.4'ü ilkokul, %29.3'ü ortaokul, %20'si lise ve %34.4'ü üniversite ve üstü mezunu olduğu ve %72.2'sinin çalışmadığı görüldü (Çizelge 4.1.1.). Gebelerin mesleklerine göre dağılımında ise büyük çoğunluğunun ev kadını (%72.2), %9.8'inin öğretmen, %6.2'sinin sağlık personeli, %3.9'unun memur ve %7.9'unun diğer mesleklerde olduğu gözlemlendi (Çizelge 4.1.2.) Gebe eşlerinin ise %17.5'nin okuryazar değil veya ilkokul mezunu olduğu, %25.4'ünün ortaokul mezunu olduğu, %19.1'nin lise mezunu olduğu ve son olarak %38.0'inin üniversite ve üstü mezunu olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.1.1.). Gebe eşlerinin %96.2'sinin çalıştığı gözlemlendi. Gebe eşlerinin mesleklerine göre büyük çoğunluğunun, %18.2'sinin fabrika işçisi, %10.3'ünün serbest meslek sahibi, %7.2'sinin memur, %6.2'sinin askeri personel, %6.1'inin öğretmen, %5.2'sinin özel sektörde çalıştığı, %5.1'inin esnaf ve %41.7'sinin diğer mesleklerde olduğu belirlendi (Çizelge 4.1.3.). Gebelerin %44.5'inin gelirinin giderine denk olduğu saptandı (Çizelge 4.1.1.). Bilge ve ark.'nın (2022) çalışmasında; “gebelerin %42.8'inin üniversite mezunu olduğu ve %64.9'unun ise gelirin gidere denk olduğu belirtilmiştir (69). Özen Gün ve ark.'nın (2022) çalışmasında ise; “gebelerin %63.6'sının ve gebe eşlerinin ise %52.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur (22). Körükçü ve ark.'nın (2017) çalışmasındaysa gebelerin % 61.9'unun ilkokul mezunu olduğu ve %75.2'sinin ise çalışmadığı saptanmıştır (71). Bülbül ve ark.'nın (2016) çalışmasında gebelerin; “%69.4'ünün liseden mezun olduğu ve %68.2'sinin çalıştığı ve %76.5'inin ise gelir giderden fazla olduğunu belirtmiştir (13). Rabiepoor ve ark.'nın (2019) yaptığı çalışmasında; “gebelerin %90.5'nin lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olduğu, %46.7'sinin ev hanımı olduğu ve %83,5'inin ise gelirinin giderine eşit olduğu” saptanmıştır (91). Geldi (2020) yaptığı çalışmasında; “gebelerin %37.7'sinin eğitim düzeyinin lise olduğu, %74'ünün gelirinin giderine eşit olduğu ve %61.3'ünün ise herhangi bir işte çalışmadığı” tespit edilmiştir (65). Bilgiç ve Çıtak Bilgin'in (2020) çalışmasında ise gebelerin; “%42.3'ünün üniversite düzeyinde eğitim aldığı, %54.4'ünün çalışmadığı ve %58.9'unun ise gelir durumunun giderine

denk olduğu” sonucuna varılmıştır (20). Yapılan literatür incelemesi neticesi sonucunda literatür bulgularıyla çalışma bulgularımız arasında benzerlikler olduğu kadar farklılıklarda mevcuttur. Bunun nedeniyse çalışmaların yapıldığı toplumların sosyo ekonomik ve kültürel durumların farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %92.6’ sının sigara kullanmadığı ve sigara içen gebelerin (n=45) günlük sigara adet kullanma ortalaması  $4.78 \pm 5.31$  olarak saptandı (izelge 4.1.1.). Yapılan bir çalışmada ise gebelerin sigara kullanım oranı %89.3 olduğu belirtilmiştir (69). Yapılan bir diğer çalışmada ise gebelerin %82.3’ünün sigara kullanmadığı tespit edilmiştir (100). Çalışma bulgularının literatürle uyumlu olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %90.0’ında kronik bir hastalık bulunmamaktadır (izelge 4.1.1.). Kronik hastalıkları bulunan gebelerin hastalıklara göre dağılımı, %31.1 ile astım, %14.8 ile tiroid, %11.5 ile hipertansiyon, %4.9 ile mitral kapak yetmezliği, %4.9 ile migren, %4.9 ile romatizma, %4.9 ile diabetes mellitus, %3.3 ile reflü, %3.3 ile anemi ve %16.4 ile diğerleri olduğu görüldü (izelge 4.1.4.). Yapılan bir çalışmada gebelerin %11’in de kronik hastalık varlığı tespit edilmiştir (69). Çalışma bulgularının literatürle uyumlu olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmamıza katılan gebelerin önceki gebeliklerinde sorun yaşayan gebelerin oranı %46.8 (n=427) olduğu ve %13.7’sinin şuan gebeliklerinde sorun yaşadığı tespit edilmiştir (izelge 4.1.1.). Hildingsson ve ark.’nın (2021) yaptığı çalışmasında gebelerin %58’inin önceki gebeliğinde olumsuz bir deneyimi olduğunu %12’sinin ise gebeliğinde şuan sorun yaşadığı tespit edilmiştir (101). Arslantaş ve ark.’nın (2020) yaptığı çalışmada; “gebelerin %17.2’sinin önceki gebeliğinde düşük öyküsü olduğu ve %11’inin ise ruhsal bir sağlık sorunu yaşadığı ve gebelerin %16’sının ise şuan gebeliğinde bir sorun yaşadığı” tespit edilmiştir (59). Bilgiç ve ıtak Bilgin’in (2020) alışmasında; “gebelerin %21.9’unun en az bir düşük öyküsü varlığı” tespit edilmiştir (20). Sotudeh ve ark.’nın (2022) alışmasında; “gebelerin %58’nin geçmiş gebelik deneyiminde olumsuz bir deneyim yaşadığını” belirtmişlerdir (60). Geldi (2020) alışmasındaysa; “gebelerin %20’sinin şuan gebeliğinde sorun yaşadığı” saptanmıştır (65). Gebelik süreci, fizyolojik bir durum olmasına karşın kadının yaşamında kadın sağlığı için önemli bir yeri olan bir geçiş dönemidir. Çünkü bu dönem kadın bedeninde ve çevresinde biyolojik, psikolojik, aile, iş ve sosyal yaşam vb. birçok değişimi de beraberinde getiren karmaşık ve özel bir süreçtir (3,4). Bu nedenle gebelerin bu süreçte

farklı sorunlar yaşamaları beklenilmektedir. Burada önemli olan gebelikteki sorunun erken dönemde tespit edilip annenin ve bebeğin sağlığı korunmaya çalışılmalıdır.

Çalışmamıza katılan gebelerin %87.1' inin bu gebeliği istediği ve %85.8'inin düzenli doktor kontrollerine gittiklerini belirttiler (Çizelge 4.1.1.). Arslantaş ve ark.'nın (2020) yaptığı çalışmasında; “gebelerin %81.6'sının gebeliği istediği ve %92'sinin ise düzenli doktor kontrolüne gittiği” belirtilmiştir (59). Yazıcıoğlu ve Yavuz (2022) çalışmasında; “gebelerin %82.3'ünün gebeliğini isteyerek planlı bir şekilde gerçekleştirdiği” tespit edilmiştir (102). Bülbül ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada; “gebelerin %88.2'sinin gebeliğini isteyerek planlı bir şekilde gerçekleştirdiği” saptanmıştır (13). Çalışma bulguları literatürle uyumlu bulunmuştur. Bu bulgularda bizlere kadınlara aile planlaması yöntemlerinin başarılı bir şekilde uygulandığını göstermektedir. Fakat çalışmamızda şu anki gebeliğini istemeyen gebelerin %28.8'i “şu an gebeliğe hazır değilim”, %20.0'si “geleneksel yöntem kullanıyorduk, korumadı”, %17.5'i “süt korumadı” şeklinde belirtmişlerdir (Çizelge 4.1.7.). TNSA 2018'e göre 15-49 yaşındaki kadınların %70'inin gebeliği önleyici bir yöntem kullandığını ve bu yöntemi kullanan kadınların ise %49'unun modern ve %21'inin ise geleneksel yöntem kullandığı tespit edilmiştir (104). Bu bulgu da toplumda halen bazı kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında yeteri kadar da bilgi sahibi olmadığını bizlere göstermektedir.

#### **4.2. Gebelerin Mutluluk ve Maneviyatla İlgili Görüşlerinin Bulgularının Tartışması**

Çalışmamızda gebelerin %77.1'inin kendini mutlu, %15.5'inin kısmen mutlu olarak ve %7.4'ünün mutlu olmadığı şeklinde tanımladığı tespit edildi (Çizelge 4.1.1.). Gebeler mutluluğun tarifini ise %26.8 ile “çocuklarım”, %17.2 ile “sağlıklı olmak”, %16.2 ile “çocuğumun sağlıklı doğması”, %12.8 ile “huzurlu olmak”, %7.2 ile “ailem”, %6.1 ile “eşim”, %5.9 ile “anlam ifade etmiyor” ve %7.9 ile diğer şekilde belirttiler (Çizelge 4.2.1.). Gebelerin %79.9'unun maneviyatın gebeliğe etkisinin olduğuna inandığı görüldü (Çizelge 4.1.1.). Gebeler manevi destek ve güç aldıkları kaynakları ise; %17.8 ile “dini uygulamalar”, %14.1 ile “hiçbir şey”, %13.6 ile “çocuklarım”, %11.8 ile olumlu düşünceler”, %10.8 ile “eş desteği”, %10.6 ile “ailem”, %8.0 ile “kendimle vakit geçiririm” ve %13.3 ile diğer olarak belirttiler (Çizelge 4.2.2.). Hildingson'un (2021) çalışmasında kadınların üçte birinin doğuma yönelik olumsuz duygular beslediğini tespit etmiştir (101). MonfaredKashki ve ark.'nın (2022) çalışmasında;

“Gebelere uygulanan manevi desteğin veya danışmanlığın gebelerin yaşam kalitesini artırıp psikolojik iyileşmelere neden olabileceği” belirtilmiştir (49). Aslantaş’ın (2020) çalışmasında gebelerin %84.7’sinin sosyal çevresinden manevi güç aldığı bulunmuştur (59). Price (2007) çalışmasında gebelerin manevi destek kaynakları olarak; “Kadının kutsal olarak gördüğü inançları sürdürdüğü, meditasyon yaptığı ve dini ritüelleri uyguladıkları ve bu uygulamalarının çok korktuğunda, stres yaşadığında sakinlik ve rahatlık sağladığını” belirtmiştir (104). Yapılan bir çalışmada gebelerin manevi gücünü artıran uygulamaların ; “Çocuklarıyla vakit geçirmek, ailesinin sosyal desteği, insanlara yardım etmek, dua etmek ve kendimle vakit geçirmek şeklinde” belirtmişlerdir (5). Başka bir çalışmada hemşirelerin hastalara hastanede uyguladıkları manevi gücü artıran uygulamalar incelendiğinde; “Manevi uygulamaları yapabileceği rahat bir ortam sağlamak, konuşmak, umut/ güven sağlamak, ilişkilerini sürdürmesini sağlamak” şeklinde belirtmiştir (105). Irani ve ark.’nın (2019) yaptığı çalışmada en çok manevi desteği aile üyelerinden aldığı ve bu desteğin gebede umut ve güven duygusunu arttırdığı tespit edilmiştir (83). Bir diğer çalışmada gebelik sürecinde gebeye verilen uygulanan manevi desteğin doğum sonrası stres bozukluğunun azalmasında etkili olabileceği bulunmuştur (85). Bizim çalışmamızdan farklı olarak yapılan başka bir çalışmada gebelerin %45’i maneviyatın gebelik sürecine etki etmediğini belirtmiştir (44). Literatürdeki çoğu çalışmanın bulgularının bizim çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir. Çalışmamızdan farklı bir bulgunun çıkması ise çalışmanın yapıldığı bölgenin sosyokültürel yapısının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Yapılan bu araştırmaya katılan gebelerin mutluluk düzeylerinin; gebenin 19-25 yaş grubu arasında mutlu olan gebeler ile kısmen mutlu olan gebeler arasında, gebeliği isteyen ve mutlu olan gebeler ile gebeliği isteyen ve mutlu olmayan gebeler arasında istatistiksel olarak fark tespit edildi. Ayrıca manevi gücün gebeliğe etkisi olduğunu düşünen ve mutlu olan gebeler ile manevi gücün gebeliğe etkisi olduğunu düşünen ve kısmen mutlu olan ile mutlu olmayan gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık da bulundu ( $p<0.05$ ) (Çizelge 4.2.3). Literatürde yapılan bazı araştırmalar bulgularımızı desteklemektedir. Güner ve ark.’nın (2021) yaptığı çalışmada isteyerek gebe kalan anne adaylarının gebeliği daha huzurlu, mutlu ve uyumlu geçirdiği belirtilmiştir (4). Arslan ve ark.’nın (2019) çalışmasında gebeliğe dair olumlu algıya sahip anne adaylarının gebeliği mutlu, gebeliğe dair olumsuz algıya sahip anne adaylarının ise bu süreci kaygılı ve endişeli geçirdiğini ifade etmiştir (3). Akın ve

Yılmaz (2020) çalışmasında; “Gebelere uygulanan manevi desteğin gebede pozitif duygularını artıracığı ve gebenin olumlu doğum deneyimine neden olacağı” belirtilmiştir (41). Başar (2022) ise anne adaylarına uygulanan manevi güçlendirme eğitiminin kadının sevgi yönelimi ve olumlu bakış açısını artırdığı ve çevresinden destek alan anne adayının süreci daha mutlu ve huzurlu geçirdiğini tespit etmiştir (5). Kılıç (2019) çalışmasında kadının anne olmak istemesinde ana motivasyonu ve manevi gücü; “Anne olma hissi, aileye yeni bir birey katılması isteği, çevresel etmenler şeklinde” belirtmiştir (6). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin hastaların mutluluğunu artırmak, depresyon ve kaygı seviyesini azaltmak için manevi güç aldıkları kaynaklardan yararlandıkları tespit edilmiştir (88). Bir diğer çalışmada ise manevi güçlendirme eğitimi uygulanan bireylerin araştırma sonunda kaygı seviyelerinde azalma olduğu ve hastaların kendilerini daha iyi hissettikleri tespit edilmiştir (43). Bu çalışmalarda elde edilen bulgular bu çalışmayla benzer olmakla beraber; gebelik sürecinde manevi gücü yüksek olan gebelerin gebelik boyunca umudunun yüksek olacağı ve gebelikte yaşayacağı fiziksel değişimlere bağlı yaratacağı etkilerle mücadele etmede daha güçlü olacağını düşündürmektedir. Dolayısıyla sağlık bakımında önemli bir yere sahip olan hemşirelerin gebenin hayatında manevi güç mekanizmasının neler olduğunu tespit edip bu uygulamaları gebenin yapabilmemesini desteklemesi önerilmektedir. Böylelikle gebenin bu süreci olumlu bir şekilde geçirmesi sağlanabilecektir.

#### **4.3. Gebelerin Doğum Tutum, Maneviyat ile Oxford Mutluluk Ölçeklerine Ait Bulgularının Tartışması**

Bu çalışmada, DTÖ puan ortalaması  $35.37 \pm 10.10$  olup alt değeri 16 üst değeri ise 62; MÖ puan ortalaması  $105.64 \pm 16.65$  olup alt değeri 61 üst değeri ise 135; OMÖ puan ortalaması  $121.05 \pm 18.20$  olup alt değeri 74 üst değeri ise 169 olarak bulundu (Çizelge 4.3.1). Ölçekten alınan puan ortalamaları arttıkça doğum korkusu, maneviyat ve mutluluk düzeyide artmaktadır. Sade ve ark.’nın (2020) yaptığı çalışmada gebelerin; “DTÖ’den aldıkları toplam puan ortalaması  $43.63 \pm 10.06$  şeklinde” belirtilmiştir (106). Söğüt ve İnkaya’nın (2022) çalışmasında gebelerin; “DTÖ puan ortalaması  $40.81 \pm 9.51$ ” olarak bulunmuştur (107). Artuvan’ın (2018) çalışmasında ise Manisa örneklemini için DTÖ puan ortalamasını  $34.78 \pm 10.76$  bulurken, Malatya örneklemini için DTÖ puan ortalamasını  $37.51 \pm 9.82$  bulmuştur (108). Yapılan bir çalışmada MÖ puanı çalışmamızla uyumlu bir şekilde yüksek tespit edilmiştir (18). Başka bir çalışmada OMÖ puan

ortalaması  $152.82 \pm 15.04$  şeklinde bulunmuştur (109). Bir diğer çalışmadaysa gebelerin “OMÖ puan ortalaması  $122.54 \pm 17.18$ ” olarak belirlenmiştir (110). Literatür taraması çalışma bulgularımıza benzerdir.

Gebelik durumu (Primipar\*Multipar) değişkenine göre DTÖ, MÖ ve OMÖ’den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Primipar gebelerin DTÖ, MÖ ve OMÖ puanları multipar gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Çizelge 4.3.3.). Özen Gün ve Ege (2022) çalışmasında “primipar gebelerde doğum korkusu ölçek puanının daha yüksek olduğu” belirtilmiştir (22). Mortazavi ve ark.’nın (2021) çalışmasında; “gebelik durumunun doğum korkusu seviyesini etkilediğini ve primipar gebelerde daha yüksek olduğu” tespit edilmiştir (66). Bilge ve ark.’nın (2022) çalışmasında; gebelerin doğum korkusu seviyesiyle primipar ve multipar gebe olma durumuyla arasında ilişki olduğu” saptanmıştır (69). Çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Soyhan (2022) çalışmasında; “gebelerin gebelik durumunun doğum korkusu ölçek puanını etkilemediği” tespit edilmiştir (11). Körükçü ve ark.’nın (2017) çalışmasında; “gebelerin sayısının gebelerde doğum korkusu seviyesine etki etmediği” belirlenmiştir (71). Bazı bulgular çalışma bulgularımızı desteklememektedir. Bunun nedeniyse çalışmanın yapıldığı bölgedeki sosyoekonomik farklılıklar, gebenin gebeliği algılamadaki farklılıkları, gebenin gebelik hakkında bilgisi sahibi olma durumu ve kadının gebeliğe hazır oluş durumu gibi birçok faktör bu farklılığa neden olmuş olabilir. Ayrıca çalışmamızda multipar gebelerin primiparlara göre maneviyat ve mutluluk düzeylerinin daha düşük olduğu bulundu. Bu durumun primipar gebelerde doğum korkusu yüksekliğinin gebeyi maneviyata yönlendirdiği dolayısıyla mutluluğunu da etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan gebelerin yaş grubu değişkenine göre DTÖ’den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p = 0.013$ ). 19-25 yaş aralığındaki gebelerin DTÖ puan ortalamasınının 30-33 yaş ile 34 yaş ve üzeri gebelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve doğum korkusu yaşadıkları tespit edildi. Değişkene ait grupların diğer ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $p > 0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.). Bilge ve ark.’nın yaptığı (2022) çalışmada; “Gebelerin yaşı ve eğitim düzeyi arttıkça doğum korkusu seviyesinin de arttığı” tesit edilmiştir (69). Mortazavi ve ark.’nın (2021) çalışmasında ise anne adayının yaşı küçüldükçe yaşadığı doğum korkusunun şiddetinin arttığı tespit edilmiştir (66). Bu çalışmalar bizim bulgularımızı

desteklemektedir. Ayrıca bu durumun nedeninin yaşı küçük anne adaylarının çoğunlukla ilk gebeliğe sahip olmasından gebelik süreci ve doğuma yönelik bilinmezlik algısından dolayı doğum korkusu yaşayacakları düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin eğitim düzeyi değişkenine göre DTÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.). Bilge ve ark.'nın (2022) yaptığı çalışmada gebelerin eğitim düzeyi yükseldikçe algıladıkları doğum korkusu seviyesi de artmaktadır (69). Geldi (2020) çalışmasında anne adayının ve eşinin eğitim durumunun lisansüstü seviyesinde olmasıyla doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu tespit etmiştir (65). Hildingsson' un (2022) çalışmasında eğitim düzeyi düşük gebelerin daha yüksek seviyede doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir (17). Bilgiç ve Çıtak Bilgin'in (2020) çalışmasında; "Anne adayının eğitim düzeyinin doğum korkusu seviyesinde etkisi olmadığı" belirtilmiştir (20). Güleç' in (2014) çalışmasında; "Anne adayının eğitim düzeyinin ve çalışma durumunun doğum korkusuna etkisi olmadığını" tespit etmişlerdir (19). Literatürdeki çalışmalarda bizim çalışmamızla benzer ya da farklı sonuçların olduğu görülmektedir. Bunun nedeni çalışmanın yapıldığı bölge, etnik yapı, zaman ve kültür farkından kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan çalışmamızda gebelerin çalışma durumu ve gelir düzeyi değişkenine göre MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ). (Çizelge 4.3.4.). Yapılan çalışmalar incelendiğinde anne adayının çalışma durumunu ve gelir düzeyinin yaşadığı doğum korkusu seviyesine herhangi bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (15,19,20). Başka bir çalışmada ise gelir seviyesiyle doğum korkusu arasında negatif bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (69). Gebenin çalışıyor olmasının ekonomik anlamda daha yüksek refah düzeyinde olabileceğinden dolayı maneviyatını ve mutluluk duygusunu etkileyeceği düşünülmektedir.

Sigara kullanma durumu değişkenine göre MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ). Sigara kullanmayan gebelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının sigara kullanan gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat ile mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi (Çizelge 4.3.4.). Mann ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada; "Maneviyatı yüksek olan gebelerin sigara kullanım oranlarının düşük olduğu" saptanmıştır (110). Başka bir çalışmada eşi sigara içen anne adaylarının spiritüel zeka ve mutluluk puan

ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (51). Diğer bir çalışmada ise sigara içme durumuyla, gebenin mutluluk seviyesi arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (111). Bu çalışma bulguları bizim çalışmamızla benzerdir. Gebelikte sigara içme durumu hem annenin hem de bebeğin sağlığını olumsuz etkilemektedir (111). Gebelikte sigara kullanımının bebeklerine zararlı olduğunu çalışmaya katılan gebeler bildiklerinden ve bu bağımlılıklarından vazgeçemediklerinden dolayı maneviyat ve mutluluk duygu durumlarını daha fazla etkileyebileceği düşünülmektedir.

Şu anki gebelikte sorun yaşama değişkenine göre MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p < 0.05$ ). Şu anki gebeliğinde sorun yaşamayan gebelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının sorun yaşayan gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat ile mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Değişkene ait grupların DTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $p > 0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.). Hildingsson'un (2021) çalışmasında gebelerin yaşadığı sorunların gebenin olumsuz duygu durumunu, anksiyete ve depresif belirtileri artırıp anne ve bebek arasında meternal bağlanmayı da etkileyebileceği saptanmıştır (101). Irani ve ark.'nın (2019) çalışmasındaysa gebeler bir sorun yaşadıklarında bu sorunla başa çıkmak için en etkili yöntemin maneviyat olduğunu saptamışlar (83). Sotudeh ve ark.'nın (2022) çalışmasında gebelerin yaşadıkları sorunların aile içi bağlarında azalmaya sebebiyet verip gebelerin mutsuzlaşmasına neden olabileceği belirtilmiştir (60). Yapılan başka bir çalışmada sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yüksek olan gebelerin gebelik sürecini daha mutlu, huzurlu geçirdiklerine yönelik bulgular mevcuttur (7). Bir diğer çalışmada gebelerin süreç içinde yaşadıkları sorunların artması kadının karar verme davranışını etkileyip duygu durumunu etkileyebileceği belirtilmiştir (13). Bir diğer çalışmada ise kadınların doğum sırasında yaşadığı olumsuz deneyiminin doğum sonrası dönemde bile kaygı, endişe stres gibi olumsuz duygu durumlara neden olabileceği yönünde olduğu belirtilmiştir (76). Bu çalışmaların bulguları çalışmamızı desteklemekle beraber aslında gebelik sürecinde yaşanan olumsuz bir deneyimin hem gebelik hem de gebelik sonrasındaki süreçte kadını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Tüm bu nedenlerden ötürü kadınların bu süreçte yaşayabileceği olumsuzlukları en aza indirgeyebilmek için hemşirelerin gebeleri dikkatli gözlemlemesi ve gebelerin olumsuz deneyim yaşamaması için sorunun en başında müdahale edip gebeye destek verilmesi önerilmektedir.

Gebelikte sorun yaşadığında aile büyüklerime başvururum ve doğumu deneyimleyen birine sorarım değişkenleri ile DTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.). Bu sonuç bize gebeliğinde sorun yaşadığında aile büyüklerine başvuran ve doğumu deneyimleyen birisine soran gebelerin olumsuz doğum öykülerinden etkilendiklerini ve doğum korkusu yaşadıklarını göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda gebelerin gebelikte sorun yaşadıklarında yaşanan bu sorunun internetten/sosyal medyadan araştırırım, kadın doğum hekimimi ararım veya giderim, hemşire veya ebeyle iletişime geçerim değişkenleri ile DTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.). Bu durum gebelerin sosyal çevreden olumsuz anlamda daha fazla etkilendiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda gebelerin düzenli doktora gitme durumu değişkenine göre MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ) (Çizelge 4.3.4.). Yapılan bir çalışmada gebelerin duygusal durumuyla kadın doğum hekimine gitme sıklığı arasında ilişki olabileceği saptanmıştır. Bu sonuç çalışmamızın bulgusuyla benzerdir (17). Fakat bir diğer çalışmada kadın doğum hekimine gitme sayısı on ve onun üstünde olan gebelerin stres ve doğum korkusu puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (65). Bu çalışmanın bulgusu bizim çalışmamızdan farklıdır. Bu durumun nedeniyse bizim yaptığımız çalışmada gebelerin % 85.8'inin düzenli doktora gitmesi ve bu oranın çok yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir.

Yaptığımız çalışmada anne adaylarının gebeliği isteme durumu değişkenine göre MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ). Ayrıca bu değişkenlere ait grupların DTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). (Çizelge 4.3.4.). Buldur ve Göçen'in (2021) yaptığı çalışmada ideal huzurlu bir gebelik olabilmesi için; gebeliğin planlı olması, fiziksel ve psikolojik olarak gebeliğe hazır olmak, gebelik sıklığının yeterli olması ve eşinden destek almak şeklinde tanımlanmıştır (8). Gençer ve Ejder Apay'ın (2020) çalışmasında; "Gebeliği planlı ve istekli olan kadınların öznel mutluluk seviyelerinin daha yüksek olduğu" saptanmıştır (40). Yazıcıoğlu ve Yavuz'un (2022) yaptığı çalışmada gebeliğin istekli ve planlı olma haliyle doğum korkusu seviyesi arasında bir ilişki saptanamamıştır (102). Bu çalışma bulguları çalışmamızla benzer sonuçlara sahiptir. Çalışmamızda gebelerin % 87.1'i bu

gebeliklerini isteyerek planlamışlardır. Aileye katılacak yeni bir bireyin isteyerek dünyaya gelecek olmasının gebelerde maneviyat ve mutluluk duygusunu daha yüksek düzeyde olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada gebelerin mutlu olma durumu değişkenine göre DTÖ, MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ). Gruplar arasındaki farkın; mutlu olmayan gebelerin DTÖ puan ortalamasının mutlu olan gebelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu, mutlu olan gebelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının mutlu olmayan gebelerin puan ortalamasından daha fazla olduğu tespit edildi. Ayrıca mutlu olan gebelerin OMÖ puan ortalamasının kısmen mutlu olan gebelerin puan ortalamasından, kısmen mutlu olan gebelerin OMÖ puan ortalamasının da mutlu olmayan gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı (Çizelge 4.3.4.). Aslan ve ark.'nın (2019) çalışmasında; "Mutsuz ve istenmeyen bir gebelik yaşayan kadınların gebeliğe ilişkin kaygı ve korkuları da artmaktadır" şeklinde belirtilmiştir (3). Kılıç ve Yılmaz'ın (2022) çalışmasında; "Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu seviyesiyle psikosoyal sağlık durumu arasında ilişki olduğu" tespit edilmiştir (112). Bir diğer çalışmada ise gebelerin yaşadığı doğum korkusuyla duygu durumlar arasında ilişki olduğu bulunmuştur (101). Gebelerin kendini mutlu hissetmelerinin OMÖ' inden aldıkları puanı etkilemesi beklenen bir durum olarak görülmektedir. Gebenin yaşamış olduğu olumlu bu duygu durumunun maneviyat ve doğum korkusu üzerinde de olumlu bir etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada maneviyatın gebeliğe etkisi değişkenine göre DTÖ, MÖ ve OMÖ'den grupların aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ). Maneviyatın gebeliğe etkisi olduğunu düşünmeyen gebelerin DTÖ puan ortalamasının düşünen gebelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve doğum korkusu yaşadıkları saptandı. Maneviyatın gebeliğe etkisi olduğunu düşünen gebelerin MÖ ve OMÖ puan ortalamasının düşünmeyen gebelerin puan ortalamasından daha fazla ve maneviyat ile mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi (Çizelge 4.3.4.). Yapılan bir çalışmada gebelerin doğum esnasında bildiği güvendiği bir ebeyle doğuma gitmesi manevi destek alması doğum korkusunu azaltacağı tespit edilmiştir (23). Yapılan başka bir çalışmada manevi içerikli eğitimlerin gebelerde psikosoyal iyileşmelere neden olduğu saptanmıştır (49). Sanaeinasab ve ark.'nın (2021) yaptığı çalışmada maneviyat uygulamalarının gebelerin yaşadığı kaygı ve stres puanını

%41 oranında azalttığı ve fizyolojik parametrelerinde de olumlu değişimlerin oluşturduğu belirtilmiştir (113). Dokuhaki ve Ghodrati'nin (2021) yaptığı çalışmada maneviyatı yüksek olan gebelerin doğum korkusu ve doğum ağrısı seviyelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (90). Koçak ve ark.'nın (2022) yaptığı çalışmasında gebelere manevi dinletiler dinletildikten sonra gebelerde ağrı ve kaygı seviyelerinde azalmalar olurken, mutluluk ve huzur seviyelerinde artış olduğu belirtilmiştir (114). Bu bulgular çalışmamızı desteklemekle beraber gebelerin maneviyatındaki eksikliklerin giderilmemesi gebenin psikolojik, sosyal ve manevi sağlığını tehdit edip sosyal krizlere neden olabilir. Bu nedenle maneviyatın hemşirelik bakımında dikkat edilmesi gereken önemli bir konu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin MÖ ile DTÖ arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $r=-0.106$ ,  $p=0.009$ ). MÖ ile OMÖ arasında ise pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edildi ( $r=0.427$ ,  $p<0.001$ ). Ayrıca Doğum Tutum Ölçeği ile Oxford Mutluluk Ölçeği arasında da negatif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ( $r=-0.286$ ,  $p<0.001$ ) (Çizelge 4.3.2). Maneviyat puanının Doğum korkusu puanının istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcısı (açıklayıcısı) olduğu görüldü ( $R=0.106$ ,  $R^2=0.011$ ,  $F(1, 609)=6.946$ ,  $p=0.009$ ). Doğum Korkusu puanına ilişkin toplam varyansın (değişim) %1'i Maneviyat puanı ile açıklanmaktadır (Çizelge 4.3.5.). Maneviyat puanının Mutluluk puanının istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcısı (açıklayıcısı) olduğu görüldü ( $R=0.427$ ,  $R^2=0.182$ ,  $F(1, 609)=135.415$ ,  $p<0.001$ ). Mutluluk puanına ilişkin toplam varyansın (değişim) %18.2'si Maneviyat puanı ile açıklanmaktadır (Çizelge 4.3.6.). Abdollahpour ve Khosravi (2017) yaptığı çalışmasında; "Gebelerin manevi (spiritüel) zeka durumu ile mutluluk ve doğum korkusu seviyesi arasında ilişki olduğu, gebelerin doğum korkusu azaldıkça manevi zekası ve mutluluk seviyelerinin arttığı" tespit edilmiştir (51). Bilgiç ve Çıtak Bilgin'in (2020) çalışmasında; "Gebelerin doğum korkusu seviyeleri azaldıkça, manevi iyi oluş seviyelerinin de arttığı ve manevi iyilik durumuyla doğum korkusu arasında varyansın analizi sonucu %17.5 olduğu" saptanmıştır (20). Kamali ve ark.'nın (2018) çalışmasında; "gebelere uygulanan manevi bakım eğitiminden sonra müdahale grubunda doğum sonrası stres ve kaygı puanında  $3.14\pm 1.50$  arasında azalma olduğu" saptanmıştır (89). Sanaeinasab ve ark.'nın (2020) çalışmasında; "gebelere uygulanan manevi bakımın gebenin kaygı, endişe ve fizyolojik parametrelerinde iyileşmelere neden

olduğu” saptanmıştır (113). Dokuhaki ve Ghodrati (2021) alışmasında; “gebelerin maneviyat düzeyleriyle doğum korkusu seviyesi arasında ilişki olduğu” belirtilmiştir (90). Çalışmamızdan elde edilen bu bulgulara göre maneviyat puanının; doğum korkusu ve mutluluk puanı üzerinde yordayıcı etkisinin olduğu görülmektedir. Ancak maneviyat puanının mutluluk puanı üzerindeki yordayıcı etkisinin doğum korkusu üzerinde olan etkisinden daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durumun nedeninin maneviyat ölçeğinde yer alan maddelerin içeriğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.



## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇLAR

Bu çalışmadan edinilen bulgular şu şekildedir:

Çalışmada primipar gebelerin multipar gebelere göre doğum korkusu, maneviyat ve mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Gebelerin yaşı arttıkça doğum korkularının azaldığı belirlenmiştir.

Gebeliğinde sorun yaşadığında aile büyüklerine soran ve doğumu deneyimleyen birine soran gebelerin doğum korkularının yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelerin eğitim düzeyinin, maneviyat üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca gebelerin çalışma durumunun, gelir düzeyinin, sigara kullanımının, şuan ki gebeliğinde sorun yaşama durumunun, düzenliği doktora gitme ve bu gebeliği isteme durumu değişkenleriyle maneviyat ve mutluluk üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

Mutlu olduğunu belirten ve maneviyatın gebelik üzerinde etkisi olduğunu düşünen gebelerin doğum korkusu seviyelerini düşürdüğü, mutluluk ve maneviyat düzeylerinin arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin MÖ ile DTÖ arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. MÖ ile OMÖ arasında ise pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edildi. Ayrıca DTÖ ile OMÖ arasında da negatif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Maneviyat puanının Doğum korkusu puanının istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcısı (açıklayıcısı) olduğu görüldü. Maneviyat puanının Mutluluk puanının istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcısı (açıklayıcısı) olduğu görüldü. Ancak maneviyat puanının mutluluk puanı üzerindeki yordayıcı etkisinin doğum korkusu üzerinde olan etkisinden daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

### 6.2. ÖNERİLER

Primipar gebelerin doğum korkularının nedenlerinin araştırılıp bu konuda sağlık çalışanlarının gebelere yeterli düzeyde eğitim vermesi gerekmektedir. Gebelerin gebeliğiyle ilgili bir sorun yaşadığında sosyal çevreden aldığı olumsuz etkileri azaltmak için halk sağlığı hemşiresinin danışmanlık rolünü daha sağlıklı bir şekilde yerine getirilmesi gerekmektedir. Hemşirelere ise görev yaptığı kurumda verilen eğitimlerin

sadece teorik eğitimleri içermemesi gerektiği, bulunduğu coğrafyanın sosyokültürel yapısı, toplumun en fazla kullandığı manevi güç kaynaklarının neler olduğu, genel hasta profili hakkında hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi önerilmektedir. Gebelerin maneviyat düzeylerinin daha yüksek olabilmesi için hemşirelerin görev yaptığı toplumun sosyo ekonomik düzeylerinin farkında olup topluma özgü manevi bakım yönergelerinin oluşturulması önerilmektedir. Ayrıca bu yönergenin uygulanması sonucunda halk sağlığı hemşiresi tarafından gebenin doğum korkusu ve mutluluk durumları üzerine etkisi de değerlendirilmelidir.

Hemşirelik örgün eğitiminde manevi bakımın önemi konusunda yeteri kadar bilgi verilmesi gerektiği ve bu uygulamaları nasıl uygulayacağı konusunda öğrenci hemşirelerle vaka-kontrol çalışması yapıp bunu beyin fırtınası yöntemiyle sınıfta tartışıp daha geniş perspektifte bakımlar vermesi sağlanabilir. Hemşirenin gebelere yönelik bakımda maneviyatı ve manevi bakım uygulamalarına entegre edebilmesi için hastaneden manevi bakım uygulamaları denetleyen birimler oluşturulabilir. Böylece manevi bakım denilince hastanelerin çoğunda dini gruplara mensup kişilerin manevi danışman adı altında hastaya danışmanlık vermesi engellenmiş olunur. Manevi bakım hemşireler tarafından çalıştığı kurumda gerek gebelik öncesi dönem, gebe takibi ve doğum gibi süreçlerde hastaya nasıl bakım vereceği neler yapacağı gibi hizmet içi eğitimler düzenleyip hastane içinde mentörlük hizmeti vermiş olur. Bu hemşirelerinde bakımı değişen teknolojik ve insani ihtiyaçlara göre yenileyebilmesi için kendi arasında düzenli denetimlerin olduğu ve manevi bakım konusunda alanında uzman ve akademisyenler tarafından düzenlenmiş sertifikasyon programları oluşturularak hastanede bakım veren hemşirelerinde manevi bakım konusunda kendisini güncelleme fırsatı verilmiş olunabilir.

### **6.3. SINIRLILIKLAR**

Araştırma verilerini topladığımız il ve zaman sınırından ötürü araştırma verileri tüm toplum adına genellenemez. Ayrıca maneviyat ölçeğinin maddelerinden ötürü bazı hastaların çekimsiz tutumları gözlemlenmiştir bu nedenle bu faktörler çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

## KAYNAKÇA

1. Ratfisch, G. & Hbek Akarsu, R. (2021). *Gebeliğin talandırđıĐı annelik mucizesi (1. Baskı). İçinde (s.1-180). Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.*
2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2022). Gebelik ve doğum süreci annelik yolculuğu. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-87143/gebelik-ve-dogum-sureci-annelik-yolculugu.html> [Erişim Tarihi: 31 Mart 2023]
3. Arslan, S., Okcu, G., CoŐkun, A., Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 179-192. <https://doi.org/10.17681/hsp.432333>
4. Döner, Güner, P., BölükbaŐı, H., Tezcan, E., Gözükara, İ., Hakverdi, A. U., zer, C. (2021). Factors Associated with Pregnancy and Maternity Adjustment of Pregnant Women in the Prenatal Period. *Kafkas J Med Sci*, 11(1), 45-51. <https://doi.org/10.5505/kjms.2021.76768>
5. Başar, S. (2022). Gebelik sürecinde manevi bakım: hastanede nicel bir uygulama. *Turkish Journal for the Spiritual Counselling and Care*, (5), 48-72. <https://doi.org/10.56432/tmdrd.1076337>.
6. Kılıç, D. (2019). Gebelik sürecinde dini manevi yaşam üzerine nitel bir araştırma. [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]. Yüksek Ğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 596449).
7. Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A. M., Chastang, J., Robert, S., Gaouaou, N., Ibanez, G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2087-4>
8. Buldur, A.H., Göcen, G. (2021). Plansız gebelik sürecindeki kadınların dini, manevi ve psikolojik durumlarının incelenmesi. *Değerler EĞitimi Dergisi*, 19 (42), 337-374. <https://doi.org/10.34234/ded.1009333>
9. Narenji, F., Nahidi, F., Ebadi, A., Nasiri, M., (2018). Spiritual health care during pregnancy from Iranian mothers' perspective: a qualitative study with content analysis approach. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(5), 459- 467. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1484434>
10. Çalışkan, E. (2019). Doğuma hazırlık eğitiminin perinatal anksiyete düzeyi, doğum korkusu ve bağlanmaya etkisi. [Yüksek Lisan Tezi ,İstanbul Medipol Üniversitesi]. Yüksek Ğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 623188).
11. Soyhan, F. (2022). Gebelerde sağlık okuryazarlığı, anksiyete ve doğum korkusu arasındaki ilişki. [Yüksek Lisan Tezi ,Marmara Üniversitesi]. Yüksek Ğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 746995).
12. Akgün, M., Boz, İ. (2019). Doğum korkusu yönetiminde psikoeğitimin yeri. *JAREN*, 5(2), 163-168. <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.74046>
13. Bülbül, T., zen, B., opur, A., Kayacık, F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum Şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 25 (3), 126-130.
14. Sezen, C., nsalver, B. (2018). The relationship between childbirth fear and social support: review and pilot research. *The Journal of Neurobehavioral Sciences*, 2 (5): 29-36. <https://doi.org/10.5455/>
15. Gkek, A.İ. (2022). nemli bir sorun olan doğum korkusu ve ebelik bakımı. *Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 93-104.

16. Demisar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I., Globevnik, Velikonja, V. (2017). Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med.* 46(2),151-154. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0282>.
17. Hildingsson, I. (2022). Correction to: The trajectory of fear of birth during and after pregnancy in women living in a rural area far from the hospital and its labour ward. *Rural Remote Health*, 22(2), 7601. <https://doi.org/10.22605/RRH7601>
18. Dündar, M., Aslan, H. (2022). Association between nurses' spirituality and frequency of spiritual therapeutic care in turkey. *J Relig Health.* 61(3),1922-1935. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01499-4>
19. Güleç, D., Öztürk, R., Sevil, Ü., Kazandı, M. (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 24(1), 36-41.
20. Bilgiç, G., Çıtak, Bilgin, N. (2020). Relationship between fear of childbirth and psychological and spiritual well being in pregnant women. *J Relig Health*, 60(1): 295-310.
21. Jomeen, J., Martin, C. R., Jones, C., Marshall, C., Ayers, S., Burt, K., Frodsham, L., Horsch, A., Midwinter. D., Connell. M, Shakespeare., J, Sheen., K, Thomson. G.(2021). Tokophobia and fear of birth: a workshop consensus statement on current issues and recommendations for future research. *J Reprod Infant Psychol*, 39(1), 2-15. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1843908>
22. Özen, Gün, E., Ege, E. (2022). Primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu ve ilişkili faktörler: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 1-11.
23. Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., Haines, H. (2018). Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16(5), 50-55. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.006>
24. Ölçer, Z., Oskay, Ü. (2015). Stress in high-risk pregnancies and coping methods. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (2), 85-92. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2015.085>
25. Uzelli, Yılmaz, D., Yılmaz, D., Karaman, D., Çalışkan, S. (2019). Perception and related factors for nurses in spiritual support. *JAREN*, 5(3): 188-193. <https://doi.org/doi:10.5222>
26. Nas, İ. (2018). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algıları ile mesleğe yönelik tutumları arasındaki ilişki. [Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 508116).
27. Sis, Çelik, A., Özdemir, F., Durmaz, H., Pasinlioğlu, T. (2014). Determining the perception level of nurses regarding spirituality and spiritual care and the factors that affect their perception level. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 1–12.
28. Erol, F. (2020). Spirituel bakımın hemşirelik sürecine yansımaları. *Journal of Innovative Healthcare Practices (JOINIHP)*. 1(1), 30-39. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1905149>
29. Çınar, F., Eti, Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 1(1), 37-42. [https://jag.journalagent.com/jaren/pdfs/JAREN\\_3\\_1\\_37\\_42.pdf](https://jag.journalagent.com/jaren/pdfs/JAREN_3_1_37_42.pdf)
30. Odabaş, Y. (2021). Hemşirelikte manevi bakım adımları. (1. Baskı). İçinde (s.1-433). *Gece Kitaplığı Yayınevi*.
31. Kahraman, B. N. (2020). Akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisi. [Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 489867).

32. Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review*. 61(2), 211-219. <https://doi.org/10.1111/inr.12099>
33. Crowther, S., Hall, J. (2015). Spirituality and spiritual care in and around childbirth. *Women and Birth*. 28(2), 173-178. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.001>.
34. Haki, Sucaklı, M. (2014). Akut hastalık yönetiminin psikososyokültürel ve varoluşsal boyutu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)*. 8(4), 117-123.
35. Galutira, G., Valenzuela, J., Basatan, C., Palaganas, E. (2020). Spirituality and spiritual care in nursing: a literature review. *Philippine Journal of Nursing*. 89 (1), 22-31 <https://drive.google.com/file/d/1N11EJ5c7cfMGqzbzBS9bCimU9nuSH0u/view>
36. Doğu, Kökcü, Ö., Kutlu, Ö. (2020). Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım. *EGE HFD*. 36(1), 53-59.
37. Eğlence, R., Şimşek, N. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(1), 48-53.
38. Ercan, F., Körpe, G., Demir, S. (2018). Spirituality and spiritual care related perceptions of nurses working at the inpatient services of a university hospital. *GMJ*, 29, 17-22. <http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2018.05>
39. Başar, S. (2021). Gebelik sürecinde kadınlara yönelik olarak hastanede manevi bakım uygulamaları (izmir örneği). [Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 699035).
40. Gençer, E., Ejder, Apay, S. (2020). Gebeliğin istenme durumu öznel mutluluğu etkiler mi?. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(2):88-97. <https://doi.org/10.14744/phd.2019.63496>
41. Akın, B., Yılmaz, S. (2020). Determination of spirituality and spiritual care perception levels of midwifery students. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 5(1), 56-62. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2019-70550>
42. Jesse, E., Reed G. (2004). Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 33(6), 739-747. <https://doi.org/10.1177/0884217504270669>.
43. Durmuş, M. (2020). Maneviyatı güçlendirme eğitiminin hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi. [Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 144406).
44. Jesse, E., Schoneboom, C., Blanchard, A. (2007). The effect of faith or spirituality in pregnancy: a content analysis. *J Holist Nurs*. 25(3),151-158. <https://doi.org/10.1177/0898010106293593>
45. Yelen, Akpınar, Y., Aşti N. (2021). Maneviyat, manevi bakım, manevi bakımın hemşirelikte önemi. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2(3), 127-140.
46. Asadzandi, M. (2018). Spiritual health consulting model for health promotion in clients. *Health Spiritual Med. Ethics*. 5(2), 9-15. <http://dx.doi.org/10.29252/jhsm.5.2.9>
47. Attard, J., Baldacchino, D.R., Camilleri, L. (2014). Nurses and midwives acquisition of competency in spiritual care: a focus on education. *Nurse Educ Today*, 34(12), 1460-1466. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.015>
48. Yıldırım D., Özer Z., Bölüktaş P.R. (2018). Hemşirelerin manevi bakım odaklı yaklaşımları. *Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi*. 6(13): 23-34.

49. MonfaredKashki, M., Maleki, A., Amini, K. (2022). The effect of integrating midwifery counseling with a spiritual content on improving the antenatal quality of life: A randomized controlled trials. *J Mother Child.* 26(1), 18-26. <https://doi.org/10.34763/jmotherandchild.20222601.d-22-00003>.
50. Moradi, N., Maleki, A., Zenoozian, S. (2022). The efficacy of integrating spirituality into prenatal care on pregnant women's sleep: a randomized controlled trial. *Biomed Res Int.* 3,1-10. <https://doi.org/10.1155/2022/4295761>.
51. Abdollahpour, S., Khosravi, A. (2018). Relationship between spiritual intelligence with happiness and fear of childbirth in iranian pregnant women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(1), 45-50. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_39\\_16](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_39_16)
52. Bayındır, S., Biçer, S. (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 4(1), 25-29. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/709534>
53. Biro, A. L. (2012). Creating conditions for good nursing by attending to the spiritual. *J Nurs Manag.* 20(8), 1002-1011. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01444.x>
54. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. <https://sivasism.saglik.gov.tr/Eklenti/87173/0/dogum-onesi-bakim-yonetim-rehberi-2018-pdf.pdf> [Erişim Tarihi: 19 Mart 2023]
55. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlık istatistikleri yılığı 2021 haber Bülteni. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> [Erişim Tarihi: 19 Mart 2023]
56. Soysal, G., Özcan, C., Akın, A. (2022). The Current State of Women's, Maternal, and Child Health in the World and Turkey. *Sağlık ve Toplum*, 32 (1), 3-13.
57. Sezgin, D., Aydın, Kartal, Y. (2021). Gebelik döneminde uygulanan kanıta dayalı yaklaşımların güncel rehberler doğrultusunda incelenmesi. *Journal of Ankara Health Sciences*, 10(1), 92-107. <https://doi.org/10.46971/ausbid.714416>
58. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Guidelines for perinatal care (7th ed.). p. 109-110. Elk Grove Village, Washington.
59. Arslantaş, H., Çoban, A., Dereboy, F., Sarı, E., Şahbaz, M., Kurnaz, D. (2020). Factors effecting delivery fear in last trimester pregnant women and its relationship with postpartum depression and maternal attachment. *Cukurova Med J*, 45(1), 239-250. <https://doi.org/10.17826/cumj.647253>
60. Sotudeh, T., Hasanpoor, Azghady, S, Amiri, Farahani, L.(2022). Relationship between religious coping, pain severity, and childbirth self-efficacy in iranian primipara women. *Obstet Gynecol Int.* 15, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2022/2338683>
61. Millî Eğitim Bakanlığı. (2015). Çocuk gelişimi ve eğitimi. [http://megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf](http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf) [Erişim Tarihi: 19 Mart 2023]
62. Akalın, A., Şahin, S. (2018). Preeclampsia: current approaches to diagnosis and nursing Management. *Journal of Human Rhythm.* 4(2), 88-97.
63. Ulusal Diyabet Konsensus Grubu. (2019). Diyabet tanı ve tedavi rehberi. [https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet\\_Tani\\_ve\\_Tedavi\\_Rehberi\\_2019.pdf](https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf) [Erişim Tarihi: 31 Mart 2023]
64. Uçar, T., Gölbaşı, Z., (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (2), 54-58.
65. Geldi, B. N. (2020). Gebe kadınlarda stres ve doğum korkusu ilişkisi. [Yüksek Lisan Tezi ,Ordu Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 644217).

66. Mortazavi, F., Mehrabadi, M. (2021). Predictors of fear of childbirth and normal vaginal birth among Iranian postpartum women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 316-328. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03790>
67. Öztürk, G. (2020). Doğum Korkusuyla baş etme rehberi geliştirme ve etkinliğini değerlendirme. [Doktora Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 625579).
68. Nilsson, C., Bondas, T., Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nur*, 39(3), 298-309. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01139>
69. Bilge, Ç., Dönmez, S., Olgaç, Z., Piriñçi, F. (2022). Gebelikte doğum korkusu ve ilişkili faktörler. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(1), 330-335. <https://dx.doi.org/10.33631/sabd.1067958>
70. Klabbers, G., Marit, M. A., Hedwig, J. A., Vingerhoets, J. M. (2016). Severe fear of childbirth: its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 25 (1), 107-127.
71. Körükcü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R., Kabukcuoğlu, K. (2017). Investigation of the Relationship Between the Psychosocial Health Status and Fear of Childbirth in Healthy Pregnancies. *Clin Exp Health Sci*, 7, 152-158.
72. Bıyık, İ., Aslan, M. M. (2020). Gebelikte eğitimin doğum korkusu ve sezaryen oranlarına etkisi. *Kocaeli Med J*, 9(2), 77-82.
73. Hildingsson, I. (2014). Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth - a longitudinal cohort study. *Sex Reprod Healthc*, 5(2), 75-80. <https://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.02.002>
74. Gür, E.Y., Uzun, Özer, B., Ejder, Apay, S. (2022). Çocuksuz bireylerde gebelik öncesi doğum korkusu: tanımlayıcı-kesitsel çalışma. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 7(2),412-419. <https://dx.doi.org/10.5336/healthsci.2021-85383>
75. Takegata, M., Haruna, M., Morikawa, M., Yonezawa, K., Komada, M., Severinsson, E. (2018). Qualitative exploration of fear of childbirth and preferences for mode of birth among Japanese primiparas. *Nurs Health Sci*, 20(3), 338-345. <https://doi.org/10.1111/nhs.12571>.
76. Çapık, A., Durmaz, H. (2018). Fear of childbirth, postpartum depression, and birth-related variables as predictors of posttraumatic stress disorder after childbirth. *Worldviews Evid Based Nurs*, 15(6), 455-463. <https://doi.org/10.1111/wvn.12326>
77. Aksoy, M., Çoban, İ. G. (2017). Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1136-1145.
78. Kalkım, A., Dağhan, Ş., Sağkal, Midilli, T. (2019). Nursing academicians' perceptions of spirituality and spiritual care and their competence in spiritual care. *Journal of Health Sciences Professions*. 6(2), 380-389. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000446>
79. Kalkım, A., Sağkal, Midilli, T., Daghan, S. (2018). Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care and their spiritual care competencies: a correlational research study. *J Hosp Palliat Nurs*. 20(3), 286-295. <https://dx.doi.org/10.1097/NJH.0000000000000446>.
80. Farahaninia, M., Abasi, M., Seyedfatemi, N., Jafar, Jalal, E., Haghani, H. (2018). Nurses' attitudes towards spiritual care and spiritual care practices. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 4(2), 61-68. <https://doi.org/10.32598/10.32598/jccnc.4.2.61>.
81. Macit, M., & Karaman, M. (2019). Examination of perceptions of spiritual support in nurses. *Sdü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10 (3), 294-302.

82. Vlasblom, J. P., Vander, Steen, J. T., Knol, D. L., Jochemsen, H. (2011). Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Educ Today*. 31(8), 790-796. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.010>.
83. Irani, M., Khadivzadeh, T., Asghari-Nekah, S. M., Ebrahimipour, H. (2019). Coping strategies of pregnant women with detected fetal anomalies in iran: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 24(3), 227-233. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_97\\_18](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_97_18).
84. Chandramohan, S., Bhagwan, R. (2015). Spirituality and spiritual care in in the context of nursing education in South Africa. *Curationis*. 38(1), 1471-1475. <https://doi.org/10.4102/curationis.v38i1.1471>
85. Koby, Bulut, H., Meral, B. (2019). Evaluation of perceptions of spiritual and spiritual care of student nurses. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8(4), 353 – 362.
86. Durmuş, M., Alkan, H. (2021). Investigation of the relationship between quality of work life, burnout and spiritual well-being in intensive care nurses. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 264 – 272.
87. Aşiret, Duru, G., Okatan, C. (2019). Hipertansiyon hastalarının ilaç uyum düzeyleri ile spirütüel iyi oluşları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10(23), 22–128. <https://doi.org/10.5543/khd.2019.66376>.
88. Musa, A., Pevalin, D., Khalaileh, M. (2017). Spiritual well-being, depression, and stress among hemodialysis patients in jordan. *Journal of Holistic Nursing*, 36 (4), 354-365. <https://doi.org/10.1177/0898010117736686>
89. Kamali, Z., Tafazoli, M., Ebrahimi, M., Hosseini, M., Saki, A., Fayyazi-Bordbar, M. R., Mohebi-Dehnavi, Z., Saber-Mohammad, A. (2018). Effect of spiritual care education on postpartum stress disorder in women with preeclampsia. *J Educ Health Promot*. 12(7),1-8. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_170\\_17](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_170_17)
90. Dokuhaki, S., Ghodrati, F. (2021). The association between religiosity and jurisprudential information with anxiety of pregnant mothers during labor and postpartum pain. *Women's Health Bulletin*, 8(2), 114-121. <https://doi.org/10.30476/whb.2021.89297.1094>.
91. Rabiepoor, S., Sadeghi, E., Sayyadi, H. (2019). Spiritual health and physical activity among iranian pregnant women. *J Relig Health*. 58(2), 506-515. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0487-9>.
92. Lowe, N. K.(2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 21(4): 219-224.
93. Dönmez, S., Dağ, H., Çelik, N., Yeniel, Ö. A., Kavlak, O. (2014). Doğum tutum ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 24(4): 212-218.
94. Şirin, T. (2018). Maneviyat ölçeği'nin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turkish Studies*. 13(18): 1283-1309.
95. Hills, P., Argyle, M. (2002). The oxford happiness questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*. 33:1073-1082.
96. Doğan, T., Sapmaz, F. (2012). Oxford mutluluk ölçeği türkçe formunun psikometrik özelliklerinin üniversite öğrencilerinde incelenmesi.*Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 25(4), 297-304.<https://doi.org/10.5350/DAJPN201225040>.
97. Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenilirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders*,6(1), 47. <https://doi.org/10.5455/jmood.20160307122823>

98. Pallant, J. (2020). Descriptive statistics: assessing normality. İçinde Survival manuel: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS (7th baskı). Routledge, Taylor & Francis Group.
99. Cevahir, E. (2020). SPSS ile nicel veri analizi rehberi. İçinde Kibele Yayınları (1. baskı). Kibele Yayınları.
100. Kılıç, S., Yılmaz, S. (2022). The Relationship Between The Psychosocial Health Status Of Primiparous Pregnant Women And Fear Of Childbirth . *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 16 (2): 412-421 . <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1063671>.
101. Hildingsson, I., Nilsson, J., Merio, E., Larsson, B. (2021). Anxiety and depressive symptoms in women with fear of birth: A longitudinal cohort study. *Eur J Midwifery*.2(5): 32-35. <https://doi.org/10.18332/ejm/138941>.
102. Yazıcıoğlu, B., Yavuz, E. (2022). Gebe okulu eğitimlerinin doğum korkusu üzerine etkisi. *Türk Aile Hek Derg*. 26(1):12-16.
103. TNSA. (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. [http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf)
104. Price, S., Lake, M., Breen, G., Carson, G., Quinn, C., O'Connor, T. (2007). The spiritual experience of high-risk pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 36(1):63-70. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00110>.
105. Karaman, A., Sagkal, Midilli, T. (2022). The relationship between nurses' perceptions and competency about spiritual care and influencing factors. *Perspect Psychiatr Care*. 58(3):1021-1028. <https://doi.org/10.1111/ppc.12894>.
106. Sade, G., Ejder, Apay, S., Tedik, S. S., Mucuk, Ö., Ağapınar, Şahin, S. (2020). Algılanan doğum korkusunun prenatal bağlanmaya etkisi. *Journal of Health Sciences*. 29(3): 180-183. <https://doi.org/10.34108/eujhs.688222>.
107. Söğüt, Ö., İnkaya, B. (2022). Gestasyonel Diyabetli Gebelerde Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Doğuma Karşı Tutumun İncelenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*. 7(1): 70-81.
108. Artuvan, H. (2018). Son Trimestirdeki Gebelerin Doğum Tutumunun Karşılaştırılması: İki Şehir Örneği [Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 609770).
109. Yılmaz, B., Özkan, H. (2022). Determination of breastfeeding self-efficacy and happiness levels of mothers. *Advances in Women's Studies*, 4(2), 29-35.
110. Mann, J. R., McKeown, R. E., Bacon, J., Vesselinov, R., Bush, F.(2007). Religiosity, spirituality, and tobacco use by pregnant women. *South Med J*.100(9):867-872. <https://doi.org/10.1097/smj.0b013e318137a422>
111. Sönmez, D., Aksu, H. (2017). Smoking status and effects of happiness on smoking in Turkish pregnant women. *European Journal of Therapeutics*. 23(4):138-145.
112. Kilic, S., Yılmaz, S. (2022). The Relationship Between Psychosocial Health Status Of Primiparous Pregnant Women And Fear Of Childbirth. *TJFMPC*. 16(2): 412-421. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1063671>.
113. Sanaeinasab, H., Saffari, M., Sheykh-Oliya, Z., Khalaji, K., Lalue, A., Zaben, F., Koenig, H. G. (2021). A spiritual intervention to reduce stress, anxiety and depression in pregnant women: randomized controlled trial. *Health Care Women Int*. 2021. 42(12), 1340-1357. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1836643>.

114. Kocak, M.Y., Göçen, N.N., Akin, B. (2022). The Effect of Listening to the Recitation of the Surah Al-Inshirah on Labor Pain, Anxiety and Comfort in Muslim Women: A Randomized Controlled Study. *J Relig Health.* 61(4):2945-2959. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01356-w>



## EKLER

### EK 1. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.07.2022-18183

Sayı :E-97105791-302.14.01-18183  
Konu : Tez konusu hk.

01.07.2022

Sayın Siyabe ARSLAN

Enstitü Yönetim Kurulumun 23.05.2022 tarih ve 2022/15 nolu kararına göre; tez konu başlığımız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
216113041 Siyabe ARSLAN	Gebelerde Maneviyatın Doğum Korkusu ve Mutluluğa Etkisi

Prof.Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY  
Müdür V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSLHFZPT5

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/hasan-kalyoncu-universitesi-obyv>

Adres:Hasan Kalyoncu Üniversitesi Havaalanı Yolu Üzere 8. Km. Şahinbey / Gaziantep

Telefon:0 (342) 211 8080 / 1400/1402 Faks:0 (342) 211 80 81

e-Posta:info@hku.edu.tr Web:0 (342) 211 80 81

Kep Adresi:hasankalyoncu.univ@hs01.kep.tr

Bilgi için: Seda SÖNMEZ

Unvanı: Memur

Tel No: 0(342) 211 8080



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## **EK 2. Doğum Tutum Ölçeği Kullanım İzni**



### **EK 3. Maneviyat Ölçeği Kullanım İzni**



## **EK 4. Oxford Mutluluk Ölçeği Kullanım İzini**



**EK 5. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan  
Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu**

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

Karar No : 2022/048  
Karar Tarihi : 14.06.2022

**Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sezer AVCI,**

*"Gebelerde Maneviyatın Doğum Korkusu ve Mutluluğa Etkisi"* konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

## EK 6. İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzinleri



T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GAZİANTEP  
HASTANE HİZMETLERİ BİRİMİ  
13.09.2022 11:27 - E-30545443 - 774 99 - 1172



Sayı : E-30545443-774.99  
Konu : Siyabe ARSLAN'ın Araştırma İzni  
Hk.

### SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA

İlgi : 05/09/2022 tarihli ve 87825162-774.99-99-4804 sayılı yazı.

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapan Sezer AVCI danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Siyabe ARSLAN, Müdürlüğümüze bağlı Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi ve Şehitkamil Devlet Hastanesi'nde "Gebelerde Maneviyatın Doğum Korkusu ve Mutluluğa Etkisi" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışma izni için gerekli düzeltilmelerin yapıldığı anlaşılmıştır. Veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışması izin talebi Başkanlığımız tarafından incelenmiş olup, uygun görüldüğü hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 7c186215-5121-4b4d-a348-857550266e08 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Telefon: Faks No:  
e-Posta: [sinem.gezici@saglik.gov.tr](mailto:sinem.gezici@saglik.gov.tr) İnternet Adresi:

Bilgi için: Sinem GEZİCİ

TABİP

Telefon No: (0 342) 220 96 14



Belge Doğrulama Kodu: 44a836e8-83e9-4dd2-b1d1-86bfd0da7d2f Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>  
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK 7. Özel Hastane Kurum İzini

**HOSPITAL** 26/10/2022

Sayı : 2022/1271  
Konu : Araştırma İzin Hk. (Siyabe ARSLAN)

T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

Şehitkamil/GAZİANTEP adresinde ÖZEL  
HOSPİTAL GAZİANTEP HASTANESİ olarak hizmet vermekteyiz.

Lisansüstü Eğitim Entstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans yapan 18835991240 TC kimlik numaralı Siyabe Arslan "Gebelerde Maneviyatın Doğum Korkusu ve Mutluluğa etkisi " isimli tez çalışmasını KVKK gereğinin de göz önünde tutularak yapılmasında kurumumuzca sakınca bulunmamaktadır.

Gereğini bilgilerinize arz ederiz.

## **EK 8. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu**

### **GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Gaziantep “Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi ve Gaziantep Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi kadın doğum polikliniğinde başvuran gebelerin maneviyatının doğum korkusu ve mutluluk üzerine etkisini araştırmak ” amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde adınız, iletişim bilgileriniz dâhil kişisel herhangi bir bilginiz talep edilmeyecektir. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra da vazgeçme hakkına sahipsiniz. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün İmzası,

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının

Adı : Sezer

Soyadı : AVCI

İmzası :

## EK 9. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formu

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu anket formu gebelik sürecindeki maneviyatın gebelikte yaşanan doğum korkusu ve mutluluk üzerine etkisini araştırmayı amaçlayan bilimsel bir çalışmadır. Bu çalışmada adınız, iletişim bilgileriniz dâhil kişisel herhangi bir bilginiz talep edilmemektedir. Anketi eksiksiz ve kendinizi en iyi ifade eden seçenekleri işaretlemeniz çalışmamıza destek olacaktır.

1) Doğum Tarihiniz? .....

2) Eğitim Durumunuz Nedir?

İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Yüksek Lisans/ Doktora

3) Çalışma Durumunuz Nedir?

Evet (Mesleğiniz:.....)  Hayır

4) Eşinizin Eğitim Durumu Nedir?

Okuryazar Değil  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  
 Yüksek Lisans/ Doktora

5) Eşinizin Çalışma Durumu Nedir?

Evet (Mesleği:.....)  Hayır

6) Gelir Durumunuz Nedir?

Gelir Gidere Denk  Gelir Giderden Fazla  Gelir Giderden Az

7) Sigara Kullanıyor musunuz?  Evet (Gündelik miktarı belirtiniz):.....  Hayır

8) Kronik Rahatsızlığınız Var Mı?  Evet Belirtiniz:.....  Hayır

9) Toplam:

a) Yaşayan çocuk sayısı (cinsiyet):.....

b) Gebelik sayısı (bu gebeliğinizle birlikte) :.....

c) Düşük sayısı:.....

d) Küretaj sayısı:.....

**10)Daha Önce Gebelik Yaşayanlar Cevaplasın İlk Gebeliği Olanlar 11. Soruya Geçsin**

**Daha Önce gebeliğinizde Sorun Yaşadınız Mı?**  Evet Belirtiniz:.....  Hayır

**11)Şuan gebeliğinizde bir sorun var mı?**  Evet Belirtiniz:.....  Hayır

**12) Gebeliğinizle ilgili sorun yaşadığınızda kime başvurursunuz ?**

- Aile büyüklerime sorarım.  
Doğumu deneyimleyen birine sorarım.  
 İnternette/sosyal medyadan araştırırım.  
 Kadın Doğum Hekimimi ararım veya giderim.  
 Hemşire veya ebeyle iletişime geçerim.  
Hiçbir şey yapmadan doğumu beklerim.  
Diğer(belirtiniz).....

**13)Düzenli Doktor Kontrollerine Gidiyor Musunuz?**  Evet  Hayır

**14) Gebeliğiniz İsteyerek Mi Oldu?**  Evet  Hayırsa  
Belirtiniz:(.....)

**15)Sizce Mutluluk Nedir, Siz Kendinizi Nasıl Hissediyorsunuz?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**16)Siz Kendinizdeki Manevi Gücü Nasıl Görüyorsunuz, Bunun Sizin Gebelik Sürecinize Etkisi Nedir?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **DOĞUM TUTUM ÖLÇEĞİ**

Aşağıdakiler, gebe kadınların geçmişte ifade ettiği bazı yaygın korkulardır. Bunların tümünün bir bireyde olması beklenmez. Bazı kadınlarda bunların hiçbiri olmayabilir. Lütfen, başka birine danışmadan, dürüstçe yanıt verin. Eğer korkunun yoğunluğunu nasıl dereceleyeceğinizden emin değilseniz, dert etmeyin, sadece hızlı bir karara varın ve hangisi size doğru gibi görünüyorsa onu işaretleyin.

Her korkuyu aşağıdaki ölçeğe göre dereceleyin:

1= Hiç kaygı yok; korkunun hiç olmaması

2= Düşük kaygı; korku denecek kadar yeterli değil

3= Orta kaygı; size sıkıntı veren, ama iyi olma hissinizi etkileyecek kadar olan

	Hiç Kaygı Yok	Düşük Kaygı	Orta Kaygı	Yüksek Kaygı
1. Doğumda kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum	1	2	3	4
2. Doğum yapmaktan gerçekten korkuyorum	1	2	3	4
3. Doğum ile ilgili kâbuslar görüyorum.	1	2	3	4
4. Doğumda çok fazla kanamam olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
5. Doğum yaparken yeterli çabayı göstermeyeceğimden korkuyorum.	1	2	3	4
6. Bebeğe ilgili bir şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.	1	2	3	4
7. Doğum da yapılacak iğnelerin ağrılı olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
8. Doğum sancılarım olduğunda yalnız kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4
9. Sezaryen olmak zorunda kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4
10. Bebeğin doğumu sırasında yırtığım olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
11. Doğum sırasında bebeğin yaralanmasından korkuyorum.	1	2	3	4
12. Doğum sancılarının dayanılmaz olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
13. Yaklaşan doğumu düşündüğüm zaman kendimi rahatlatmakta zorlanıyorum	1	2	3	4
14. Hastane ortamından korkuyorum.	1	2	3	4
15. Doğum sırasında istediğim bakımı alamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4
16. Genel olarak, doğumla ilgili kaygımı 1(Kaygı yok), 2 (Düşük kaygı),3 (Orta derecede kaygı), 4(yüksek kaygı) olarak değerlendirmek isterim.	1	2	3	4

## MANEVİYAT ÖLÇEĞİ

Elinizdeki ölçek bireyin maneviyatının farklı boyutlarını ölçmek üzere hazırlanmıştır. Ölçekte 27 Adet soru bulunmaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz Lütfen her ifadeye mutlaka tek yanıt veriniz ve kesinlikle boş bırakmayınız. Katkılarınız için teşekkür ederiz. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.		(1) Bana Hiç Uygun Değil	(2) Bana Uygun Değil	(3) Bana Biraz Uygun	(4) Bana Oldukça Uygun	(5) Bana Tamamen Uygun
1.	<b>Allah'ın beni sevdiğini hissediyorum</b>					
2.	<b>Bir sorunla karşılaştığımda dua ederim</b>					
3.	<b>Dini etkinliklere katılırım</b>					
4.	<b>Dua ettiğimde Allah'a kendimi yakın hissedirim</b>					
5.	<b>Enerjisine inandığım şeyleri üzerimde taşıırım</b>					
6.	<b>Hayata dair bir hoşnutluk duygusu hissediyorum</b>					
7.	<b>Hayata gelmemin bir amacı olduğuna inanırım</b>					
8.	<b>Hayatımda büyük bir boşluk varmış gibi hissediyorum</b>					
9.	<b>Maneviyatım bana güç verir.</b>					
10.	<b>Yediğim şeylerin enerjisinin beni etkilediğine inanıyorum</b>					
11.	<b>Hayatımı manevi kabullerime göre yaşarım</b>					
12.	<b>Maneviyat stresli durumlarla başa çıkmamı sağlar.</b>					
13.	<b>Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim</b>					
14.	<b>Hayatta hiçbir şey sebepsiz olmaz</b>					
15.	<b>Hayatta iyilikle kötülüğün bir savaşı var</b>					
16.	<b>Her canlının taşıdığı bir enerji vardır</b>					
17.	<b>Her insan hayatının anlamını bulmaya çalışmalıdır</b>					
18.	<b>İlâhî bir gücün beni koruduğunu hissedirim.</b>					
19.	<b>Kâinatta, aşkın (ilâhî) bir varlığın olduğuna inanıyorum.</b>					
20.	<b>Maneviyat hayatın anlamıyla ilişkilidir.</b>					
21.	<b>Maneviyata önem veririm.</b>					
22.	<b>Kâinatta her şeyin bir bütünün parçası gibi birbirine bağlı olduğuna inanırım.</b>					
23.	<b>Maneviyatım davranışlarım üzerinde etkilidir.</b>					
24.	<b>Maneviyatımı güçlendirmek için bazı manevi egzersizler (zikir, meditasyon, dua vb.) yaparım.</b>					
25.	<b>Maneviyatla ilgili bir eğitim olduğuna görürsem katılmaya çalışırım.</b>					
26.	<b>Olduğum kişi olmaktan mutlu değilim.</b>					
27.	<b>Maneviyat konusunda eğitim almak gerektiğine inanıyorum.</b>					

## OXFORD MUTLULUK ÖLÇEĞİ

	Hiç katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Kendimden hoşnut değilim.	1	2	3	4	5	6
2. Diğer insanlara karşı oldukça ilgiliyim.	1	2	3	4	5	6
3. Hayatın oldukça ödüllendirici olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
4. Neredeyse herkese karşı oldukça sıcak duygular besliyorum.	1	2	3	4	5	6
5. Sabahları dinlenmiş olarak uyanırım.	1	2	3	4	5	6
6. Geleceğim hakkında pek iyimser değilim.	1	2	3	4	5	6
7. Pek çok şeyi eğlenceli buluyorum.	1	2	3	4	5	6
8. Yaptığım şeylere karşı ilgili ve kendini adayan birisiyim.	1	2	3	4	5	6
9. Hayat güzeldir.	1	2	3	4	5	6
10. Dünyanın iyi bir yer olduğunu <b>düşünmüyorum.</b>	1	2	3	4	5	6
11. Çok gülen birisiyim.	1	2	3	4	5	6
12. Hayatımdaki her şeyden oldukça memnunum.	1	2	3	4	5	6
13. Çekici birisi olduğumu <b>düşünmüyorum.</b>	1	2	3	4	5	6
14. Yaptıklarım ile yapmak istediklerim arasında büyük fark var.	1	2	3	4	5	6
15. Çok mutluyum.	1	2	3	4	5	6
16. Çevremdeki güzellikleri fark ederim.	1	2	3	4	5	6
17. Diğer insanlar üzerinde daima neşeli bir etki bırakırım.	1	2	3	4	5	6
18. Yapmak istediğim her şeye zaman bulabilirim.	1	2	3	4	5	6
19. Yaşamımın kontrolü elimde değilmiş gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
20. Kendimi herhangi bir konuda sorumluluk alabilecek güçte hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
21. Zihinsel olarak kendimi tamamen zinde (dinç) hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
22. Genellikle neşeli ve sevinçliyim.	1	2	3	4	5	6
23. Herhangi bir konuda karar vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5	6
Yaşamımın belli bir amacı ve anlamı yok.	1	2	3	4	5	6
24. Kendimi oldukça enerjik hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
25. Genellikle olaylar üzerinde olumlu etkim vardır.	1	2	3	4	5	6
26. Diğer insanlarla birlikte olmaktan keyif <b>almıyorum.</b>	1	2	3	4	5	6
27. Kendimi çok sağlıklı <b>hissetmiyorum.</b>	1	2	3	4	5	6
28. Geçmişimle ilgili pek mutlu anılara sahip değilim.	1	2	3	4	5	6

## EK 10. İntihal Raporu

### Siyabe ARSLAN Tez İntihal rapor

ORJİNALLİK RAPORU

%8

BENZERLİK ENDEKSİ

%7

İNTERNET KAYNAKLARI

%4

YAYINLAR

%4

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

[acikbilim.yok.gov.tr](http://acikbilim.yok.gov.tr)

İnternet Kaynağı

%3

2

[kahd.org](http://kahd.org)

İnternet Kaynağı

<%1

3

Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<%1

4

[dergipark.org.tr](http://dergipark.org.tr)

İnternet Kaynağı

<%1

5

[openaccess.hku.edu.tr](http://openaccess.hku.edu.tr)

İnternet Kaynağı

<%1

6

[earsiv.odu.edu.tr:8080](http://earsiv.odu.edu.tr:8080)

İnternet Kaynağı

<%1

7

[www.tahud.org.tr](http://www.tahud.org.tr)

İnternet Kaynağı

<%1

8

Submitted to Ege Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<%1

## EK 11. Kısa Özgeçmiş

