

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN TRAVMATİK
DOĞUM ALGISINA ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Güleser ADA

Enstitü Anabilim Dalı: Ebelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Kevser İLÇİOĞLU

ŞUBAT-2025

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN TRAVMATİK
DOĞUM ALGISINA ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Güleser ADA

Enstitü Anabilim Dalı: Ebelik

“Bu tez .../.../2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu çalışma T.C. Bartın Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan 11/12/2023 tarihinde onay alarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:

.../.../2025

Güleser ADA

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın başından sonuna kadar beni yönlendiren, fikirleriyle ve sabrıyla yolumu aydınlatan, destek ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Kevser İLÇİOĞLU'na,

Tez süresince yol gösterici ve destekleyici davranışlarıyla beni destekleyen tez izleme jürisi hocalarım Sayın Doç. Dr. Yasemin HAMLACI BAŞKAYA'ya, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özge ÖNER'e ve tez savunma sınavımda değerli katkılarını sunan Sayın Doç. Dr. Hüsnüye DİNÇ KAYA'ya, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Metin YILDIZ'a,

Lisans dönemimde fakülte ve ebelik bölümü birincisi olarak mezun olduğum ve mezuniyet konuşmasında akademisyen olma sözünü vererek buralara kadar gelmemi sağlayan, üzerimde emeği geçen tüm değerli hocalarıma,

Veri toplama sürecinde bana destek olan Bartın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan tüm ebe, hemşire, hekimlere,

Çalışmama katılmayı kabul eden tüm gebelere,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan, bana her adımda güven veren, güçlü olmayı, mücadele etmeyi, sevgi ve fedakarlıkla büyümeyi öğreten, dualarıyla hayallerimi gerçeğe dönüştürmeme yardım eden en değerli varlıklarım; babama, anneme ve kardeşlerime,

Bu başarıyı sadece akademik bir süreç olarak görmüyorum; aynı zamanda bana hayatı, sabrı, kararlılığı ve özveriyi öğreten bir yolculuk olarak kabul ediyorum. Bu süreçte bana en büyük desteği veren, beni her zaman motive eden ve yanımda olan herkese, Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMA VE SİMGELER	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	x
EKLER DİZİNİ.....	xi
ÖZET.....	xii
SUMMARY	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. GEBELİK.....	3
2.1.1. Gebelikte Fiziksel ve Psikososyal Değişiklikler	4
2.1.2. Gebelik ve Psikososyal Sağlık	5
2.2. TRAVMATİK DOĞUM ALGISI	6
2.2.1. Travmatik Doğum Algısının Prevalansı	8
2.2.2. Travmatik Doğum Algısını Etkileyen Faktörler	9
2.2.3. Travmatik Doğum Algısının Anne ve Bebek Sağlığına Etkileri	10
2.2.4. Travmatik Doğum Algısını Önlemede Ebenin Sorumlulukları.....	12
2.3. GEBELERDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	13
2.4. GEBELİKTE EĞİTİM VE BİLGİLENDİRMENİN ÖNEMİ	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. BİRİNCİ AŞAMA: “GEBELERDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ”NİN GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI	21
3.1.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	21
3.1.2. Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	21
3.2. İKİNCİ AŞAMA: ÖLÇEK DOĞRULAMA VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİN BELİRLENMESİ	28

3.2.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	28
3.2.2. Araştırma Sorusu	28
3.2.3. Örneklem	28
3.3. ÜÇÜNCÜ AŞAMA: GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN TRAVMATİK DOĞUM ALGISINA ETKİSİ.....	30
3.3.1. Araştırmanın Tipi.....	30
3.3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
3.3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.3.4. Çalışmada (Eğitim ve Kontrol Grubu) Kullanılacak Veri Toplama Araçları ve Özellikleri	34
3.3.4.1. Gebe tanıtıcı bilgi formu	34
3.3.4.2. Travmatik doğum algısı ölçeği	34
3.3.4.3. Gebelerde e-sağlık okuryazarlığı ölçeği.....	34
3.3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	35
3.3.6. Eğitim İçeriğinin Hazırlanması	35
3.3.6.1. DISCERN ölçüm aracı (Quality of criteria for consumer health information).....	36
3.3.6.2. Yazılı eğitim materyalinin uygunluğunun değerlendirilmesi formu .	36
3.3.6.3. Eğitim içeriğinin başlıkları	36
3.3.7. Eğitim Planı.....	37
3.3.8. Eğitimin Yapıldığı Yer ve Süre	38
3.3.9. Ön Uygulama	38
3.3.10. Verilerin Toplanması	38
3.3.10.1. Kontrol grubuna uygulanan işlemler	39
3.3.10.2. Eğitim grubuna uygulanan işlemler	39
3.3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.4. ARAŞTIRMANIN TAKVİMİ.....	40
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI, KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER VE KOLAYLIKLAR	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. İKİNCİ AŞAMA: ÖLÇEK DOĞRULAMA VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	42

4.2. ÜÇÜNCÜ AŞAMA: GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN TRAVMATİK DOĞUM ALGISINA ETKİSİNE DAİR BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA.....	55
5.1. BİRİNCİ AŞAMA: GEBELERDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	55
5.2. İKİNCİ AŞAMA: ÖLÇEK DOĞRULAMA VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	57
5.3. ÜÇÜNCÜ AŞAMA: GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN TRAVMATİK DOĞUM ALGISINA ETKİSİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI....	59
5.3.1. Gruplar Arası ve Grup İçi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	59
5.3.2. Gruplar Arası ve Grup İçi Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Tartışılması.....	61
5.3.4. Eğitim Grubunun Değişkenler Arasındaki İlişkisinin Tartışılması	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
KAYNAKLAR.....	69
EKLER.....	91
ÖZGEÇMİŞ	105

KISALTMA VE SİMGELER

AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AMOS	: Analysis of Moment Structures
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerliği Oranı
KMO	: Kaiser-Meyer Olkin
SPSS	: Statistical Package for the Social Science
TDAÖ	: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Travmatik Doğum Algısını Etkileyen Faktörler	10
Şekil 2. Ölçeğin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model.	25
Şekil 3. Araştırmanın Akış Şeması.	31
Şekil 4. CONSORT Akış Diyagramı.	32
Şekil 5. Zamana Göre Gruplar Arasında “Travmatik Doğum Algısı Ölçeği” Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Şekil 6. Zamana Göre E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Bilgi Güvenilirliği ve Farkındalık Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	53
Şekil 7. Zamana Göre E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Bilgi Erişim ve Uygulama Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması	53
Şekil 8. Zamana Göre E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puanının Karşılaştırılması....	53

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı ile Diğer E- Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Arasındaki Fark	17
Tablo 2. KMO ve Barlett Sonuçları.....	23
Tablo 3. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	24
Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı.	26
Tablo 5. Güvenilirlik Analizleri.....	26
Tablo 6. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları	35
Tablo 7. Araştırma Takvimi.....	40
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	43
Tablo 9. Faz-3'teki Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 10. Katılımcıların Gruplarına Göre Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı.....	46
Tablo 11. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları.....	48
Tablo 12. Gruplar Arası ve Grup İçi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 13. Gruplar Arası ve Grup İçi Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 14. Eğitim ve Kontrol Grubunun Değişkenler Arasındaki İlişkisi	54

EKLER DİZİNİ

Ek-1. Etik Kurul Onay Formu	91
Ek-2. T.C. Bartın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	92
Ek-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	93
Ek-4. Clinical Trials Onayı	94
Ek-5. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (Araştırmanın Birinci Aşaması İçin).....	95
Ek-6. “Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” Taslak Formu.....	96
Ek-7. Uzman Görüşü Formu	97
Ek-8. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (Araştırmanın İkinci Aşaması İçin)	98
Ek-9. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği.....	100
Ek-10. Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	102
Ek-11. Gebelere Verilen Eğitimin Travmatik Doğum Algısına Etkisi Uzman Görüşü Formu.....	103
Ek-12. DISCERN Ölçüm Cihazı	104

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, birinci aşamada Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini geliştirmek, ikinci aşamada ise gebelere verilen eğitimin travmatik doğum algısına etkisini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmanın birinci aşaması metodolojik bir tasarım ile yürütülmüş, ikinci aşaması tanımlayıcı tipte yapılmış üçüncü aşama ise randomize kontrollü çalışma olarak planlanmıştır (NCT06637735). Çalışma Aralık 2023- Aralık 2024 tarihleri arasında gebe kadınlar ile yürütülmüştür. Birinci aşamanın ölçek geliştirme çalışmasında örneklem grubu 285 gebe, ikinci aşamada geliştirilen ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelenmesi 565 gebe, üçüncü aşamanın örneklem grubu ise eğitim grubu 32 kontrol grubu 32 gebe olmak üzere toplam 64 gebeden oluşmaktadır. Çalışmanın ikinci aşamasında eğitim grubuna online eğitim verilmiş, kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Verilerin analizi SPSS ve AMOS yazılımları kullanılarak, yüzdelik, ortalama, bağımsız t testi, bağımlı t testi, ANOVA ve Pearson korelasyon analizleri ile yapılmıştır.

BULGULAR: Geliştirilen ölçeğin 13 madde ve iki alt boyuttan (bilgiye erişim ve uygulama ve bilgi güvenilirliği ve farkındalık) oluşmaktadır. Ölçekten alınan minimum puan 13, maksimum puan ise 65'tir. Ölçeğin Cronbach alfa iç güvenilirlik katsayısı 0.933 olup, alt boyut güvenilirlikleri de 0.910-0.894 aralığında güvenilir bulundu. Eğitim grubunun Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ön test puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu; buna karşın, kontrol grubunun Travmatik Doğum Algısı Ölçeği son test ve izlem puanlarının eğitim grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir, anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

SONUÇ: Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, geçerli ve güvenilir bir araç olarak bulunmuştur. Eğitim grubu katılımcılarının grup içi travmatik doğum algısı ölçeği ön test, son test ve izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Eğitim, gebelerin travmatik doğum algısını azaltmada etkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Eğitim, E-Sağlık Okuryazarlığı, Gebelik, Gebe, Travmatik Doğum Algısı

SUMMARY

The Effect of Education Given to Pregnant Women on the Perception of Traumatic Birth

INTRODUCTION: The aim of this study was to develop the E-Health Literacy Scale in Pregnant Women in the first stage and to determine the effect of the education given to pregnant women on the perception of traumatic childbirth in the second stage.

MATERIALS AND METHODS: The first phase of the study was conducted with a methodological design, the second phase was descriptive, and the third phase was planned as a randomized controlled trial (NCT06637735). The study was conducted with pregnant women between December 2023 and December 2024. The sample group in the scale development study of the first stage consisted of 285 pregnant women, the sample group in the second stage consisted of 565 pregnant women, and the sample group in the third stage consisted of 64 pregnant women in total, including 32 pregnant women in the training group and 32 pregnant women in the control group. In the second phase of the study, online training was given to the training group, while no intervention was given to the control group. The data were analyzed using SPSS and AMOS software, using percentage, mean, independent t test, dependent t test, ANOVA and Pearson correlation analysis.

RESULTS: The developed scale consists of 13 items and two sub-dimensions (information access and application and information reliability and awareness). The minimum score obtained from the scale is 13 and the maximum score is 65. The Cronbach alpha internal reliability coefficient of the scale was 0.933 and the sub-dimension reliabilities were found to be reliable in the range of 0.910-0.894. It was determined that the pre-test scores of the Traumatic Birth Perception Scale of the training group were higher than the control group; however, the post-test and follow-up scores of the Traumatic Birth Perception Scale of the control group were higher than the training group, and a significant difference was found ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS: The E-Health Literacy Scale in Pregnant Women was found to be a valid and reliable tool. There was a statistically significant difference between the pre-test, post-test and follow-up scores of the traumatic birth perception scale of the

training group participants. The training was found to be effective in reducing pregnant women's perception of traumatic childbirth.

Keywords: Education, E-Health Literacy, Pregnancy, Pregnant, Perception of Traumatic Childbirth



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün en önemli hedeflerinden biri, kadınlar için olumlu gebelik ve doğum deneyimleri yaratacak entegre ve kaliteli bakım hizmetlerine ulaşmaktır (WHO, 2018). Gebelik, bir kadının hayatındaki en hassas dönemlerden biridir. Gebelik veya doğum sırasında meydana gelen ölümlerin çoğunu tahmin etmek mümkündür; bu nedenle gebelik sırasında ve sonrasında sağlık bakımının sağlanması, anne ve bebek sağlığını iyileştirme ve ölümleri önlemenin temel stratejilerinden biridir (Doaltabadi, et al. 2021). Ancak, doğum deneyimi sadece fiziksel sağlıkla değil, aynı zamanda kadının psikolojik durumu ile de yakından ilişkilidir. Gebelik sürecindeki psikolojik zorluklar, özellikle travmatik doğum algısı gibi olgular, kadınların doğum deneyimini olumsuz etkileyebilir (Sun ve ark., 2023).

Travmatik doğum algısı, üreme çağındaki herhangi bir kadının doğumu kendisine veya bebeğine zarar verebilecek bir olay olarak algılaması olarak tanımlanmaktadır (Türkmen ve ark., 2021; Calpbinici, 2024).

Ülkemizde doğuma hazırlık eğitimleri, uzun yıllardır çeşitli şekillerde eğitim ve uygulama süreçlerinde yer almaktadır. Doğuma hazırlık sınıflarına yönelik eğitimlerin ise ilk olarak 1990'lı yıllarda başladığı bilinmektedir. Bireysel veya grup halinde yapılabilen doğum eğitim sınıflarının kısa vadedeki hedefi gebe kadınları doğuma hazırlamakken uzun vadedeki hedefleri ise, bebek ve anne haklarını korumak ve gebelik, doğum ve doğum sonrasında kadınların yaşam tarzlarını iyileştirmektir (Krysa, et al. 2016). Eğitim ve grup etkileşimleri annelerin bilgi ve deneyimlerini paylaşmalarına ve birbirlerine destek olmalarına olanak tanır. Bu eğitim kurslarına katılmak, doğum korkusunun azaltırken, olumlu doğum algısı geliştirir ve sezaryenin olası riskleri konusunda farkındalığın oluşturur, bu da gebelik sonuçlarının iyileşmesini sağlamaktadır (Kordi, et al. 2017). Yapılan bir araştırma, bu eğitimin gebe kadınlarda doğum korkusunu önemli ölçüde azalttığını ve doğal doğum isteğini

artırdığını göstermektedir (Mousavi, et al. 2021). Lee ve Holroyd'un sonuçlarına göre doğuma hazırlık kurslarına katılan gebe kadınlar, yalnızca rutin bakım alan kadınlara kıyasla gebelik ve doğum sonrası süreçlerini daha iyi yönetebilmektedirler (Lee ve Holroyd, 2009). Yapılan çalışmalara bakıldığında çoğunlukla doğum korkusu üzerinde yapıldığı görülmüş ve travmatik doğum algısı ile yapılan bir çalışmaya henüz rastlanılmamıştır.

Yüz yüze eğitim, broşürler, klipler ve eğitim amaçlı kitle iletişim araçları gibi çeşitli sağlık eğitimi yöntemleri, gebe kadınlarda sağlıklı davranışları motive etmek için uzun süredir kullanılmaktadır. Öte yandan, kadınların gebelikle ilgili bilgi edinmek için dijital kaynakları ve interneti kullanmaya ilgisi giderek artmaktadır (Mousavi et al. 2021).

Bu tezin birinci aşamasındaki amacı gebelerde e-sağlık okuryazarlığı ölçeğini geliştirmek ikinci aşamasındaki amacı geliştirilen ölçeğin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi üçüncü aşamasındaki amacı ise gebelik döneminde verilen eğitimin travmatik doğum algısı üzerindeki etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİK

Gebelik, bir fetüsün kadının uterusunda geliştiği dönemi tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Gebelik genellikle son menstruasyon döneminden doğuma kadar geçen süre içinde yaklaşık 40 haftayı (280 gün/ 10 lunar ay) kapsamaktadır (Aydemir ve Hazar, 2014; NIH, 2024). Gebelik, literatürde genel olarak üç ana başlık altında incelenmektedir: düşük riskli, riskli ve yüksek riskli gebelikler. Düşük riskli gebelikler, herhangi bir aktif komplikasyonun olmadığı ve tüm gebeliklerin büyük bir çoğunluğunu oluşturan durumlardır (Aydemir ve Hazar, 2014; Aksoy et al., 2017). Riskli gebelikler, laboratuvar parametrelerinin normal sınırlar içinde olduğu ancak yakın takip gerektiren gebeliklerdir (Soğukpınar et al., 2018). Yüksek riskli gebelikler ise hem fetüsün hem de annenin hayatını tehdit eden ciddi komplikasyonların bulunduğu gebelikler olarak tanımlanmaktadır (Soğukpınar et al., 2018; Havutçu, 2019).

Gebelik, risk durumlarına göre sınıflandırılmasının yanı sıra, üç trimester halinde gebelik haftalarına göre de değerlendirilmektedir. Gebeliğin 1-13. haftaları birinci trimester, 14-26. haftaları ikinci trimester, 27-40. haftaları ise üçüncü trimester olarak tanımlanmaktadır. Gebelik sürecinin birinci trimesterinde, kadın bedeni yeni oluşan bir sürece uyum sağlama çabası içerisinde. İkinci trimester olan 14-26. haftalar arasında, bu uyum büyük ölçüde tamamlanmış, gebelik kadın tarafından kabul edilmiş ve içinde bulunduğu sürece alışılmıştır. Üçüncü trimester olan 27-40. haftalar arasında ise, ilerlemiş gebeliğin kadın bedeninde yarattığı fiziksel kısıtlamalar ve gelişen annelik duyguları ön plana çıkmaktadır (Yıldırım ve Şahin, 2020).

2.1.1. Gebelikte Fiziksel ve Psikososyal Değişiklikler

Gebelik, uterusu bir canlı varlığın yaşamına hazırlanma süreci olmasının yanı sıra, anne adayının belirli fiziksel, zihinsel ve sosyal değişimler geçirdiği bir dönemdir (Sabuncuoğlu ve Başgöl, 2016). Bu değişiklikler, gebeliğin ilk trimesterinde erken dönemde başlamaktadır, doğum ve doğum süreciyle zirveye ulaşmakta ve doğum sonrası 6-8 hafta içerisinde gebelik öncesi seviyelere dönmektedir (Bhatia ve Chhabra, 2018). Gebelik sürecinde, kadınların fizyolojik sistemlerinin yanı sıra, kişilerarası ilişkileri, roller ve sorumlulukları ile duygusal durumları yeniden yapılandırılır (Simó et al., 2019; Şat ve Sözbir, 2018). Bu dönemde kadın, fizyolojik değişikliklere uyum sağlamanın yanı sıra, yeni roller ve sorumluluklara sosyal çevresiyle birlikte adapte olmaya ihtiyaç duyar (Coşkun Potur et al., 2017; Baghdari et al., 2016; Simó et al., 2019). Gelişimsel bir dönem olan gebelikte, fiziksel, zihinsel ve sosyal uyumun sağlanamaması durumunda patolojik değişimlere yol açabilecek riskler ortaya çıkabilir (Rallis et al., 2014; Spyridou et al., 2015; Madhavanprabhakaran et al., 2015; Levine et al., 2016; Biaggi et al., 2016; Shapiro et al., 2017; Hasanjanzadeh ve Faramarzi, 2017; Flanigan et al., 2018). Gebelerin psikososyal sağlığındaki bozulma, doğumun travmatik algılanmasına yol açabileceği gibi, travmatik doğum algısı da gebelerin psikososyal sağlığını olumsuz etkileyebilir (Yazıcı Topçu ve Aktaş, 2024). Antenatal takipler sırasında, sağlığı tehdit eden risklerin taranması ile gebelere gerekli bakımın zamanında sağlanması mümkündür. Fiziksel risk faktörlerinin yanı sıra, gebelerin sağlığı üzerinde önemli etkileri olabilecek psikososyal risk faktörleri de antenatal takiplerde değerlendirmeye dahil edilmelidir (Midmer et al., 2004; Harrison ve Sidebottom, 2008; van Heyningen et al., 2016).

Birçok faktörden etkilenen psikososyal riskler, gebelik ve doğum sırasında homeostazi doğrudan veya dolaylı olarak değiştirme potansiyeline sahiptir (van Heyningen et al., 2016; Coussons-Read et al., 2007). Gebelikte psikososyal riskler, özel yaşam, aile yapısı ve iş durumu gibi alanlarda ortaya çıkan psikolojik veya sosyal ihtiyaçlar ya da zorluklar olarak tanımlanmaktadır (Gunn et al., 2006; Glazier et al., 2004). Bu alanlarla ilgili olarak gebe kadınların duygu ve düşünceleri, bu ihtiyaçların ve zorlukların ortaya konulmasında ve psikososyal risklerin belirlenmesinde öne çıkmaktadır (Bayrampour et al., 2018; Arslan et al., 2019; Soltani et al., 2017; Furtado

et al., 2018). Halk sağlığını koruma ve sürdürmede önem taşıyan takip ve bakım, fiziksel ve psikososyal değerlendirme ile bütüncül bakım içermelidir (Mathibe-Neke ve Masitenyane, 2018). Ancak, antenatal takiplerde psikososyal değerlendirme ve bakım sıklıkla ihmal edilebilmektedir. Araştırmalar, sağlık profesyonellerinin tutumlarının, gebelerin duygusal ihtiyaçları için yardım alma istekliliğini etkilediğini göstermektedir (Nagle ve Farrelly, 2018). Benzer şekilde, Seefat-van Teeffelen et al. (2011), gebelerin fizyolojik ve psikolojik değişimler için profesyonel bilgi ve duygusal destek arayışında olduklarını, aynı zamanda profesyonel olmayan destekten de faydalandıklarını bulmuşlardır. Ayrıca, Rollans et al. (2013), ebelerin psikososyal değerlendirmeyi etkili bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için eğitim ve desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermiştir (Rollans et al., 2013).

Ebeler ve hemşireler, antenatal bakımın eksik kalan bir yönü olan psikososyal değerlendirme ve bakım konusunda farkındalık kazanmalıdır (Mathibe-Neke ve Masitenyane, 2018). Gebelik gibi benzersiz ve özel bir deneyime dair, sosyal ve kültürel faktörlerle şekillenen her kadının duygu ve düşünceleri, psikososyal risklerin değerlendirilmesi ve bütüncül bakım sağlanması için ebeler ve hemşireler için yol gösterici olabilir.

2.1.2. Gebelik ve Psikososyal Sağlık

Gebelik, kadınların yaşamında fizyolojik ve psikolojik değişimlerin meydana geldiği doğal bir süreçtir (Arslan ve ark., 2019). Psikolojik ve sosyal değişimler yaşayan bir kadının, bu dönemde beklenen davranışsal ve psikolojik değişimleri aşabilmesi ve çevresiyle kurduğu dengeyi sürdürebilmesi için psikososyal açıdan sağlıklı olması gerekmektedir (Woods et al., 2010; Yalnız Dilcen et al., 2021). Gebelik sürecinde sosyal destek düzeyi, kadınların psikososyal iyi oluşunu belirleyen en önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir (Maharlouei, 2016). Gebelikte sosyal destek, kadınların gebelik sürecine psikolojik uyum sağlamasını ve psikolojik sağlıklarını korumasını kolaylaştırmaktadır (Değirmenci ve Vefikuluçay, 2020). Sosyal destek sistemlerinin, psikolojik sorunların çözümünü kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı bir rol oynadığı ifade edilmektedir (Dennis et al., 2007). Gebelik süresince eşlerinin, ailelerinin ve hatta sosyal ağların duygusal desteğinden faydalanan

kadınlarda, perinatal komplikasyonların gelişme olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur (Mirabzadeh et al., 2013). Bununla birlikte, gebelikte sosyal desteğin yetersizliği annenin, fetüsün ve yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Ma et al., 2015). Gebelikte yetersiz psikososyal ve duygusal destek, gebelik ve postpartum dönemlerde depresyon riskini artırabilmektedir (Erdemoğlu et al., 2018). Zayıf sosyal destek ile yenidoğanlarda oral yarık görülmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Ma et al., 2015). Gebelikte sosyal desteğin yetersizliği, kortizol salgısının artmasına yol açmakta ve fetüs kortizolün zararlı etkilerine maruz kalmaktadır (Giesbrecht et al., 2013). Bu bağlamda, Cunen ve arkadaşları (2014), sosyal destek ağına sahip kadınların daha az travmatik doğum deneyimi yaşadığını bildirmiştir (Cunen et al., 2014). Doğumdan sonraki 4–6 hafta içinde her üç kadından birinin travma semptomları yaşamaya devam ettiği ve dünya genelinde kadınların %9–44’ünün travmatik doğum deneyimleri bildirdiği rapor edilmiştir. Bu durum, maternal ruh sağlığı, anne-çocuk bağlanması ve bebek ile çocuk gelişimi üzerindeki olumsuz sonuçlar göz önüne alındığında, sosyal desteğin önemini vurgulamaktadır (Hollander et al., 2017; Erdemoğlu et al., 2018).

Gebelik süresince fizyolojik tepkilerin yanı sıra psikososyal iyi oluş ve sosyal destek algılarının, travmatik doğum algıları üzerindeki etkisi tanınmalıdır. Bu farkındalık, travmatik doğumun anne ve çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz sonuçlarını azaltmak ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerini geliştirmek açısından önemlidir. Gebe kadınların psikososyal sağlık ve sosyal destek durumlarının, risk faktörlerinin sorgulanması, sorunların tanılanması, ihtiyaçlara göre bütüncül bir yaklaşımla bakım ve destek sağlanması amacıyla etkin bir şekilde değerlendirilmesi gereklidir. Ebe, gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte gebelere en yakın sağlık çalışanıdır. Bu nedenle, ebelerin bu dönemlerde kadınların fizyolojik ve psikososyal sağlık gereksinimlerini göz önünde bulundurması gerekmektedir (Karaahmetoğlu ve Durmuş, 2024).

2.2. TRAVMATİK DOĞUM ALGISI

Doğum süreci, fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı bir yaşam deneyimidir (Yılmaz, 2017). Doğum, birçok kültürde olumlu bir olay olarak kabul edilmektedir

(Garthus-Niegel et al., 2020). Ancak bazı toplumlarda, doğumun öngörülemez doğası ve ağrısı nedeniyle stresli bir yaşam olayı olarak görüldüğü bilinmektedir (Kranenburg et al., 2023). Bu deneyimin olumlu veya olumsuz algılanması; anne ve aileye özgü bireysel, sosyal ve kültürel nedenler, doğuma yardımcı olan sağlık personelinin tutum ve davranışları, doğum sırasında yapılan müdahaleler (Sydsjö et al., 2013; İşbir, 2014; Stankovic, 2017), doğum şekli, doğum yapılan birimin veya yerin olanakları (ev, hastane gibi), önceki doğum deneyimi, doğum hikayeleri ve mevcut gebeliğin düşük veya yüksek riskli grupta olup olmamasına bağlı olarak değişebilir (Oweis, 2009; Garthus-Niege et al., 2013; Anderson, 2017). Bu nedenle, doğum algısının oldukça öznel olduğu söylenebilir. Doğum obstetrik olarak fizyolojik görünebilirken, kadınlar tarafından travmatik olarak algılanabilir (Nagle et al., 2022). Beck (2004), travmatik doğumu, kadın tarafından öznel olarak algılanan veya değerlendirilen olumsuz bir perinatal deneyim olarak tanımlamaktadır. Travmatik Doğum Algısı kavramı, bir kadının doğumu, doğumun herhangi bir aşamasında kendisi veya doğmamış çocuğu için zarar verme riski taşıdığına inanması olarak tanımlanmaktadır (Türkmen et al., 2021).

Psikolojik doğum travması olarak da adlandırılan travmatik doğum algısı, kadının doğurganlık sürecinin herhangi bir aşamasında doğum eylemini kendine veya bebeğe zarar verecek bir olay olarak algılaması olarak tanımlanmaktadır (Zauderer, 2014; Beck, 2016; Yalnız et al., 2016; Türkmen et al., 2021). Doğuma ilişkin algılar kadınların travmatik doğum deneyimlerinden, kişilik özelliklerinden, duygularından, toplumsal doğuma bakış açılarından ve kültürel değerlerinden etkilenebilmektedir (Ford ve Ayers, 2009). Doğum eylemi her ne kadar doğal bir süreç olsa da travmatik doğum algısına sahip kadınlar, doğum anını çaresiz, dehşet verici ve alışılmamışlığı nedeniyle kendilerini kapana kısılmış gibi hissetmek olarak tanımlamaktadırlar. Ayrıca Aktaş ve arkadaşları (2015), annelerin doğumu travmatik olarak algılamalarının nedenini, kendilerini doğum sırasında “kurban edilecek bir koyun” ve “cehennem ateşinde yanmak” şeklinde betimlemeleriyle açıkladıklarını belirtmiştir (Aktaş et al., 2015). Bu kadınlar aynı zamanda rahatsızlık veya kontrol kaybı da yaşamaktadır (Zauderer, 2014; Junge et al., 2018; Elmir et al., 2010; Klein et al., 2014). Travmatik doğum algısı ve şiddetli doğum korkusu olan kadınlar vajinal doğumdan

kaçınabilmektedir. Sonuç olarak, travmatik doğum algısında doğum artık doğal bir süreç değil, tıbbi bir işlem olarak görülmektedir (Karakuş ve Şahin,2011; Junge et al., 2018).

Travmatik doğum algısının bildirilen risk faktörleri arasında nullipar olmak, çok sayıda obstetrik müdahale geçirmek, şiddetli doğum korkusu, düşük prenatal bağlanma, doğumla ilgili olumsuz duygular, doğumdan memnun olmama, karar verme süreçlerine düşük katılım, uzun doğum süreleri, duygusal destek eksikliği, kontrol kaybı ve psikiyatrik danışmanlık öyküsü yer almaktadır (Hollander et al., 2017; Ayers, 2014; Smorti et al., 2020; Junge et al., 2018). Sağlık anksiyetesi, fiziksel bir hastalık olmamasına rağmen normal bedensel hislerin tehlikeli olarak yanlış yorumlanmasıdır (Aydemir et al., 2013). Gebe kadınların gebelik öncesi hislerini olumsuz semptomlar olarak aşırı yanlış yorumlamaları ve doğumdan korkmaları, yani yüksek sağlık kaygısı, doğumun travmatik algılanmasına yol açabilir (Abdollahpour et al., 2018; Smorti et al., 2020; Hollander et al., 2017).

2.2.1. Travmatik Doğum Algısının Prevalansı

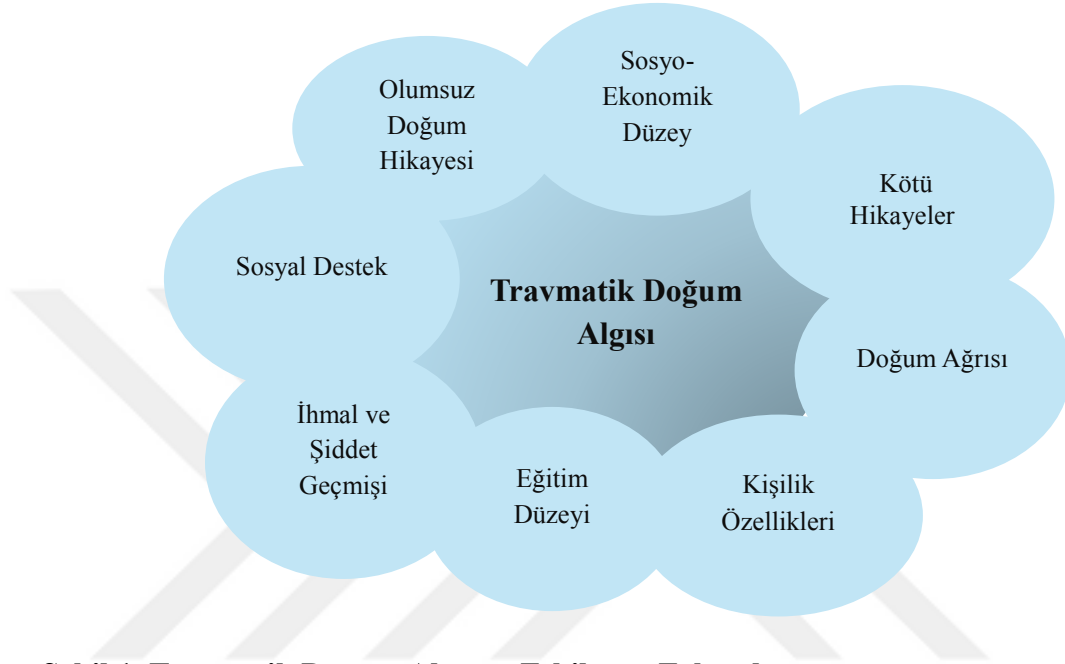
Düşük gelirli ülkelerde travmatik doğum prevalans oranlarının %50'nin üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (Modarres et al., 2022). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2014), saygılı doğum bakımının kadınlara mahremiyet ve haysiyet, zorlama olmaksızın bilgilendirilmiş rıza ve seçim hakkı tanıdığını kabul etmiştir. Bunlar, saygılı annelik bakımının temel ilkeleridir. Mahremiyete özen gösterilmeyen doğum bakımıyla karşılaşmak küresel bir deneyim olarak tanımlanmıştır (Koblinsky et al., 2016; Downe et al., 2018; Sando et al., 2016) ve kadınların mahremiyete özen gösterilmeyen doğum bakımı aldıklarında travmatik bir doğum yaşama olasılıkları daha yüksektir (Morton ve Simkin, 2019). Travmatik doğum algısı, yalnızca doğum deneyimi yaşayan bireylerde değil, çocukluk ve ergenlik gibi yaşamın farklı dönemlerinde de ortaya çıkabilir (Aktaş, 2018; Modarres et al., 2012; Gökçe İşbir et al., 2016). Yaşam dönemleri ve cinsiyete göre detaylı olarak değerlendirildiğinde, travmatik doğum algısının en sık üreme çağındaki kadınlarda görüldüğü gözlemlenmektedir (Garthus-Niegel et al., 2013; İşbir et al., 2016). Travmatik doğum oranı bu dönemde %4 ile %18 arasında değişmektedir (İnci, 2014; İşbir et al., 2016;

Anderson, 2017). Araştırmalar, travmatik doğum algısının ülkeler arasında geniş bir varyasyon gösterdiğini ve %5 ile %68,6 arasında değiştiğini ortaya koymaktadır (De Graaff et al., 2018; Waldenström et al. 2013; Dahlen et al., 2010; Türkmen et al., 2020; Körfez ve Sayiner, 2021). Doğumların yaklaşık üçte birinin psikolojik olarak travmatik deneyimlendiğini bildirilmektedir (Alcorn et al., 2010). Özellikle komplikasyonların meydana geldiği, bebeğin hayatını kaybettiği, yeterli desteğin sağlanmadığı ve/veya kesişimsel ayrımcılık biçimlerinin bir araya geldiği durumlarda bu travma daha belirgin hale gelmektedir. Bu kesişimsel ayrımcılık biçimleri arasında yaş, ırk, toplumsal cinsiyet kimliği, sınıf, kilo, kronik hastalık ve engellilik gibi faktörler yer almaktadır.

2.2.2. Travmatik Doğum Algısını Etkileyen Faktörler

Doğumu travmatik olarak algılama nedenlerini birçok faktör oluşturmasına rağmen, kadının bireysel ve sosyokültürel özellikleri doğumun travmatik algısında son derece önemlidir. Anne, fetüs ve yenidoğanın iyiliğini korumak için travmatik doğuma neden olan faktörleri belirlemek ve bu sorunları çözmek son derece önemlidir. Ayrıca, bir kadının travmatik doğum algı puanı yüksek bulunduğunda bu durum göz ardı edilmeden gerekli uzman desteği sağlanmalıdır. Travmatik doğum algısı değerlendirilmez ve tedavi edilmezse, bu durum kadının zihinsel ve fiziksel sağlığını olumsuz etkileyerek anne ve yenidoğanın sağlığını riske atabilir (Garthus-Niegel et al., 2013). Ülkemizde, gebelerin doğum hakkında bilgi eksikliği ve bu konuda yetersiz sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin varlığı, travmatik doğumların artmasının nedenleri olarak bilinmektedir (Yıldırım ve Bilgin, 2020). alışmalar, travmatik doğum algısının kadının bireysel özellikleri, geçmiş doğum deneyimi ve toplumun doğuma atfettiği anlamlar gibi çeşitli faktörlere dayalı olarak oluştuğunu önermektedir (Aktaş, 2018; Türkmen et al., 2021; Bay ve Sayiner, 2021; Müslüman ve Ejder Apay, 2022). Özellikle, kadınların daha önce yaşadığı travmatik doğum deneyimlerinin, doğum algısının oluşumunda önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Sun et al., 2023). Simkin'in (1992) alışmasında, doğumdan yirmi yıl sonra bile kadınların sağlık profesyonellerinin olumsuz iletişimlerini hatırlayabildikleri gösterilmiştir (Simkin, 1992). Doğumda travmatik etki yaratan yetersiz iletişim, kadınların sezaryen doğumu tercih etme olasılığını da artırmaktadır (Tan et al., 2013;

Atan et al., 2013; Stankovic, 2017). Sydsjö ve arkadaşları (2013), daha önce travmatik gebelik deneyimi yaşayan kadınlarda sezaryen doğum oranının 5,2 kat arttığını öne sürmüştür (Sydsjö et al., 2013). Tıbbi gereklilik dışında gerçekleştirilen sezaryen doğum, anne ve yenidoğan için riskler taşımaktadır (Molina et al., 2015).



Şekil 1. Travmatik Doğum Algısını Etkileyen Faktörler

2.2.3. Travmatik Doğum Algısının Anne ve Bebek Sağlığına Etkileri

Travmatik doğum, kadının fiziksel ve duygusal sağlığı, bebeği ve ailesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir (Elmir et al., 2010). Doğumla ilişkili travmalar ele alındığında genellikle fiziksel travmalar öncelikli olarak akla gelmekte, psikolojik etkiler ise sıklıkla göz ardı edilmektedir. Ancak son çalışmalarda bu kavramsal karışıklık dikkat çekilmiş ve doğum travmalarının psikolojik etkilerine daha fazla vurgu yapılmıştır (Sun et al., 2023). Sun et al. tarafından 2023 yılında yapılan bir meta-sentez çalışmasında, psikolojik doğum travması tanımı yapılmıştır. Bu tanıma göre, psikolojik doğum travması, doğrudan ya da dolaylı olarak doğumla ilgili olayların kadınlarda yarattığı, doğum sürecinde başlayıp doğum sonrası döneme kadar devam eden, iç içe geçmiş acı verici duygusal deneyimler olarak kendini gösteren öznel bir duygudur.

Travmaya dolaylı maruz kalma, Amerikan Psikoloji Derneği (APA) tarafından *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı* 'nda (DSM-5) tanımlandığı üzere (APA, 2013; Yonkers et al., 2014; Shaw et al., 2014) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) dahil olmak üzere bir dizi olumsuz psikolojik tepki ile ilişkilendirilmiştir. Perinatal dönemde yaşanan travmatik olaylar, sıkıntı, istenmeyen anılar, korku, suçluluk ve hatta utanç duyguları ile karakterizedir (APA, 2013; Yonkers et al., 2014; Shaw et al., 2014). Doğum travması, zihinsel sağlık (Türkmen et al., 2021), anne-bebek etkileşimi (Beck ve Watson, 2019), emzirme davranışı (Türkmen et al., 2020) ve gelecekteki üreme kararları üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bahsedilen bu tüm olumsuz etkiler, kadınların yaşadığı travmatik doğumlar sonrasında olduğu gibi, doğuma ilişkin olumsuz algılara sahip olmaları durumunda da ortaya çıkabilir (Morton ve Simkin, 2019). Doğuma ilişkin olumsuz bir algı, kadınların depresyon ve anksiyete yaşamasına neden olabilir ve psikolojik sağlıklarını olumsuz etkileyebilir (Hollander et al., 2017; Yalnız Dilcen et al., 2021). Travmatik doğum algısının olumsuz sonuçlarını, örneğin vajinal doğum korkusu, olumsuz doğum deneyimleri, doğum travması, doğum sonrası depresyon ve cerrahi doğumun ulusal ekonomi üzerindeki yükünü en aza indirmek amacıyla, müdahalelerin gebelik döneminde başlatılmasının büyük bir öneme sahip olduğu belirtilmektedir (Barut ve Uçar, 2023). Gebelerin doğum hakkındaki algılarının önceden belirlenmesi, potansiyel risklerin önlenmesine ve anne-bebek sağlığının iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır. Travmatik doğum algısını anlamak için bir kadının doğum deneyimi algısını etkileyen faktörlerin ele alınması kritik öneme sahiptir (Bay ve Sayiner, 2021). Travmatik doğuma ilişkin risk faktörlerinin net bir şekilde ortaya konulması, doğum travması yaşayan kadınların doğru bir şekilde tanımlanmasını, değerlendirilmesini ve takip edilmesini destekleyecektir. Doğum sırasında şiddetli ağrı yaşayan bir kadın, doğumunu travmatik olarak algılayabilir ve bir sonraki doğumunda elektif sezaryen tercih edebilir (Beck ve Watson, 2010; Taghizadeh et al., 2013; Mucuk ve Özkan, 2022). Kadınların sezaryen doğum istemelerinin başlıca nedenleri doğum korkusu, olumsuz doğum deneyimi ve doğum hikayeleridir (Molina et al., 2015). Diğer kadınların doğum deneyimleri de doğum algısı ve doğum şekli tercihi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Atan et al., 2013). Travmatik bir doğum deneyiminin psikolojik etkileri nedeniyle bazı kadınların bir sonraki gebelik için uzun bir ara vermek istediği, hatta tekrar çocuk sahibi olmak

istememediği de bilinmektedir. Ayrıca, annenin yaşadığı bu travmatik durum yalnızca anneyi değil, çocuğu, babayı, aileyi ve hatta toplumu da etkilemektedir (Taghizadeh et al., 2013). Ebeler, doğum sürecinde kadının doğum deneyimini olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek faktörleri belirleyebilmeli ve bakım buna uygun şekilde planlanmalıdır.

2.2.4. Travmatik Doğum Algısını Önlemede Ebenin Sorumlulukları

Ebenin temel sorumluluklarından bazıları, doğumun doğal fizyolojisini desteklemek, nitelikli ebelik bakımı sağlamak, kadınların olumlu doğum deneyimleri yaşamasını sağlamak ve toplumda vajinal doğuma yönelik eğilimi artırmaktır. Başka bir deyişle, tıbbi gereklilik dışında sezaryen doğumları önlemektir (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; Attarha, Keshavarz, Bakhtiari ve Jamilian, 2016). Sezaryen doğum, makrozomik fetüs, pelvis darlığı gibi belirli tıbbi endikasyonlar olduğunda hayat kurtarıcı olsa da rutin bir doğum yöntemi olarak uygulandığında anne, yenidoğan ve toplum sağlığını tehdit eder. Sezaryen doğumda anne hastalık ve ölüm oranları, vajinal doğuma kıyasla 2 ila 7 kat daha fazladır (Molina et al., 2015). Bu nedenlerle, ebelerin sezaryen doğumları önlemesi büyük önem taşımaktadır. Olumsuz doğum deneyimi olan anneleri ebe ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından yakından takip edilmeli ve travma sonrası stres ve doğum sonrası dönemde depresyon gibi zihinsel sağlık sorunları nedeniyle gerekirse tıbbi tedavi sağlanmalıdır.

Ebeler, doğum sırasında iletişimi geliştirerek, duygusal destek sağlayarak ve kadınların seçimlerine saygı göstererek travmatik algıların oluşmasını önlemede kritik roller oynar (Hollander et al., 2017). Doğum deneyimlerini iyileştirmek için ebeler; iletişimi geliştirmeye, duygusal destek sunmaya ve gebe kadınlara yönelik rutin psikososyal değerlendirmeler ile sosyal destek taramaları yapmaya odaklanmalıdır (Yalnız Dilcen et al., 2020; Hollander et al., 2017).

Kadın doğum kliniklerinde ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebeler, doğum travması ile ilişkili risk faktörlerini bilmeli, doğum öncesi ve doğum sonrası takiplerde risk altındaki kadınları belirleyebilmeli ve gerekli yaklaşımları erken dönemde uygulayabilmelidir. Kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası sürece uyumunu

kolaylaştırmak için risk faktörleri, gebelik öncesi veya gebelik danışmanlık hizmetinde araştırılmalıdır.

Kadınların travmatik doğum öykülerini anlatması her zaman kolay olmayabilir. Bu nedenle ebeler, kadınları cesaretlendirmeli ve onları dinlerken açık uçlu sorular sormalıdır. Ebeler, travmatik doğum yaşamış kadınlara bireyselleştirilmiş bakım sunarak kadınların ve çocukların sağlığını koruyabilir ve iyileştirebilir, ayrıca travmatik doğumun olumsuz etkilerinden kurtulmalarını sağlayabilir.

Ebeler, kadınların travmatik doğum algısını iyileştirerek bu algının yerini olumlu doğum deneyimlerine bırakmasında önemli görevler üstlenmektedir. Bu doğrultuda; kadın doğum kliniklerinde ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebeler, kadınların travmatik doğum algılarını bu konu üzerine geliştirilmiş ölçekler kullanarak değerlendirebilirler.

- Ebeler, doğum sırasında kadında travmaya neden olan faktörlerin belirlenmesi dahil kapsamlı taramalar yapabilir ve gerekli önlemleri alabilirler.
- Günümüzde artan sezaryen oranları, travmatik doğum deneyimlerindeki artışla ilişkilendirilebilir. Bu nedenle, travmatik doğumların belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınmasıyla, vajinal doğumların korku ve kaygıdan uzak, doğal seyrinde gerçekleşmesi daha mümkün hale gelebilir (Edis ve ark., 2023).

2.3. GEBELERDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Gebelik, gebe kadın için olduğu kadar eşi, ailesi ve arkadaşları için de çeşitli fiziksel ve psikolojik değişimlerin yaşandığı zorlu bir süreçtir. Gebe kadınlar, bu problemlerle başa çıkmak ve gebelik sürecini sorunsuz bir şekilde atlatmak amacıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarına, ebelere, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına başvurmaktadır. Teknolojinin ve internetin gelişmesiyle birlikte, kadınlar artık sıklıkla gebelik hakkında bilgi edinmek için çevrimiçi kaynaklara yönelmektedir (Bjelke et al., 2016; Baker ve Yang, 2018; Ghiasi, 2021). Gebe kadınlar genellikle internet üzerinden gebelik süresince meydana gelen fizyolojik değişiklikler, doğum süreci, fetal gelişim,

yenidoğan bakımı, emzirme ve doğum şekli konularında bilgi arayışında bulunmaktadır (Serçekuş et al., 2021; Zhu et al., 2023). Gebelik ve gebelik süreci hakkında bilgi sağlayan internet sitelerini inceleyen bir çalışmada, bu sitelerin %87'sinin tıbbi eğitim almamış bireyler tarafından yönetildiği belirlenmiştir. Ayrıca, bu kaynakların %80'inin gebelik süreciyle ilgili en az bir eksik veya hatalı bilgi içerdiği tespit edilmiştir (Bryant et al., 2014). Günümüzde sağlıkla ilgili bilgi edinme konusunda internet, hemen her konuda olduğu gibi önemli bir rol üstlenmiştir. Bu durum, bir sağlık okuryazarlığı türü olarak e-sağlık okuryazarlığını önemli bir kavram haline getirmiştir. Sağlık okuryazarlığı kavramı, bireylerin sağlık hakkında doğru kararlar alabilmek için ihtiyaç duydukları temel sağlık bilgilerine ve hizmetlerine erişme, bu bilgileri anlama ve kullanma becerilerini içermektedir (Dadipoor et al., 2017). Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık okuryazarlığı, “bireylerin iyi sağlık düzeyini sürdürmek ve geliştirmek amacıyla bilgiye erişimini, bilgiyi anlama ve kullanma yetilerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlanmıştır (WHO, 2024). Bireylerin sağlık düzeyi, düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir; bu durum sağlık hizmetlerinin kullanımını olumsuz yönde etkilerken, hastalık yükünü ve sağlık hizmetleri maliyetlerini artırmaktadır. Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı, üreme sağlığı bilgilerini artırarak olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine yardımcı olmaktadır (Yeşilçınar et al., 2021). Sağlık okuryazarlığı hem gebe kadının sağlığı hem de fetüs sağlığı hakkında doğru kararlar vermede etkilidir ve gebelerin gebelikle ilgili sağlık bilgilerini algılamaları, bu bilgilere erişimleri ve deneyimlemeleri önemlidir (Agbadjé et al., 2028; Gökoğlu, 2021). Bu önemli etkilerine rağmen, gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Bazı yüksek gelirli ülkelerde bile sağlık okuryazarlığının sınırlı olduğu ve sosyoekonomik durumun önemli bir belirleyici olduğu ortaya konmuştur (Dadipoor et al., 2017; Nawabi et al., 2021).

Gebelik sırasında, birçok kadın yeni bilgileri edinme veya verilen önerileri uygulama konusunda çeşitli zorluklar yaşamaktadır (Solhi et al., 2019). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip gebelerin doğum öncesi taramalara uyumunun daha düşük olduğu ve doğum öncesi taramaları algılamada yetersiz oldukları bilinmektedir (Nawabi et al., 2021). İspanya'da yapılan bir çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığı ile

gebelik sırasında tütün kullanımı arasında bir ilişki bulunmuştur (Vila-Candel et al., 2020). Ancak, sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması, kadınların gebelikte risk faktörlerinin farkında olmasına, yeterli doğum öncesi bakım ve öz bakım almasına ve sağlık profesyonellerinin önerilerine uymasına yardımcı olmaktadır.

Ayrıca, sağlık okuryazarlığının annelerin doğum öncesi dönemde özgüvenlerini artırmalarına, doğum şekline karar vermelerine, demir ve folik asit kullanmalarına, gebelikte kilo alımı gibi konuların farkında olmalarına ve doğum sonrası emzirme dönemini sağlıklı bir şekilde geçirmelerine olanak sağladığı belirtilmiştir (Gökoğlu, 2021).

E-Sağlık Okuryazarlığı ise geleneksel sağlık okuryazarlığının dijital ortamda uygulanabilir bir uzantısıdır. E-Sağlık Okuryazarlığı, elektronik kaynaklardan sağlık bilgisi bulma ve arama, bu bilgiyi değerlendirme, anlama ve bir sağlık sorununu çözmek için uygulama yetisi olarak tanımlanmaktadır. Diğer okuryazarlık türlerinden farkı, e-sağlık okuryazarlığının farklı okuryazarlık becerilerinin çeşitli yönlerini bir araya getirmesidir. Bu okuryazarlık türü, Norman ve Skinner (2006) tarafından tanımlanan altı temel beceriye dayanmaktadır: geleneksel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığı. Gebe bir kadının, sağlık profesyonelleriyle olan temasları ve iletişimleri sırasında aldığı bilgileri anlamak, yönetmek ve eleştirel bir şekilde değerlendirmek için önemli bir beceri setine ve öz bakım düzeyine ihtiyaç duyması gerekmektedir (Meldgaard ve ark., 2022). E-sağlık okuryazarlığı, gebelik sürecinde sağlık profesyonelleri ile gebe kadınlar arasındaki yakın iş birliğinin öneminden dolayı kritik bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Bo et al., 2014; Friis et al., 2016). Başarılı ve güçlendirilmiş bir gebelik, yeterli düzeyde bir e-sağlık okuryazarlığı gerektirir. Düşük e-sağlık okuryazarlığı düzeyi, gestasyonel diyabet, maternal stres ve depresyon, düşük doğum ağırlığı, doğumun travmatik olarak algılanması, ölü doğum ve konjenital malformasyonlar gibi gebelik ve doğum sırasında yaşanabilecek komplikasyon risklerini artırarak hem kadın hem de çocuğu için ciddi sonuçlara yol açabilir (Shieh et al., 2009; Lupattelli et al., 2014; Berkman et al., 2011; Smedberg et al., 2014; Bo et al., 2014; Sørensen et al., 2015; Friis et al., 2016; Yazıcı Topçu ve Aktaş, 2021). Buna

ek olarak, düşük e-sağlık okuryazarlığı; düşük öz yeterlik, eğitim düzeyi, istihdam durumu, yaş ve etnik köken gibi faktörlerle ilişkilidir (Kilfoyle et al., 2016; Nawabi et al., 2021).

Sağlık profesyonelleri, gebelerin yeterli doğum öncesi bakım alabilmeleri, anne ve bebek sağlığı açısından riskli durumları erken dönemde tespit edebilmeleri ve olası anne-fetal risklerini kontrol altına almaları için gebeliğe özgü e-sağlık okuryazarlığını geliştirmede önemli roller ve işlevler üstlenmektedir. Ancak, bu alandaki literatürde eksiklikler ve ölçme araçlarındaki boşluklar, gebelerin e-sağlık okuryazarlığını anlamak ve geliştirmek için engel oluşturabilir. Gebelerde e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili alandaki boşluk olduğu dikkat çekmektedir. Bu tezin birinci aşamasında gebelerde e-sağlık okuryazarlığının özelliklerini belirlemeye yönelik ölçek geliştirmek ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla literatür taraması yapılarak ölçeğin teorik önemi oluşturulmaya çalışılmıştır. E-sağlık okuryazarlığı özelliklerini ölçmek amacıyla, Türkiye'de ve uluslararası alanda geliştirilen ölçekler, bu ölçeklerin kuramsal temelleri ve konuyla ilgili sistematik derlemeler incelenmiştir. Yapılan bir araştırmada Norman ve Skinner tarafından geliştirilen ölçek kullanılmış, çalışmanın bulgularında ise “e-sağlık okuryazarlığı ölçeği” ile “gebelikte sağlıklı yaşam davranışları ölçeği ve alt boyutları”na ait puanlar arasındaki korelasyon değerleri incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda, toplam puanlar ve alt boyutlar arasında çok zayıf ve zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Baltacı ve ark., 2023). Oluşan bu durumun kullanılan ölçeğin gebeliğe özgü olmaması nedeniyle zayıf ilişki çıkabileceğini düşündürmektedir. E-sağlık okuryazarlığı özelliklerini ölçmek için birtakım geliştirilen ölçekler Tablo 1’de gebelerde e-sağlık okuryazarlığı taslak ölçeği ile diğer e-sağlık okuryazarlığı ölçekleri arasındaki farkı özetlenmiştir (Tamer Gencer, 2017; Deniz, 2020; Uskun et al., 2022; Şenyurt, 2022).

Aynı zamanda gebelere özgü geliştirilmiş olan e-sağlık okuryazarlığı ölçeği, gebelerin dijital sağlık araçları ve kaynakları anlama ve kullanma becerilerini değerlendirmektedir. Bu ölçek aracılığıyla elde edilen veriler, gebelerin e-sağlık konularında bilinçlenmesine katkı sağlamasını düşündürmektedir. E-sağlık okuryazarlığı ölçeği, bireylerin sağlık bilgilerine ulaşma ve bu bilgileri değerlendirme

yeteneklerini ölçer. Anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilecek uygulamaların önlenmesi için kadınların e-sağlık okuryazarlığının artırılması büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda çalışmada ilk olarak gebelere özgü e-sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirilmesi hedeflenmiştir.

Tablo 1. Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı ile Diğer E- Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Arasındaki Fark

Yazarı ve Yılı	Ölçeğin Adı	Örnekleme	Gebelikte E-Sağlık Okuryazarlığı ölçekleri ile arasındaki fark
Tamer Gencer, 2017	Norman ve Skinner'ın E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Kültürel Uyarlaması için Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması	Edebiyat Fakültesi İngiliz Dili ve Edebiyatı Bölümündeki 80 öğrenciye uygulanmıştır.	Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği öğrenciler üzerinden kanıtlanmıştır. Gebelik kadın hayatının en önemli evrelerinden biridir. Gebeler, gebelikleri sırasında sağlık hizmetleri, gebelik takibi, doğum ve bebek bakımı gibi özel konularda bilgi ararlar. Dolayısıyla, ölçek, bu konularda bilgiye erişim ve bu bilgileri değerlendirme yeteneklerini ölçmelidir.
Deniz, 2020	Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi	Araştırma evrenini, İstanbul'da oturan ve 18 yaşını doldurmuş bireyler oluşturmuştur. Araştırma evrenini temsil edebilecek örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında 384 kişi olarak belirlenmiş olup; örnekleme yöntemi olarak kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında 438 anket formu toplanmış; ancak geçerli olan 394 anket formu değerlendirilmeye alınmıştır.	Çalışma 18 yaşını doldurmuş bireyler ile yapılmıştır. Geliştirilecek olan bu ölçek 18-49 doğurganlık yaşları arasında gebe olan tüm kadınlara uygulanabilmektedir.
Uskun et al., 2022	E-Sağlık okuryazarlığı ölçeği: 45 yaş üstü yetişkinlerde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması	Veriler 45 yaş üstü 400 kişiye uygulanmıştır.	Geçerlik ve güvenilirlik çalışması 45 yaş üstü yetişkinler üzerinde yapılmış bir e-sağlık okuryazarlığı ölçeği, bu yaş grubundaki bireylerin özel ihtiyaçlarına ve deneyimlerine odaklanarak tasarlanmıştır. Ölçeğin, gebelik süreciyle ilgili konuları (örneğin, gebelik takibi, doğum, emzirme) yeterince ölçmesi önemlidir. Bu kapsamda bu ölçek maddeleri gebeliğe ait özelliklerin e-sağlık okuryazarlığı açısından belirleyememektedir. Gebelerin genellikle sağlık bilgilerine erişimde özel alışkanlıkları olabilir. Ölçek, gebelerin çevrimiçi sağlık kaynaklarını nasıl değerlendirdiğini ve kullanma becerilerini ölçmelidir.
Şenyurt, 2022	E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması	Çalışmanın örneklemini 2020-2021 Bahar yarıyılında Bursa Uludağ Üniversitesinde öğrenim gören 456 öğrenci oluşturmuştur.	Yapılan bu çalışmada da öğrenci örnekleminin gebeleri temsil etmediğini ve bu nedenle öğrenciler üzerinde yapılan bir e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin doğrudan gebelere genellenmesinin uygun olmadığını belirtmek oldukça önemlidir. Gebelerin e-sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için ölçeği bu özel popülasyona uygun hale getirilmesi son derece önemlidir. Bu, gebelikle ilgili konulara odaklanan özel sorular eklemeyi, gebelik döneminin özel ihtiyaçlarını yansıtan içerikleri içermeyi ve bu popülasyonun sağlık bilgi arama alışkanlıklarını dikkate almayı içerir.

2.4. GEBELİKTE EĞİTİM VE BİLGİLENDİRMENİN ÖNEMİ

Gebelikte eğitim, anne adaylarına yardımcı olma konusunda önemli bir role sahiptir. Anne adayları, doğum ve doğum sırasında karar verebilmek, doğum sırasında kullanılacak becerileri geliştirmek, ağrı yönetimi, bebek ve doğum sonrası bakım, emzirme ve ebeveynlik konularında bilgi ve destek almak için doğum öncesi eğitime (antenatal eğitim) ihtiyaç duymaktadır (Dinç ve ark., 2014; Gönenç ve Çalbayram, 2017; Karkın ve ark., 2021). Antenatal eğitim ve etkinliği üzerine yapılan çalışmalar ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Brixval et al. (2015) tarafından yapılan bir sistematik incelemede, antenatal bakımın obstetrik ve psikososyal sonuçlar üzerindeki etkinliğinin kesin olarak değerlendirilemediği bildirilmiştir. Arjantin, Küba, Tayland ve Suudi Arabistan'daki dört ülkede yapılan çalışmalarda, kadınların sağlık bilgilerini doktorlardan, ebelerden ve diğer sağlık profesyonellerinden sağlık muayenesi sırasında aldıkları, diğer kullanılan yöntemlerin ise doğum sınıfları ve bireysel danışmanlık olduğu belirtilmiştir. İsveç'te antenatal eğitim, rehber kitaplar, uygulama ve doğum sınıfları aracılığıyla verilmiştir (Aji et al., 2019). İngiltere'de geliştirilen antenatal bakım model grubu, kadınların bilgilerini ve deneyimlerini paylaştıkları akran grubu ile başlatılan kadın güçlendirme sürecini artırmada etkili olmuştur (Hunter et al., 2019). Bu model ayrıca Amerika, Avustralya, Malavi ve İran'da geliştirilmiş ve tedavi süreci ile ilgili memnuniyetin artması, sağlık sonuçlarının iyileşmesi, düşük doğum ağırlığı ve sezaryen oranlarının düşmesi ile ilişkilendirilmiştir (Wedin et al., 2010; Jafari et al., 2010; Teate et al., 2011; Patil et al., 2013; Craswell et al., 2016; Hunter et al., 2019). Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda ise antenatal eğitimin, gebe kadınların sağlık ve psikososyal durumlarını artırmada etkili olmadığı görülmüştür. Suudi Arabistan'daki bir çalışmada, antenatal eğitimin, maternal sağlık bilgilerini artırmada etkili olmadığı bildirilmiştir (Otaiby et al., 2013). Türkiye'de doğum sınıfına katılım, gece vardiyası, ilgisizlik, ulaşım zorlukları, esnek olmayan işverenler ve eşlerin katılım eksikliği gibi çeşitli sebeplerle düşük seviyededir (Tighe, 2010).

Antenatal eğitimin, doğum hazırlığında maternal anksiyeteyi azaltma ve öz-yeterliliği artırma konusunda etkili olduğu, ancak anne ve baba bağlanmasını etkilemediği bildirilmiştir (Sercekus ve Başkale, 2016). Bir sistematik inceleme, küçük sınıflarda

verilen antenatal eğitimin, gebe kadınların sağlık durumlarını ve psikososyal durumlarını artırmada etkili olmadığını rapor etmiştir (Brixval et al., 2015). Catling (2015) tarafından yapılan bir literatür incelemesine göre, doğum sınıfına katılan kadınlar ile geleneksel yöntemle eğitim görenler arasında yenidoğan çıktılarında bir fark olmadığı bildirilmiştir (Homer, 2015). Gelişmiş ülkelerde antenatal eğitim, standart eğitim programları aracılığıyla sunulsa da gelişmekte olan ülkelere böyle bir standart program bulunmamaktadır. Bu nedenle, eğitimin kalitesi ve içeriği büyük ölçüde değişiklik göstermektedir (Gagnon ve Sandall, 2011).

Son yıllarda, dünya genelinde antenatal eğitimin doğum üzerindeki etkilerini incelemeye yönelik araştırmalar artmıştır. Ancak, bu tür araştırmaların çoğu Batı ülkelerinde gerçekleştirilmiştir (Brixval et al., 2014). Çeşitli çalışmalar, antenatal eğitimin doğumla ilgili anksiyeteyi ve doğum korkusunu azalttığını göstermiştir (Byrne et al., 2014; Miquelutti et al., 2013; Toohill et al., 2014). Diğer araştırmalar, antenatal eğitimin annenin doğum bilgisi, doğum memnuniyeti, doğumla ilgili öz-yeterlik ve doğum üzerindeki kontrol hissini artırdığını ortaya koymuştur (Spinelli et al., 2003; Malata et al., 2007; Toohill et al., 2014; Byrne et al., 2014). Türkiye'nin batısında yapılan bir araştırma, antenatal eğitimin doğum korkusunu azaltmada ve annelik öz-yeterliğini artırmada etkili olduğunu göstermiştir (Serçekus ve Başkale, 2016). Ancak, antenatal eğitimin doğum deneyimleri üzerindeki etkisizliği de rapor edilmiştir (Fabian et al., 2005) ve antenatal kurslara katılanlar ile katılmayanlar arasında bir fark bulunmadığı ifade edilmiştir (Aba ve Kömürcü, 2017). Gagnon ve Sandall (2007), doğum hazırlık kurslarıyla ilgili 2.284 kadını içeren bir meta-analiz çalışmasında, antenatal eğitimin kadınların bilgi düzeyleri, kaygı seviyeleri, öz kontrol algısı, doğumda ağrı algısı ve sosyal-duygusal uyum üzerindeki etkilerinin tartışmalı olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde doğuma hazırlık eğitimleri uzun yıllardır çeşitli yöntem ve uygulamalarla eğitim sisteminde yer almaktadır. Doğuma hazırlık sınıfları (DHS) ile ilgili eğitimlerin temelleri 1990'lı yıllarda atılmıştır. Doğum eğitim sınıfları gebe kadınları doğuma hazırlar ve bireysel veya grup halinde yapılabilir. Bu kursların nihai hedefi, bebek ve anne haklarını korurken gebelik, doğum ve doğum sonrasında kadınların yaşam tarzlarını iyileştirmektir (Krysa et al., 2016). Eğitim ve grup etkileşimleri annelerin deneyimlerini ve bilgilerini paylaşmalarına ve birbirlerine

destek olmalarına olanak tanır. Bu eğitim kurslarına katılmak, doğum korkusunun azaltılmasını ve sezaryenin olası riskleri konusunda farkındalığın artırılmasını içermektedir ve bu da gebelik sonuçlarının iyileşmesine yol açmaktadır (Kordi et al., 2017). Doğuma hazırlık eğitiminin etkinliği üzerine yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan bir araştırma, bu eğitimin gebe kadınlarda doğum korkusunu önemli ölçüde azalttığını ve doğal doğum isteğini artırdığını gösterdi (Mousavi et al., 2021). Öte yandan başka bir çalışmada bu eğitimin kaygıyı azaltmada ve annelerin öz yeterliliğini artırmada anlamlı bir etkisi gösterilmemiştir (Khaikin et al., 2016). Ayrıca, bu eğitimin doğum kaygısını azalttığı ancak doğumun süresini ve şeklini etkilemediği de belirtilmektedir (Artieta-Pinedo et al., 2010). Lee ve Holroyd'un sonuçlarına göre doğuma hazırlık kurslarına katılan gebe kadınlar, yalnızca rutin bakım alan kadınlara göre gebeliklerini ve doğum sonrasını daha iyi yönetebilmektedirler (Lee ve Holroyd, 2009). Literatüre bakıldığında çalışmaların çoğunlukla doğum korkusu üzerinde yapıldığı görülmüş ve travmatik doğum algısı ile yapılan bir çalışmaya henüz rastlanılmamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. BİRİNCİ AŞAMA: “GEBELERDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ”NİN GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

3.1.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma “Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”nin geliştirilmesi amacıyla metodolojik tiptedir.

3.1.2. Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

1. Literatür taraması, yapının tanımlanması ve madde havuzunun oluşturulması:

Gebelerde e-sağlık okuryazarlığı için pratik bir ölçüm ölçeği geliştirmek amacıyla kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Bu süreçte, mevcut genel e-sağlık okuryazarlığı ölçekleri ve gebeliğe yönelik ölçekler titizlikle incelenmiştir.

Madde havuzunu oluşturmak için literatür taraması kullanılmıştır. İlk basamak olarak ölçülecek kavramın özelliklerin literatür kaynakları yardımıyla belirlendi ve ardından 5’li likert tipinde 18 maddelik taslak bir form hazırlandı. Ölçeğin ilk taslağı, ölçek geliştirme konusunda uzman olan ebelik ve hemşirelik alanında çalışan akademisyenler olmak üzere konuyla ilgili 13 uzmana gönderilerek, anlamsal ve içerik değerlendirilmesine sunuldu. Uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini (1: çıkartılmalı. 2: uygun ancak düzeltilmeli. 3: uygun) 1-3 puan üzerinden değerlendirmeleri istendi. Gelen değerlendirmeler sonunda maddeler dil ve ifade yönünden düzeltildi. Yapılan istatistiksel analizde 5 madde çıkarılarak madde sayısı 13’e düşürüldü. Uzman görüşü doğrultusunda belirlenen maddeler 10 gebe kadına uygulanarak kadınlardan anlamakta zorlandıkları maddeler işaretlemeleri istenmiştir. Yapılan bu deneme çalışması sonucunda herhangi bir işaretleme olmadığı için madde sayısında değişikliğe gidilmemiştir.

II. Ölçek yapı geçerliliği ve güvenilirliği (madde azaltma ve faktör yapısının incelenmesi): 2. aşamada, kalan 13 madde ölçeğin temel yapısını ve silinecek maddeleri belirlemek için geniş bir örneklem grubuna uygulandı.,

a) Örneklem: Örneklem büyüklüğü, araştırmanın güvenilir ve geçerli sonuçlar üretebilmesi için kritik bir öneme sahiptir ve genellikle madde ya da faktör sayısı gibi bağıl ölçütlere dayalı olarak tahmin edilmektedir. Literatürde genel olarak, bir ölçek geliştirme ya da değerlendirme çalışmasında, örneklem büyüklüğünün ölçekteki madde sayısının 5-10 katı kadar olması gerektiği belirtilmektedir (Kass ve Tinsley, 1979; DeVellis, 2017; Kyriazos ve Stalikas, 2018). Bu ölçüt, hem istatistiksel analizlerin güvenilirliğini artırmak hem de ölçeğin yapı geçerliliğini sağlam temellere dayandırmak açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle, minimum örneklem büyüklüğü 130 katılımcıydı. Bu amaçla, sosyal medyada ücretsiz olarak erişilebilen bir bağlantı üzerinden (Google Form) 1 Aralık 2023- 30 Ocak 2024 tarihleri arasında veriler kartopu örneklem yöntemi ile sosyal medya araçları (Instagram/Facebook/Whatsapp/e-mail) kullanılarak toplandı. 18 yaşından büyük ve çalışmaya katılmak için bilgilendirilmiş onamı okuduğunu beyan eden toplam 285 gebe kadın örneklem grubunu oluşturdu.

b) Verilerin Toplanması: Bu çalışmaya katılım daveti ve anket linki online kanallar (Facebook/Twitter/Instagram) ve iletişim kanalları (e-posta, mesajlar, Whatsapp) aracılığıyla paylaşıldı. Bu kartopu örneklem yöntemi ile Türkiye'nin farklı kesimlerinden birçok kadının temsil edilmesi sağlandı. Çalışmanın başında katılımcılara bilgilendirme metnini okumalarını ve çalışmaya katıldıklarına dair onam vermeleri için, çevrim içi formunun başına çalışmaya katılmayı kabul edip etmediklerine dair bir soru eklenmiştir.

c) Ölçeğin Geçerlik Analizleri:

– **(Ölçeğin Kapsam Geçerliği):** Kapsam geçerliliği değerlendirilmesi için Lawshe (1975) tekniği uygulanmış ve uzman görüşlerinden alınan

geribildirimlere dayalı olarak kapsam geçerlilik oranı (KGO) ve kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) hesaplanmıştır (Lawshe, 1975). Yapılan hesaplamalarda, çalışmada kullanılan ölçek maddelerinin KGO değerlerinin 0.80'in üzerinde olduğu ve KGİ değerinin 0.97 olarak belirlendiği tespit edilmiştir. Literatürde, KGO'nun 0.05 anlamlılık düzeyinde, uzman sayısı 13 olduğunda minimum değer (kapsam geçerlilik ölçütü) KGO=0.51 olması gerektiği ifade edilmektedir (Wilson ve ark., 2012; Ayre ve Scally, 2014). Çalışmada elde edilen KGİ'nin bu minimum değer üzerinde olması nedeniyle ölçeğin kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- **Ölçeğin Yapı Geçerliliği:** Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin yapı geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır.

d) Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA): Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmıştır. Analiz sonucunda, KMO değerinin 0.922 olduğu belirlenmiştir (Tablo). Bu değer, örneklem yeterliliğinin faktör analizi yapmak için "yeterli" olduğunu göstermektedir. Literatüre göre, KMO değeri 0.5 ile 1.0 arasında olan sonuçlar kabul edilebilir olarak değerlendirilirken, 0.5'in altındaki değerler faktör analizinin veri seti için uygun olmadığını ifade etmektedir (Coşkun ve ark., 2019). Ayrıca Bartlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde, ki kare değerinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür ($\chi^2(78) = 2601.374$; Bartlett, $p < 0.05$) (Tablo 3). Bu bulgular, veri setinin faktör analizine uygun olduğunu ve örneklem yeterli olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. KMO ve Bartlett Sonuçları.

Kaiser Meyer Olkin (KMO)		0.922
Bartlett Küresellik Testi	X ²	2601.374
	SD	78
	p	0.000

Ölçeğin faktör yapısını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen açıklayıcı faktör analizinde, varimax döndürme yöntemi kullanılmış ve ölçeği oluşturan 13 maddenin 2 alt boyutta toplandığı belirlenmiştir (Tablo 4). Bu iki faktör, toplam varyansın %66.205'ini açıklamaktadır. Çok faktörlü yapıların analizinde, açıklanan varyansın %50'nin üzerinde olması yeterli bir kriter olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2023).

Değişkenler arası korelasyonlar incelendiğinde, tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.40'ın üzerinde olduğu ve tüm korelasyon ilişkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu durum, ölçek maddelerinin faktör yapısıyla güçlü bir uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır.

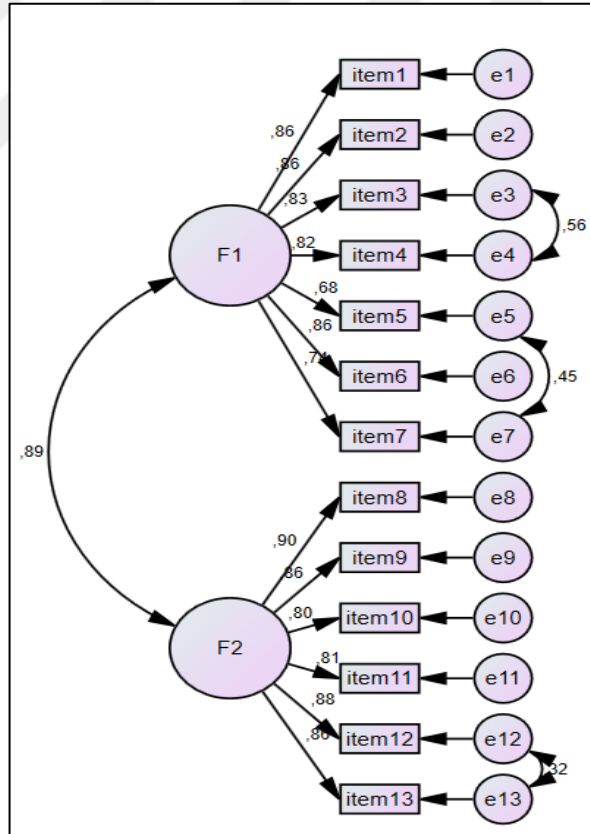
Tablo 3. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.

İfadeler	Faktörler		Toplam Madde Korelasyonu
	F1	F2	
Gebelik izlemi/bakımı için internette yer alan sağlık bilgilerini doğru anlayabilirim.	0.659		0.733
Gebelik sürecimde sağlık hizmetine nasıl ulaşacağımı internetten araştırabilirim.	0.651		0.754
Gebelik sürecimde internetten kendi sağlığım ile ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabilirim.	0.853		0.826
Gebelik sürecimde internetten bebeğimin sağlığı ile ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabilirim.	0.848		0.792
Gebeliğimle ilişkili herhangi bir sorunla karşılaştığımda internetten doğru bilgilere ulaşabilirim.	0.771		0.659
Gebeliğimle ilgili yararlı bilgileri internetten kolaylıkla bulabilirim.	0.663		0.713
Gebelik sürecim ile ilgili internetten edindiğim bilgileri kolaylıkla uygulayabilirim.	0.656		0.622
Gebeliğim ile ilgili bilgiler konusunda interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, e-form vb.) bilirim.		0.767	0.755
İnternette yer alan gebeliğimi olumsuz etkileyecek bilgileri fark edebilirim.		0.767	0.713
Gebeliğim ile ilgili internette şüpheli olduğunu düşündüğüm bilgilerin doğruluğunu internet ortamında yer alan diğer kaynaklardan teyit edebilirim.		0.619	0.643
Gebelik sürecimde doğru ve güvenilir sağlık profesyonellerine sosyal medya aracılığıyla ulaşabilirim.		0.723	0.667
Gebelik sürecinde bebeğimin aylara göre gelişimini internetten araştırabilirim.		0.812	0.784

Tablo 3. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları (Devam).

İfadeler	F1	F2	Toplam Madde Korelasyonu
Gebelik ile ilgili mobil sağlık uygulamalarını düzenli olarak takip edebilirim.		0.825	0.747
Özdeğer	1.343	7.264	
Cronbach's Alpha	0.910	0.894	0.933
Omega	0.912	0.893	0.933
Açıklanan Varyans (%)	32.998	33.208	66.205
KMO =0.922; $\chi^2(78) =2601.374$; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0.000			

e) Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA): Açıklayıcı faktör analizi kullanılarak belirlenen 2 faktörlü yapının model uyumu doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak test edilmiş ve model genel olarak doğrulanmıştır. DFA sonucunda 13 maddelik 2 faktörlü bir yapısı elde edilmiştir. Çalışma da (N=285; $p<0,000$; $\chi^2/sd=3.554$; CMIN:216,796; RMSEA=0.096; CFI=0,956; GFI=0,892) mükemmel uyum sergilemiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Ölçeğin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model.

Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı.

	Yapısal Modeli Değerleri	Tavsiye Edilen Değerler
CMIN/DF	3.554	≤ 5
RMSEA	0.096	≤ 0.10
GFI	0.892	≥ 0.80
AGFI	0.839	≥ 0.80
CFI	0.956	≥ 0.80
TLI	0.943	≥ 0.80
IFI	0.956	≥ 0.80
RFI	0.923	≥ 0.80
NFI	0.940	≥ 0.80
SRMR	0.039	≤ 0.10

Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, ölçeği oluşturan 13 maddenin, 2 alt boyutlu ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Şekil 2). Model üzerinde iyileştirme yapılırken, uyumu azaltan değişkenler tespit edilmiş ve artık değerler arasında yüksek kovaryans gösterenler için yeni kovaryanslar oluşturulmuştur. Yapılan bu düzenlemeler sonrasında yenilenen uyum indeksi hesaplamalarında, uyum indekslerinin kabul edilen değer aralıklarını sağladığı Tablo 5'te gösterilmiştir.

f) Ölçeğin Güvenirlik Analizleri

- **Cronbach Alfa İç Tutarlılık ve Yarı-Yarıya Güvenirlik Katsayısı:** Ölçeğin güvenirlilik analizi sonucunda, iyi derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa ve Omega katsayılarının 0.60'tan büyük olması, kullanılan ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu durum, çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılığının iyi olduğunu kanıtlamaktadır (Özdamar, 2016). Ayrıca, ölçeğin yarı-yarıya güvenirlilik katsayısının 0.821 olarak hesaplandığı görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 5. Güvenirlilik Analizleri.

Cronbach Alfa	Part 1	Değer	0.910
		Madde sayısı	7 ^a
	Part 2	Değer	0.894
		Madde sayısı	6 ^b
	Madde sayısı		13
Formlar Arası Korelasyon			0.702
Spearman-Brown Katsayısı	Eşit Uzunluk		0.825
	Eşit Olmayan Uzunluk		0.825
Guttman Split-Half Katsayısı			0.821
a) Madde1, madde2, madde3, madde4, madde5, madde6, madde7.			
b) Madde8, madde9, madde10, madde11, madde12, madde13.			

g) Ölçeğin Değerlendirilmesi: Geliştirilen ölçeğin 13 madde ve iki alt boyuttan (bilgiye erişim ve uygulama ve bilgi güvenilirliği ve farkındalık) oluşmaktadır. Ölçekten alınan minimum puan 13, maksimum puan ise 65'tir. Ölçeğin Cronbach alfa iç güvenilirlik katsayısı 0.933 olup, alt boyut güvenilirlikleri de 0.910-0.894 aralığında güvenilir bulundu. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Ölçeğin güncel hali Ek 6'da bulunmaktadır.

h) Verilerin Değerlendirilmesi: Çalışmanın birinci aşamasında elde edilen verilerin analizinde SPSS 25.0 ve AMOS analiz programları kullanılmıştır. İlk olarak, küçük örneklem büyüklüğü nedeniyle gerçekleştirilen ilk Açıklayıcı Faktör Analizi'nin (AFA) yeterince istikrarlı olmadığı varsayılmıştır. Bu nedenle, ikinci aşamada çapraz doğrulama gerçekleştirmek amacıyla örneklem iki alt gruba ayrılmıştır (Fabrigar ve ark., 1999; Worthington, 2006). Birinci alt grupta AFA, ikinci alt grupta ise Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için Kaiser-Mayer-Olkin testi ($KMO > 0.5$) ve Bartlett Küresellik Testi kullanılmıştır ($\chi^2(78) = 2601.374$; Bartlett, $p < 0.05$). Ayrıca ölçeğin yapı geçerliliği Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi ile test edilmiştir. Yapı geçerliliğini sağlamak için Comparative Fit Index ($0.90 \leq CFI \leq 0.95$), Goodness of Fit Index ($0.90 \leq GFI \leq 0.95$), Incremental Fit Index ($0.90 \leq IFI \leq 0.95$), Standardized Root Mean Square Residual ($0.05 \leq SRMR \leq 0.10$), Root Mean Square Error of Approximation ($0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$) ve Ki-Kare/Uyumluluk Derecesi ($0 \leq \chi^2/df \leq 3$) gibi kriterler dikkate alınmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2015; DeVellis, 2017). Ayrıca seçim sırasında sadece istatistiksel parametrelere değil, madde içeriğinin faktörlere ne kadar uygun olduğuna da dikkat edildi. Ölçeklerin iç tutarlılığı, alt boyutlar ve genel ölçek için Cronbach Alfa (α) kullanılarak değerlendirildi ve $\alpha > .75$ iç tutarlılık kabul edilebilir olarak değerlendirildi (Kartal ve Dirlik, 2016).

3.2. İKİNCİ AŞAMA: ÖLÇEK DOĞRULAMA VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİN BELİRLENMESİ

3.2.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu aşamada araştırma, gebelerin e-sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı tiptedir.

3.2.2. Araştırma Sorusu

Gebelerin psikometrik özellikleri Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı düzeyini etkiler mi?

3.2.3. Örneklem

Çalışmada, 01.02.2024 ile 01.07.2024 tarihleri arasında yaşı 18 ve üzeri olan gebe kadınlara ulaşılmaya çalışıldı. Bu çalışmaya katılım daveti ve anket linki online kanallar (Facebook/Twitter/Instagram) ve iletişim kanalları (e-posta, mesajlar, Whatsapp) aracılığıyla paylaşıldı. Bu kartopu örneklem yöntemi ile Türkiye'nin farklı kesimlerinden birçok kadının temsil edilmesi sağlandı. Bilgilendirilmiş onam beyanını kabul eden, 18 yaşından büyük, Türkçe okuma-yazma bilen gebe kadınlar araştırmaya dahil edildi.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü G Power 3.1.9.7 yazılımı kullanılarak hesaplandı. Örneklem büyüklüğü; %95 güven ($1-\alpha$), %5 hata payı ile beklenen frekans %50 kabul edilerek 384 kişi olarak hesaplandı ve araştırma çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 565 katılımcı ile tamamlandı.

- 1. Veri Toplama Araçları:** Çalışmanın bu aşamasında sosyodemografik ve obstetrik soruları içeren Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu ve Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır.
- 2. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu:** Literatür referanslarına dayanarak hazırlanan Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu, örneklem popülasyonu hakkında demografik ve sosyoekonomik bilgi toplamayı amaçlayan on soru içermektedir (Tamer

Gencer, 2017; Şenyurt ve Korkmaz Aslan, 2022; Rahdar ve ark., 2023). Bu çalışmada yaş, eğitim, meslek, medeni durum gibi genel sorular sorulurken, en son ki doğum şekliniz, gebelik haftanız gibi obstetrik sorulara da yer verilmiştir.

3. Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı ölçeği 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçek bilgiye erişim ve uygulama ve bilgi güvenilirliği ve farkındalık olmak üzere 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tiptedir. Ölçeğin ters maddesi bulunmamaktadır. Ölçekten en az 1 puan, en fazla 65 puan alınabilmektedir.

4. Birinci Aşamada Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri gebe olma,
- Okuryazar olma,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma,
- Psikiyatrik herhangi bir tanısı olmama.

5. Birinci Aşamada Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Herhangi bir iletişim engelinin olması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmama.

6. Veri analizi: Katılımcıların özelliklerine göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında, iki bağımsız grup arasında fark olup olmadığını belirlemek için bağımsız t testi uygulanmıştır. İki'den fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu durumlarda, fark yaratan grupları belirlemek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Bonferroni düzeltmesi, anlamlılık düzeyinin grup sayısına bölünmesi ile belirlenmektedir (Vialatte ve Cichocki, 2008). Analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

3.3. ÜÇÜNCÜ AŞAMA: GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN TRAVMATİK DOĞUM ALGISINA ETKİSİ

3.3.1. Araştırmanın Tipi

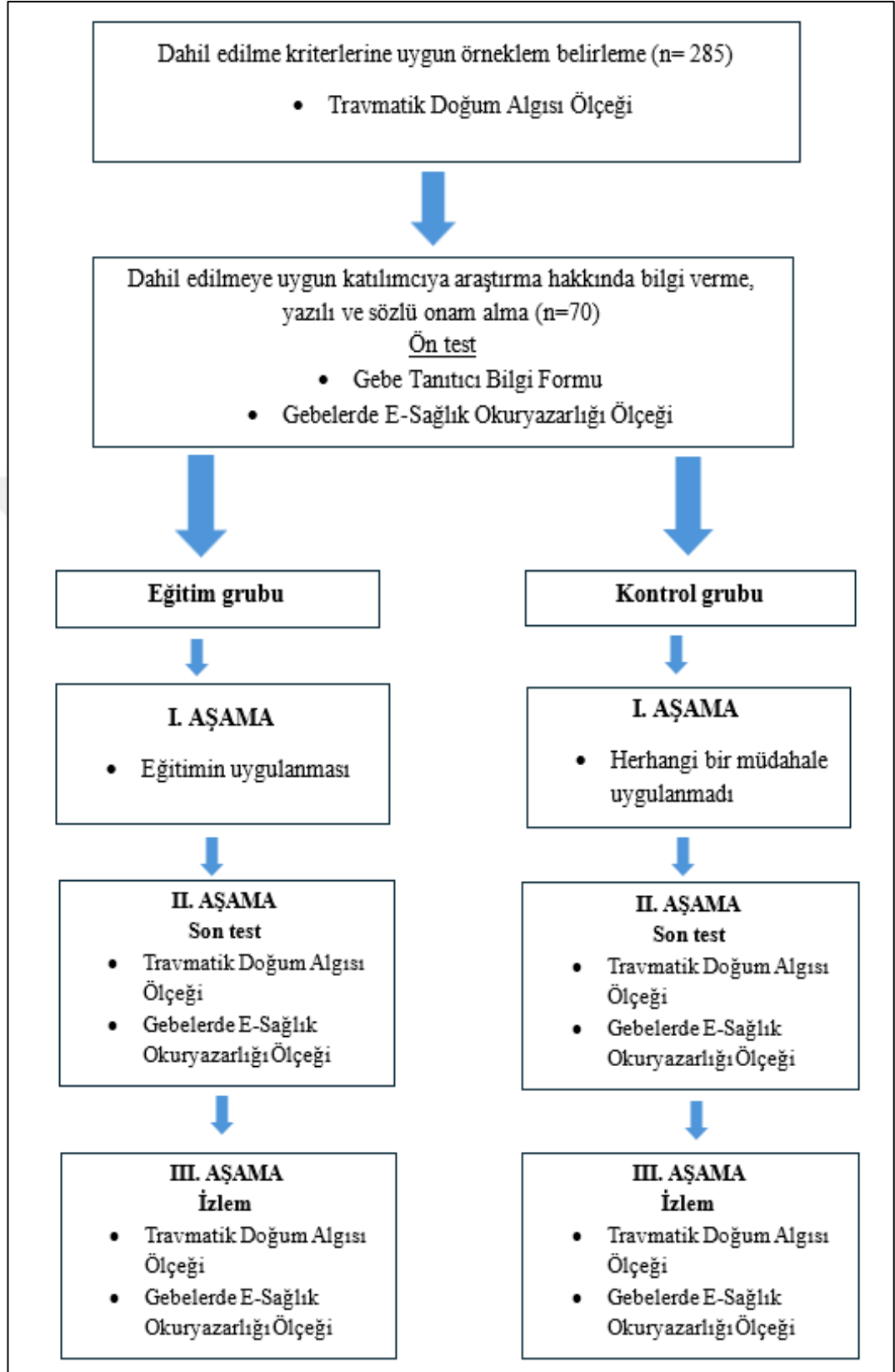
Araştırmanın üçüncü aşaması randomize kontrollü çalışmadır (NCT06637735).

3.3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

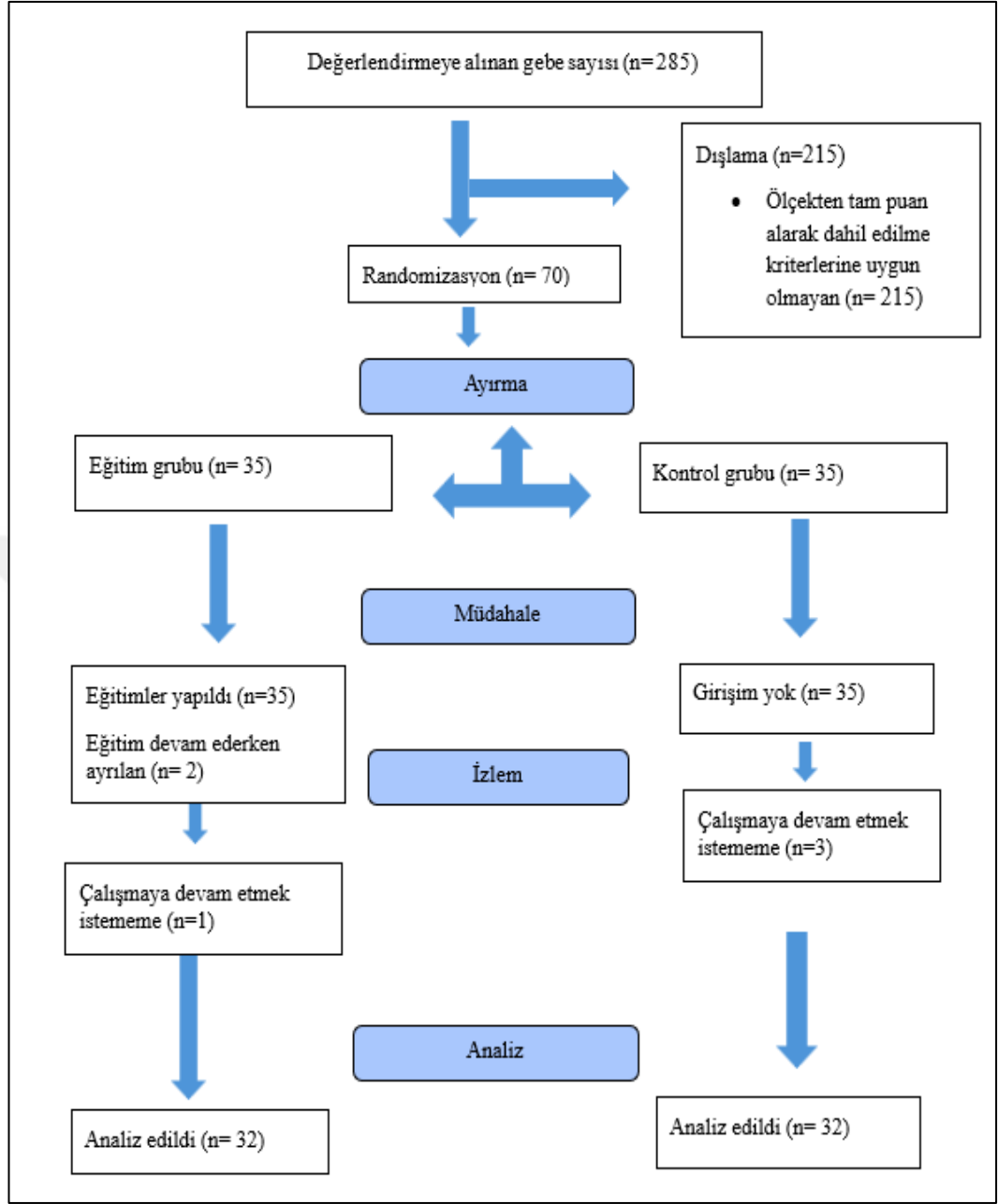
T.C. Sağlık Bakanlığı Bartın İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bartın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'nde, ikinci aşamaya ait veriler Temmuz 2024 - Aralık 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Bartın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Bartın Devlet Hastanesi'ne bağlı olup 116 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanenin 2024 yılı doğum istatistiklerine göre 531 normal doğum ve 665 sezaryen doğum gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, hastanede yer alan Anne Misafirhanesi, merkeze uzak bölgelerde ikamet eden ve doğumu yaklaşan anne adayları ile yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri yatan annelerin anne-bebek birlikteliğini sağlamak amacıyla hizmet vermektedir. Misafirhane, 3 oda ve 10 yatak kapasitesine sahiptir. Bartın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, anne ve bebek dostu bir hastane olarak hizmet sunmaktadır.

3.3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Bartın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'ne başvuran Travmatik Doğum Algısı Ölçeği'nden en az 53 puan alan gebeler oluşturacaktır. Araştırmaya başlamadan önce müdahale ve kontrol gruplarında yer alacak katılımcı sayısını belirlemek için G*Power 3.1.9.7 programı ile güç analizi yapılmıştır (Faul vd., 2013). G*Power 3.1.9.7 programı ile uygulanan güç analizi sonucunda gruplar arasında ölçümler bakımından farklılığın tespiti için için tip 1 hata:0,05 tip 2 hata:0,20 ve effect size= 0,80 değerine göre örneklem büyüklüğü gruplarda 26 kişi toplamda 52 kişi olarak tespit edilmiştir. Çalışmada olası kayıplar nedeniyle hesaplanan durum göz önüne alınarak örneklem büyüklüğü %20 oranında artırılmış olup gruplarda 31 olmak üzere 62 gebenin alınması planlanmış olup, çalışma 70 gebe ile başlayıp 64 gebe ile sonlanmıştır.



Şekil 3. Araştırmanın Akış Şeması.



Şekil 4. CONSORT Akış Diyagramı.

Araştırmanın akış şeması Şekil 3'te sunulmuştur. Bu araştırmanın raporlanması, bilimsel standartlara uygun bir şekilde, CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) kontrol listesine göre yapılandırılmıştır (Schulz ve ark., 2011) (Şekil 4).

1. **Randomizasyon ve Körleme:** Araştırma tasarımında, seçim yanlılığını önlemek amacıyla, katılımcılar blok randomizasyon yöntemi kullanılarak

rastgele bir şekilde eğitim ve kontrol gruplarına atanmıştır. Randomizasyon sürecinin titizlikle yürütülmesi, gruplar arasında başlangıç dengesi sağlamayı hedeflemiştir. Araştırmacı gruplara ayırma, müdahalede bulunma, veri toplama görevlerinde yer aldığı için körleme yapılmamıştır. Raporlama yanlılığını önlemek amacıyla, veri analizi süreçleri uzman bir istatistikçi tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların, deney ve kontrol grubunun hangisine dahil olduğunu bilmesi ve araştırmacının eğitim verdiği için müdahale ve kontrol gruplarını bilmesi nedeniyle bu araştırmada körleme yapılamamıştır. Ancak, yanlılığı daha azaltmak ve tarafsız bir değerlendirme sağlamak amacıyla istatistikçinin gruplar hakkında bilgisi olmaması sağlanmış, analiz için gönderilen veriler “Grup 1” ve “Grup 2” adıyla gönderilmiştir. Böylece, çalışmanın hem tasarım hem de analiz aşamalarında nesnellik gözetilmiştir.

2. Eğitim ve Kontrol Grubu İçin Örneklem Dahil Edilme Kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- 18 yaş ve üstü olması,
- Travmatik Doğum Algısı Ölçeği'nden en az 53 puan almış olması,
- Gebeliğe bağlı herhangi bir riski (preeklampsi, diyabet, kalp hastalığı, plasenta previa, oligohidroamnios gibi) bulunmaması,
- Fetüsün sağlığı ile ilgili herhangi bir sorununun (fetal anomali, intrauterin gelişme geriliği gibi) olmaması
- İnternet erişim imkânına sahip gebeler.

3. Eğitim ve Kontrol Grubu İçin Örneklem Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Okuma yazma bilmeyen,
- Psikiyatrik/Psikolojik tanıya dayalı bir rahatsızlığı olan,
- İletişim ve dil problemi yaşayan gebeler araştırmaya dahil edilmeyecektir.

3.3.4. Çalışmada (Eğitim ve Kontrol Grubu) Kullanılacak Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

3.3.4.1. Gebe tanıtıcı bilgi formu

Bu form, literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Noordam ve ark., 2011; İsbir ve ark., 2016; Lagan ve ark., 2011; Evans ve ark., 2012; İsbir ve İnci, 2014; Yamin ve ark., 2016; Yalnız Dilcen ve Genç, 2019; Parker ve ark., 2012; Türkmen ve ark., 2021; Aslantekin Özçoban ve ark., 2021; Akın ve ark., 2022; Barut ve ark., 2022; Bay ve Sayiner, 2021; İsbir ve Alış, 2023). Çalışmaya kadınların sosyodemografik (yaş, eğitim süresi, aile tipi, çalışma durumu gibi) ve obstetrik özellikleri (gebelik haftası, bebeğin cinsiyeti) hakkındaki bilgileri içeren 29 sorudan oluşmaktadır (Ek 8).

3.3.4.2. Travmatik doğum algısı ölçeği

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği, doğumun travmatik algısını belirlemek amacıyla Yalnız ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, doğum anıyla ilgili kadınların düşüncelerini ölçen 13 sorudan oluşmaktadır. Kadınların verilen ifadelerle katılma durumu, 0 (olumlu düşünce) ile 10 (olumsuz düşünce) arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten 0 ile 130 puan arasında bir puan almak mümkündür. Ölçeğin toplam puan ortalaması şu şekilde sınıflandırılmıştır:

- 0-26: Çok düşük düzeyde TDA,
- 27-52: Düşük düzeyde TDA,
- 53-78: Orta düzeyde TDA,
- 79-104: Yüksek düzeyde TDA,
- 105-130: Çok yüksek düzeyde TDA.

Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,89 olarak bulunmuş ve bu durum ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir (Yalnız ve ark. 2016) (Ek 9). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değerleri Tablo 6’da verilmiştir.

3.3.4.3. Gebelerde e-sağlık okuryazarlığı ölçeği

Ölçek tez kapsamında araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup, 13 madde iki alt boyuttan ((bilgiye erişim ve uygulama ve bilgi güvenilirliği ve farkındalık)

oluşmaktadır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçeğin Cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0.933 olup, alt boyut güvenirlikleri de 0.910-0.894 aralığındadır. Ölçekten alınan minimum puan 13, maksimum puan ise 65'tir (Ek 10). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değerleri Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Değişken	Ölçüm Zamanı	Cronbach's Alpha
Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	Ön test	0.732
	Son test	0.968
	İzlem	0.975
Bilgiye Erişim ve Uygulama Boyutu	Ön test	0.861
	Son test	0.932
	İzlem	0.924
Bilgi Güvenilirliği ve Farkındalık Boyutu	Ön test	0.790
	Son test	0.931
	İzlem	0.928
Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Ön test	0.897
	Son test	0.954
	İzlem	0.958

3.3.5. Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımlı değişkenler:** Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ve Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.
- **Bağımsız değişkenler:** Gebelerin sosyodemografik (yaş, eğitim süresi, aile tipi, çalışma durumu gibi) ve obstetrik özellikleri (gebelik haftası, gravida, parite vb.) hakkındaki bilgiler araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.3.6. Eğitim İçeriğinin Hazırlanması

Eğitim gebelerde travmatik doğum algısını azaltmak amacıyla planlanmıştır. Böylece gebenin, olumlu doğum algısı geliştirmesini ve gebelik sürecini sağlıklı bir şekilde geçirmesini hedeflemiştir. Tasarımı tamamlanan eğitim içeriği ebeklik ve kadın doğum hemşireliği uzmanından oluşan 13 uzman heyeti tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirme için DISCERN Ölçüm Aracı (Quality of Criteria for Consumer Health Information) ve Yazılı Eğitim Materyalinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu kullanılmıştır.

3.3.6.1. DISCERN ölçüm aracı (Quality of criteria for consumer health information)

Bu ölçüm aracı, Charnock ve arkadaşları (1999) tarafından yazılı eğitim materyallerinin bilgi kalitesi ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Charnock ve ark., 1999). Araç, 3 bölüm ve 16 maddeden oluşmakta ve 5'li Likert tipi bir ölçekle puanlanmaktadır. Cevaplar; "Hayır" için 1 puan, "Kısmen" için 3 puan ve "Evet" için 5 puan olarak değerlendirilmekte olup, toplam puan aralığı 15 ile 75 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması, değerlendirilen materyalin bilgi kalitesi ve güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3.6.2. Yazılı eğitim materyalinin uygunluğunun değerlendirilmesi formu

Doak ve arkadaşları (1996) tarafından yazılı eğitim materyallerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen bu form, 6 bölüm ve 27 sorudan oluşmaktadır (Doak ve ark., 1996). Form; içerik uygunluğu, okuryazarlık düzeyi, görsel ve grafik kalitesi, yazı ve düzen tasarımı, öğrenme ve motivasyon potansiyeli ile kültürel uygunluk gibi unsurları kapsamlı bir şekilde değerlendirmektedir. Sorulara verilen cevaplar, "evet" için 1 puan, "hayır" için 0 puan olarak değerlendirilir. Ancak, 18-22. sorular olumsuz ifadeler içerdiği için bu sorulara verilen "hayır" cevapları 1 puan olarak kabul edilir. Formda tüm sorulardan elde edilen puanlar toplanarak materyalin genel uygunluğu belirlenir. Toplam puanın yüksek olması, değerlendirilen materyalin uygunluğunun daha yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3.6.3. Eğitim içeriğinin başlıkları

İki oturum şeklinde verilen eğitiminin ana konu başlıkları aşağıdaki gibidir:

- Kadın Üreme Organları
- Adet Döngüsü
- Döllenme ve Gebeliğin Oluşumu
- Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik ve Sistemik Değişiklikler
- Gebelikte Yaygın Fizyolojik Semptomları ve Bakım Önerileri
- Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler ve Adaptasyon
- Gebelikte Beslenme

- Gebelikte Tüketilmesi Gereken Sıvı Miktarı
- Gebelikte Sigara ve Alkol Kullanımı
- Gebelikte Cinsel Yaşam
- Gebelikte Egzersiz
- Doğum Öncesi Bakım
- Gebelikte Tehlike Belirtileri
- Doğum Psikolojisi
- Doğum Evreleri
- Doğum Eylemi
- Doğumda İkınma Teknikleri
- Ağrıyla Baş etmede Kullanılabilecek Non-Farmakolojik Yöntemler
- Travmasız Doğum

3.3.7. Eğitim Planı

Travmatik doğumun etkilerini azaltmada eğitim programlarının etkisi, Beck'in (2015) travmatik doğumla ilgili geliştirdiği orta düzey teoriyle güçlü bir şekilde ilişkilidir. Beck'in teorisi, travmatik doğum deneyiminin geniş yankı uyandıran etkilerini ve bu durumun hem annelerin psikolojik sağlıklarına hem de çevrelerindeki bireylere olan yansımalarını açıklar. Bu bağlamda, gebelere yönelik olarak geliştirilen online eğitim programımız, bu teorinin belirttiği sorun alanlarını hedef alarak travmatik doğum algısını azaltmada etkili olması hedeflenmiştir. Beck'in çalışması, travmatik doğumun temelinde yer alan kontrol kaybı, saygı eksikliği ve iletişim problemlerine dikkat çeker. Online eğitim programımız, anne adaylarının doğum sürecinde karşılaşılabilecekleri durumlara ilişkin bilgi edinmesini, beklentilerini yönetmesini ve doğum sırasında kendilerini daha hazırlıklı hissetmelerini sağlayarak bu bileşenlerin etkisini azaltabileceği hedeflenmiştir. Beck'in teorisinde vurgulanan bir başka husus, travmatik doğumu önlemede erken müdahalenin önemidir. Online eğitim programımız, gebelere kolay erişim imkânı sunarak bu erken müdahale fırsatını destekler. Bu program, zaman ve mekân sınırlamalarını aşarak kadınların eğitim materyallerine ulaşmasını ve sürece daha hazırlıklı olmalarını sağlar (Beck, 2015).

Sonuç olarak, gebelere verilen online eğitiminiz, Beck'in travmatik doğum teorisiyle doğrudan örtüşmektedir. Eğitim programı, annelerin kontrol algısını artırarak, stres ve kaygı düzeylerini azaltarak ve destek mekanizmalarını güçlendirerek travmatik doğum algısını azaltmaya yönelik kapsamlı bir müdahale olarak değerlendirilebilir. Bu bağlamda, Beck'in teorisi, eğitim içeriğinin bilimsel bir temele dayanmasını ve etkili bir şekilde uygulanmasını sağlamaktadır.

3.3.8. Eğitimin Yapıldığı Yer ve Süre

Eğitim ve kontrol grubuna alınan gebelerle WhatsApp üzerinden iletişime geçilmiş ve her biri 4 kişilik gruplar olacak şekilde organizasyon sağlanmıştır. Eğitimler, Zoom platformu üzerinden 4'erli gruplar şeklinde gerçekleştirilmiştir. Eğitimler farklı günlerde yapılan oturumlar şeklinde yürütülmüştür. Her bir oturum 45 dakika eğitim 15 dakika mola 45 dakika soru-cevap şeklinde yapılmıştır. Eğitim sürecinde, anlatım, tartışma, slayt gösterimi ve soru-cevap gibi çeşitli eğitim teknikleri kullanılarak katılımcıların etkin bir şekilde sürece dahil olmaları sağlanmıştır.

3.3.9. Ön Uygulama

Gebe Tanıtıcı Bilgi Formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla polikliniğe başvuran 10 gebe üzerinden ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu'nda herhangi bir değişikliğe gidilmemiş olup gebeler tarafından anlaşılır olduğu ifade edilmiştir. Ön uygulamaya alınan gebeler müdahale ya da kontrol grubuna alınmamıştır.

3.3.10. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulama izinleri alındıktan sonra, Bartın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi kadın doğum poliklinikleri şefi ile poliklinikte görev yapan ebe ve hemşirelere, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Gebelerle, poliklinik muayenelerini bekledikleri sırada tanışılmış ve araştırma kriterlerine uygun gebeler belirlenmiştir. Daha sonra, gebelere araştırmanın amacı açıklanmış ve gönüllü olan katılımcılardan sözel ve yazılı onam alınmıştır. Araştırmaya katılan gebelere, araştırmacının telefon numarası verilerek gebelik ve

doğum süreçleri ile ilgili sorularını yöneltebilecekleri konusunda bilgilendirme yapılmıştır.

Verilerin toplanmasının ardından, Travmatik Doğum Algısı Ölçeği'nden 53 ve üzeri puan alan gebeler, eğitim ve kontrol gruplarına dahil edilmiştir.

3.3.10.1. Kontrol grubuna uygulanan işlemler

Kontrol grubuna alınan gebelerle bir WhatsApp grubu kurulmuştur. Kontrol grubuna alınan gebelere herhangi bir eğitim müdahalesi uygulanmamıştır. Eğitim grubuyla eş zamanlı olarak verileri online olarak toplanmıştır. Hazırlanan eğitim kitapçığı son izlem toplandıktan sonra gebelere verilmiştir.

3.3.10.2. Eğitim grubuna uygulanan işlemler

Araştırmada, eğitim grubundaki gebelerle iletişim kurmak ve süreci kolaylaştırmak amacıyla bir WhatsApp grubu oluşturulmuştur. Bu gruplar, her birinde 4 kişi olacak şekilde düzenlenmiştir. Gebelere, ortak bir gün ve uygun bir saatte Zoom bağlantı linki paylaşılmış ve eğitim süreci çevrim içi olarak gerçekleştirilmiştir. Eğitimler, her biri 40 dakika süren iki oturum halinde planlanmış ve uygulanmıştır.

3.3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri, 64 gebe üzerinden analiz edilmiştir. Analiz sürecinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 ve DataBeeg 1.0 programları kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, minimum-maksimum değerleri, medyan, ortalama, standart sapma) uygulanmıştır. Grupların homojenliğini test etmek amacıyla ki kare analizi gerçekleştirilmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk, Q-Q Plot çizimi ile görselleştirilebilir (Chan, 2003). Bununla birlikte, verilerin normal dağılım gösterdiğini kabul etmek için çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olması gereklidir (Shao, 2002). Normal dağılıma sahip olan verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılması için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımlı aşama karşılaştırılmasında ise tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. Farklılık tespit edilen

durumlarda, farkın hangi aşamalardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Kurulan hipotezlerin anlamlılığı desteklendiği doğrultuda etki büyüklüğünü test etmek için Cohen d testi kullanılmıştır. Örneklem hacmi ve anlamlılık seviyesi biliniyorsa Cohen'in etki büyüklükleri değerleri kullanılarak istatistiksel gücü belirlemek mümkün olmaktadır (Ellis, 2010). İstatistiksel gücün ve gerekli olan örneklem hacminin en önemli belirleyicilerinden biri olan etki büyüklüğü, anlamlılık seviyesi ve örneklem hacminin sabit olması şartıyla ne kadar yüksek olursa, testin gücü o kadar yüksek olmaktadır. Yani, etki büyüklüğü ne kadar büyük olursa sıfır hipotezinin reddedilme olasılığı o kadar büyük olmaktadır (Mazen ve ark., 1987; Abraham ve Russell, 2004).

3.4. ARAŞTIRMANIN TAKVİMİ

Çalışmanın zaman planlaması detaylı olarak Tablo 7'de sunulmaktadır.

Tablo 7. Araştırma Takvimi

Araştırmanın Faaliyetler Takvimi	Haziran 2023-Kasım 2023	Kasım 2023-Aralık 2023	Aralık 2023-Temmuz 2024	Temmuz 2024-Aralık 2024	Ocak 2025-Şubat 2025	Ocak 2025-Şubat 2025
Literatür taraması	X	X	X	X	X	X
Araştırma konusunun belirlenmesi	X	X				
Tez önerisinin hazırlanması	X	X				
Veri toplama formlarının taslak halinin hazırlanması	X	X	X			
Etik kurul başvurusu		X				
Kurum izni başvurusu				X		
Veri toplama aşaması (birinci aşama)		X	X			
Çalışmanın ikinci aşaması için eğitim içeriğinin hazırlanması				X		
Veri toplama aşaması (ikinci aşama)				X		
Veri girişi				X		
Veri analizi				X	X	
Tez yazımı				X	X	X

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI, KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER VE KOLAYLIKLAR

- Araştırma, yalnızca çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan, araştırmanın gerçekleştirildiği süre zarfında kullanılan ölçüm araçları ile toplanan verilerle sınırlı kalmaktadır.
- Araştırmada karşılaşılan güçlükler: Araştırmanın ikinci aşamasında gebelerin çalışmaya katılmak istememeleri veri toplama sürecini güçleştirmiştir.
- Araştırmanın kolaylıkları: Katılımcıların samimi ve motive bir şekilde, yaşadıkları deneyimleri açık ve şeffaf bir biçimde paylaşmaları, araştırmacının süreci daha sağlıklı bir şekilde yürütmesine katkı sağlamıştır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular, çalışmanın ikinci aşaması olan gebelerde e-sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler ve üçüncü aşamasında yapılan eğitim ve kontrol grubu karşılaştırmalarına dair veriler olmak üzere iki ana başlık altında sunulmuştur.

4.1. İKİNCİ AŞAMA: ÖLÇEK DOĞRULAMA VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 8’de verilmiştir (Tablo 8). Katılımcıların yaş ortalaması $28,49 \pm 4,26$, gebelik haftası ortalamaları ise $20,65 \pm 9,56$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %12,3’ü ilkokul, %87,7’si lisans mezunu olup, %97,2’si evli, %2,8’i bekâr ve %11,6’sı kronik hastalığa sahipken, %88,4’ü kronik hastalığa sahip değildir. Gebelik haftalarına göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların %53,7’sinin 21 haftadan daha az, %46,3’ünün ise 21 hafta ve üzerinde olduğu görülmektedir. Gebelik sayısına göre dağılımda, katılımcıların %82,8’inin bir, %10,2’sinin iki, %3,5’inin üç ve %3,5’inin dört gebeliği olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sayısına göre ise %84,2’sinin henüz doğum yapmadığı, %8,4’ünün bir, %3,9’unun iki ve %3,5’inin üç çocuğu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %92,6’sı düzenli gebelik takibi yaptırırken, %7,4’ü takip yaptırmamaktadır. Son doğum şekline göre %9,5’i normal doğum, %6,3’ü sezaryen doğum yapmış olup, %84,2’si henüz doğum yapmamıştır. Gebe okuluna katılım açısından, katılımcıların %5,3’ü düzenli olarak katılırken, %88,4’ü katılmadığını, %6,3’ü ise ara ara katıldığını ifade etmiştir.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Örneklem 1 (n:285)	
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)		28,49 $\pm$ 4,26	
Gebelik haftası ($\bar{X} \pm SS$)		20,65 $\pm$ 9,56	
	n	%	
Eğitim durumu			
İlkokul	35	12,3	
Lisans	250	87,7	
Medeni durum			
Evli	277	97,2	
Bekar	8	2,8	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	33	11,6	
Hayır	252	88,4	
Gebelik sayısı			
1	236	82,8	
2	29	10,2	
3	10	3,5	
4 ve üzeri	10	3,5	
Çocuk sayısı			
1	24	8,4	
2	11	3,9	
3 ve üzeri	10	3,5	
Henüz doğum yapmadım	240	84,2	
Düzenli olarak gebelik takibi yaptırma durumu			
Evet	264	92,6	
Hayır	21	7,4	
En sonki doğum şekli			
Normal	27	9,5	
Sezaryen	18	6,3	
Henüz doğum yapmadım	240	84,2	
Gebe okuluna gitme durumu			
Evet, düzenli olarak gidiyorum	15	5,3	
Hayır, gitmiyorum	252	88,4	
Kısmen, ara ara gidiyorum	18	6,3	

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerine göre ölçek ve alt boyut puanlarını karşılaştırmak amacıyla, iki bağımsız grup karşılaştırmalarında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır (Tablo 8).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre bilgiye erişim ve uygulama boyutu ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 9). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Buna göre, eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü olan katılımcıların, bilgiye erişim ve uygulama boyutu ile ölçek toplam puanlarının, eğitim düzeyi ilkokul olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). Ayrıca, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların bilgiye erişim ve uygulama puanlarının, eğitim düzeyi lise olan katılımcılardan daha yüksek olduğu

görülmüştür. Benzer şekilde, lisans eğitimi almış katılımcıların ölçek toplam puanlarının, lise mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Faz-3'teki Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler (n: 565)		Bilgiye Erişim ve Uygulama		Bilgi Güvenilirliği ve Farkındalık		Toplam	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yaş	29 yaş altı	22,26	7,55	21,02	6,76	43,28	13,65
	29 yaş ve üstü	22,07	7,65	20,97	6,64	43,04	13,54
	Test değeri	0,208**		0,060**		0,146**	
	p	0,836		0,952		0,884	
Eğitim durumu	İlkokul (1)	17,95	9,21	19,42	8,62	37,37	16,01
	Lise (2)	17,57	7,09	17,07	7,50	34,64	14,02
	Lisans (3)	22,68	7,15	21,15	6,20	43,82	12,72
	Lisansüstü (4)	22,94	7,99	22,00	7,09	44,94	14,52
	Test değeri	4,293***		2,440***		3,555***	
	p	0,006*		0,065		0,015*	
Medeni durum	Bonferroni	3>1, 4>1, 3>2, 4>2				3>1, 4>1, 3>2	
	Evli	22,25	7,50	21,09	6,60	43,34	13,38
	Bekar	18,43	10,74	17,14	8,86	35,57	19,41
	Test değeri	1,316**		1,547**		1,499**	
Kronik hastalık varlığı	Evet	19,71	8,18	20,89	7,23	40,61	13,94
	Hayır	22,54	7,44	21,00	6,60	43,54	13,49
	Test değeri	-2,147**		-0,094**		-1,242**	
	p	0,033*		0,925		0,215	
Gebelik haftası	26 hafta altı	21,84	7,34	20,71	6,53	42,54	13,23
	26 hafta ve üstü	22,40	7,80	21,21	6,80	43,61	13,85
	Test değeri	-0,616**		-0,625**		-0,652**	
	p	0,538		0,533		0,515	
Gebelik sayısı	Bir	22,61	7,27	21,27	6,37	43,87	13,01
	İki	21,70	7,90	19,90	7,29	41,60	14,76
	Üç	19,78	9,53	19,78	8,26	39,57	16,71
	Dört ve üzeri	22,44	6,30	21,44	6,10	43,88	11,46
	Test değeri	1,479***		0,730***		1,161***	
	p	0,220		0,535		0,325	
Çocuk sayısı	Bir	21,81	7,93	20,00	7,48	41,81	15,04
	İki	19,41	8,21	20,56	7,12	39,97	13,74
	Üç ve üzeri	23,40	8,45	19,70	7,67	43,10	16,05
	Henüz doğum yapmadım	22,60	7,35	21,27	6,45	43,87	13,19
	Test değeri	1,842***		0,519***		0,918***	
	p	0,140		0,670		0,433	
Düzenli olarak gebelik takibi yaptırma durumu	Evet	22,17	7,52	21,00	6,67	43,17	13,59
	Hayır	21,91	8,59	20,91	6,99	42,82	13,57
	Test değeri	0,157**		0,059**		0,117**	
	p	0,875		0,953		0,907	
En son doğum şekli	Normal	20,60	8,77	20,78	7,87	41,38	15,42
	Sezaryen	21,31	7,49	19,57	6,53	40,89	13,45
	Henüz doğum yapmadım	22,60	7,35	21,27	6,45	43,87	13,19
	Test değeri	1,410***		0,995***		1,122***	
	p	0,246		0,371		0,327	
Gebe okuluna gitme durumu	Evet, düzenli olarak gidiyorum	26,13	6,45	23,40	5,91	49,53	12,21
	Hayır, gitmiyorum	21,79	7,68	20,72	6,77	42,51	13,73
	Kısmen, ara ara gidiyorum	24,20	5,76	23,07	5,18	47,27	9,78
	Test değeri	2,929***		1,919***		2,660***	
	p	0,055		0,149		0,072	

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

4.2. ÜÇÜNCÜ AŞAMA: GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN TRAVMATİK DOĞUM ALGISINA ETKİSİNE DAİR BULGULAR

Tablo 10'da katılımcıların gruplarına göre tanıtıcı bilgilerinin dağılımı sunulmaktadır. Katılımcıların grupları ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiyi test etmek için ki-kare analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların grupları ile bazı demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim grubundaki katılımcıların %40,6'sının üç ve üzeri gebelik sayısına sahip olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların ise %53,1'inin bir gebelik geçirdiği belirlenmiştir. Eğitim grubundaki katılımcıların %68,8'inin gebelik haftasının 20 hafta ve altı olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların ise %59,4'ünün 20 hafta üstü gebelik haftasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Eğitim grubundaki katılımcıların %65,6'sının, kontrol grubundaki katılımcıların ise %100'ünün düşük yapmadığı bulunmuştur. Eğitim grubundaki katılımcıların %81,3'ünün, kontrol grubundaki katılımcıların ise %100'ünün küretaj olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların grupları ile gebelik boyunca hastane veya aile sağlığı merkezlerine yapılan kontrol ziyaretleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Eğitim grubundaki katılımcıların %53,1'i, kontrol grubundaki katılımcıların ise %71,9'u gebelik boyunca 4-6 kez kontrol yaptırmıştır. Eğitim grubundaki katılımcıların %53,1'inin izlenen doğum videosunun kısmen olumlu olduğunu, kontrol grubundaki katılımcıların ise %56,3'ünün izlenen videonun olumlu olmadığını ifade ettiği tespit edilmiştir. Eğitim grubundaki katılımcıların %78,1'inin, kontrol grubundaki katılımcıların ise %100'ünün doğum yapan bir yakınlarının yanında refakatçi olarak bulundukları belirlenmiştir. Eğitim ve kontrol grubundaki katılımcıların %53,1'inin doğumda birinin yanında refakatçi olma deneyimini "hem olumlu hem olumsuz" olarak değerlendirdiği görülmüştür. Eğitim grubundaki katılımcıların %78,1'i kendini yalnız hissetmediğini belirtirken, kontrol grubundaki katılımcıların %59,4'ü kendini yalnız hissettiğini ifade etmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Gruplarına Göre Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı

Değişkenler		Eğitim		Kontrol		X ²	p
		n	%	n	%		
Yaş ($\bar{X} \pm SS$, 29.25 $\pm$ 3.44)	29 yaş ve altı	16	50.0	17	53.1	0.063	0.802
	29 yaş üstü	16	50.0	15	46.9		
Eğitim durumu	İlkokul	1	3.1	0	0.0	6.652	0.068
	Ortaokul	5	15.6	0	0.0		
	Lise	13	40.6	14	43.8		
	Lisans	13	40.6	18	56.3		
Medeni durum	Evli	32	100.0	32	100.0	-	-
Kronik hastalık varlığı	Evet	3	9.4	0	0.0	4.306	0.238
	Hayır	29	90.6	32	100.0		
Gebelik sayısı	Bir	12	37.5	17	53.1	1.576	0.209
	İki ve üzeri	20	62.5	15	46.9		
Düzenli gebelik takiplerini yaptırma durumu	Evet	32	100.0	32	100.0	-	-
En son ki doğum şekli	Normal doğum	8	25.0	8	25.0	0.820	0.653
	Sezaryen	10	31.3	7	21.9		
	Henüz doğum yapmadım	14	43.8	17	53.1		
Gebelik döneminde herhangi bir eğitim alma durumu	Evet	1	3.1	0	0.0	1.402	0.500
	Hayır	31	96.9	32	100.0		
Şu an ki gebelikte herhangi bir risk durumu	Hayır	32	100.0	32	100.0	-	-
Daha önceki gebelikte herhangi bir sorun yaşama durumu	Evet	5	15.6	0	0.0	5.447	0.075
	Hayır	14	43.8	15	46.9		
	İlk gebelik	13	40.6	17	53.1		
Ölü doğum yapma durumu	Hayır	32	100.0	32	100.0	-	-
Yaşayan çocuklarda, herhangi bir engeli / anomali olan varlığı	Evet	2	6.3	0	0.0	2.754	0.222
	Hayır	18	56.3	15	46.9		
	Yaşayan çocuğum yok	12	37.5	17	53.1		
Planlı gebelik durumu	Evet	29	90.6	22	68.8	4.730	0.060
	Hayır	3	9.4	10	31.3		
Gebe kalma şekli	Doğal yolla	32	100.0	32	100.0	-	-
Gebelik süresince, hastane veya aile sağlığı merkezlerinde gebelik kontrollerine gitme durumu	Evet	32	100.0	32	100.0	-	-
Gebelik süresince, hastane veya aile sağlığı merkezlerinde gebelik kontrollerine gitme sayısı	1-3 kez	3	9.4	7	21.9	9.643	0.008*
	4-6 kez	17	53.1	23	71.9		
	7 kez ve üzeri	12	37.5	2	6.3		
Bu zamana kadar, doğum yapan birilerinden doğum hikâyesi izleme/dinleme durumu	Evet	30	93.8	32	100.0	2.837	0.492
	Hayır	2	6.3	0	0.0		
Doğum hikâyesi dinlenen kişi	Anne	3	9.4	4	12.5	5.335	0.234
	Abla	9	28.1	7	21.9		
	Arkadaş	3	9.4	9	28.1		
	Hepsi	15	46.9	12	37.5		
	Dinlemedim	2	6.3	0	0.0		

Tablo 10. Katılımcıların Gruplarına Göre Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı (Devamı)

Değişkenler		Eğitim		Kontrol		X ²	p
		n	%	n	%		
Bu zamana kadar, doğumla ilgili herhangi bir video izleme durumu	Evet	30	93.8	32	100.0	2.837	0.492
	Hayır	2	6.3	0	0.0		
Doğum yapan bir yakınınızın yanında, hastanede refakatçi olarak bulunma durumu	Evet	25	78.1	32	100.0	10.566	0.011*
	Hayır	7	21.9	0	0.0		
Doğumda birinin yanında refakatçi olma deneyimi	Olumlu (öğrendim, destek oldum)	3	9.4	0	0.0	14.903	0.001*
	Olumsuz (korktum, çaresiz hissettim vb.)	5	15.6	15	46.9		
	Hem olumlu hem olumsuz	17	53.1	17	53.1		
	Refakatçi olarak bulunmadım	7	21.9	0	0.0		
Önceki doğumlarında birinde aşağıdaki işlemlerden uygulanma durumu	Evet	17	53.1	15	46.9	1.361	0.617
	Hayır	1	3.1	0	0.0		
	Henüz doğum yapmadım	14	43.8	17	53.1		
	Suni sancı	7	21.9	3	9.4		
Önceki doğumlarında birinde uygulanan işlemler	Karnıma bastırılma (fundal bası)	2	6.3	0	0.0	8.371	0.148
	Epizyotomi	1	3.1	0	0.0		
	Epidural anestezi	7	21.9	7	21.9		
	Suni sancı ve karnıma bastırılma	0	0.0	4	12.5		
	Suni sancı, epizyotomi ve karnıma bastırılma	1	3.1	1	3.1		
	Henüz doğum yapmadım	14	43.8	17	53.1		
Sürekli yardım almayı gerektiren psikolojik bir sorun varlığı	Hayır	32	100.0	32	100.0	-	-
Kendinin doğum sırası	Bir	13	40.6	4	12.5	7.046	0.075
	İki	8	25.0	9	28.1		
	Üç	7	21.9	11	34.4		
	Dört ve üzeri	4	12.5	8	25.0		
Kendinin doğum şekli	Normal doğum	32	100.0	32	100.0	-	-
	Kalmadım	27	84.4	32	100.0		
Hayatında sözel ya da fiziksel şiddete maruz kalma durumu	Evlenmeden önce kaldım	2	6.3	0	0.0	4.654	0.053
	Evlilik süresince kaldım	3	9.4	0	0.0		
Gebelik sürecinde kendinizi yalnız hissetme durumu	Evet	7	21.9	19	59.4	9.328	0.005*
	Hayır	25	78.1	13	40.6		
Toplam		32	100.0	32	100.0		

*p<0.05

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları Tablo 10’da sunulmuştur. Analizler sonucunda, ölçeklerin güvenirliklerinin iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.50’den büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini desteklemektedir. Bu durum, çalışmada kullanılan ölçeklerin içsel tutarlılıklarının yüksek olduğunu ve güvenilir sonuçlar sağlayabileceğini göstermektedir (Özdamar, 2015).

Araştırmada kullanılan değişkenlerin normallik analizi sonuçları Tablo 11’de sunulmuştur. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 aralığında olması, değişkenlerin normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 11. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları

Değişken	Ölçüm Zamanı	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	Ön test	0.063	0.363	Normal
	Son test	-0.257	-1.552	Normal
	İzlem	-0.482	-1.189	Normal
Bilgiye Erişim ve Uygulama Boyutu	Ön test	-0.894	1.683	Normal
	Son test	-0.443	-0.300	Normal
	İzlem	-0.560	0.545	Normal
Bilgi Güvenilirliği ve Farkındalık Boyutu	Ön test	-0.856	2.021	Normal
	Son test	-0.707	0.601	Normal
	İzlem	-0.915	1.480	Normal
Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Ön test	-0.845	2.040	Normal
	Son test	-0.567	0.431	Normal
	İzlem	-0.738	1.251	Normal

Gruplar arası ve grup içi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 12’de sunulmuştur. Katılımcıların gruplarına göre Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ön test, son test ve izlem puanlarını karşılaştırmak için bağımsız t testi; grup içi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ön test, son test ve izlem puanlarını karşılaştırmak için ise tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların gruplarına göre Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ön test, son test ve izlem puanları arasında istatistiksel olarak Eğitim grubunun Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ön test puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu; buna karşın, kontrol grubunun Travmatik Doğum Algısı Ölçeği son test ve izlem puanlarının eğitim grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir, anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Eğitim grubunun Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ön test puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu; buna karşın, kontrol grubunun Travmatik Doğum

Algısı Ölçeği son test ve izlem puanlarının eğitim grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim grubu katılımcılarının grup içi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ön test, son test ve izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Fark yaratan aşamanın belirlenmesi amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Sonuç olarak, Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ön test puanlarının son test ve izlem puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarının grup*zaman etkileşimi açısından karşılaştırılması sonuçları Şekil 5 ve Tablo 12’de sunulmuştur. Gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p<0.05$), etki büyüklüğünün 0.838 olduğu ve büyük bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Zamanlar arası farklılık da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) ve etki büyüklüğünün 0.778 olduğu, büyük bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Zaman*grup etkileşimi ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p<0.05$), etki büyüklüğünün 0.794 olduğu ve büyük bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Gruplar Arası ve Grup İçi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

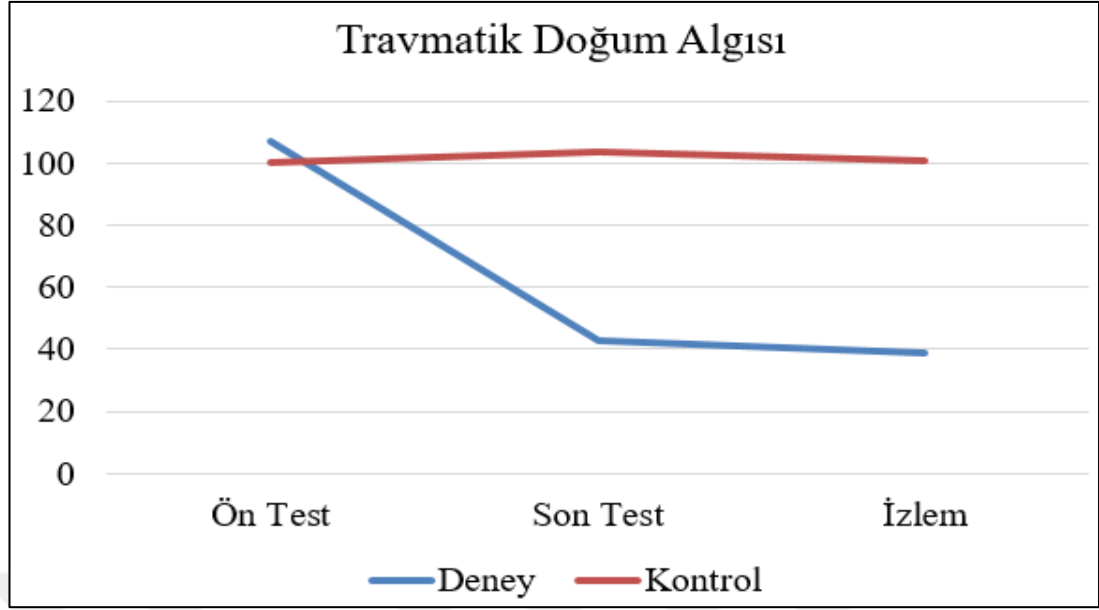
Değişken	Ölçüm Zamanı	Eğitim					Kontrol					t	p
		Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS		
Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	Ön test (1)	84,00	122,00	107,00	106,91	7,62	92,00	111,00	101,50	100,28	4,47	4,242	p<0.001*
	Son test (2)	14,00	81,00	40,50	42,75	16,38	91,00	117,00	103,50	103,28	7,26	-19,110	p<0.001*
	İzlem (3)	0,00	71,00	43,50	38,56	20,73	93,00	113,00	101,00	100,69	5,47	-16,394	p<0.001*
	F	270,634					2,616						
	p	p<0.001*					0,081						
	Etki Büyüklüğü	0,897					0,078						
	Bonferroni	1>2, 1>3					-						

$$F_{grup}=321,422, p_{grup}=0.000*, Etki\ büyüklüğü_{grup}=0,838$$

$$F_{zaman}=217,620, p_{zaman}=0.000*, Etki\ büyüklüğü_{zaman}=0,778$$

$$F_{zaman*grup}=239,313, p_{zaman*grup}=0.000*, Etki\ büyüklüğü_{zaman*grup}=0,794$$

*p<0.05



Şekil 5. Zamana Göre Gruplar Arasında “Travmatik Doğum Algısı Ölçeği” Puanlarının Karşılaştırılması

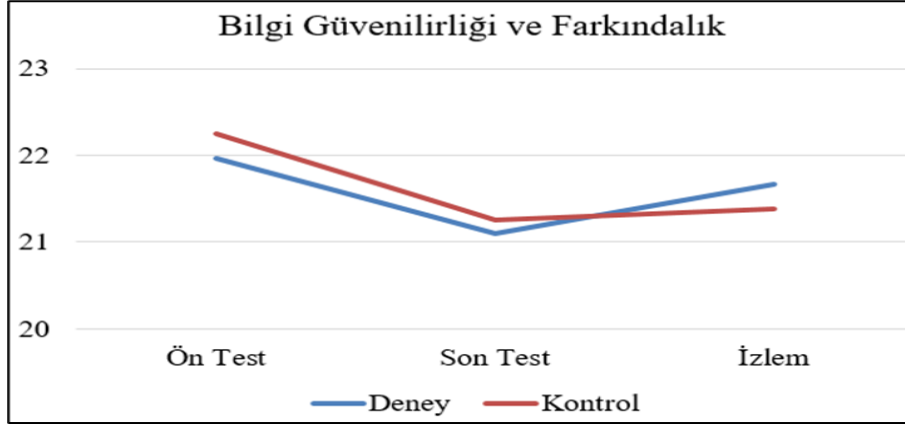
Gruplar arası ve grup içi Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 13’te sunulmuştur. Katılımcıların gruplarına göre Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyut ön test, son test ve izlem puanlarını karşılaştırmak için bağımsız t testi; grup içi Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyut ön test, son test ve izlem puanlarını karşılaştırmak için ise tekrarlı ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların gruplarına göre Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyut ön test, son test ve izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde, eğitim grubu ve kontrol grubu katılımcılarının grup içi Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyut ön test, son test ve izlem puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyut puanlarının grup zaman etkileşimi açısından karşılaştırılması Şekil 6, Şekil 7 ve Şekil 8’de sunulmuştur. Gruplar arası farklılık, zamanlar arası farklılık ve zaman grup etkileşimi yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

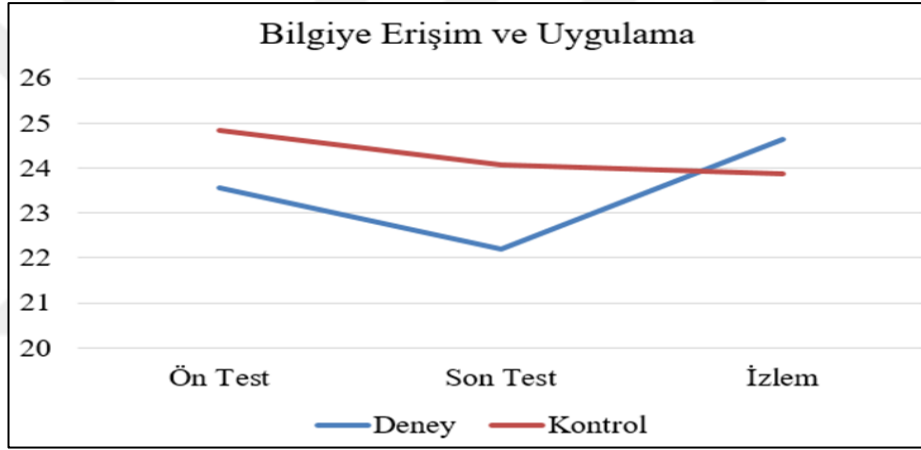
Tablo 13. Gruplar Arası ve Grup İçi Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçüm Zamanı	Eğitim					Kontrol					t	p
		Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS		
Bilgiye Erişim ve Uygulama Boyutu	Ön test	7,00	35,00	24,50	23,56	7,33	19,00	31,00	25,00	24,84	2,89	-0,920	0.361
	Son test	7,00	35,00	23,50	22,19	9,13	15,00	31,00	24,00	24,06	4,09	-1,061	0.293
	İzlem	7,00	35,00	26,00	24,63	9,06	16,00	32,00	24,00	23,88	3,54	0,436	0.664
	F			1,206					0,888				
	p			0.306					0,417				
	Etki Büyüklüğü			0,037					0,028				
	$F_{grup}=0,390, p_{grup}=0.534, Etki\ büyüklüğü_{grup}=0,006$												
	$F_{zaman}=1,055, p_{zaman}=0.351, Etki\ büyüklüğü_{zaman}=0,017$												
	$F_{zaman*grup}=1,234, p_{zaman*grup}=0.295, Etki\ büyüklüğü_{zaman*grup}=0,020$												
Bilgi Güvenilirliği ve Farkındalık Boyutu	Ön test	6,00	30,00	23,00	21,97	5,12	17,00	28,00	22,00	22,25	3,21	-0,263	0.793
	Son test	6,00	30,00	22,00	21,09	7,30	14,00	27,00	21,00	21,25	3,55	-0,109	0.914
	İzlem	6,00	30,00	23,50	21,66	7,21	15,00	26,00	22,00	21,38	3,02	0,203	0.839
	F			0,266					1,050				
	p			0.767					0.356				
	Etki Büyüklüğü			0,009					0,033				
	$F_{grup}=0.003, p_{grup}=0.959, Etki\ büyüklüğü_{grup}=0.000$												
	$F_{zaman}=0.881, p_{zaman}=0.417, Etki\ büyüklüğü_{zaman}=0.014$												
	$F_{zaman*grup}=0.085, p_{zaman*grup}=0.918, Etki\ büyüklüğü_{zaman*grup}=0.001$												
Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Ön test	13,00	65,00	48,00	45.53	11,83	36,00	58,00	46,00	47,09	5,23	-0,683	0.497
	Son test	13,00	65,00	46,00	43.28	16,01	33,00	58,00	46,50	45,31	6,16	-0,670	0.505
	İzlem	13,00	65,00	48,50	46.28	16,16	35,00	58,00	46,00	45,25	5,37	0,343	0.733
	F			0,668					1,265				
	p			0.516					0.289				
	Etki Büyüklüğü			0,021					0,039				
	$F_{grup}=0,151, p_{grup}=0.699, Etki\ büyüklüğü_{grup}=0,002$												
	$F_{zaman}=0,963, p_{zaman}=0.385, Etki\ büyüklüğü_{zaman}=0,015$												
	$F_{zaman*grup}=0,603, p_{zaman*grup}=0.549, Etki\ büyüklüğü_{zaman*grup}=0,010$												

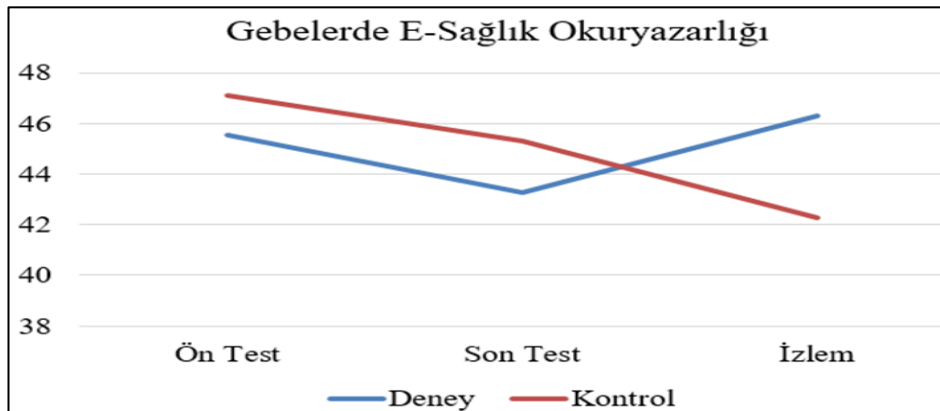
*p<0.05



Şekil 6. Zamana Göre E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Bilgi Güvenilirliği ve Farkındalık Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması



Şekil 7. Zamana Göre E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Bilgi Erişim ve Uygulama Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması



Şekil 8. Zamana Göre E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puanının Karşılaştırılması

Eğitim grubunun değişkenler arasındaki ilişkisi Tablo 14’te verilmiştir. Eğitim grubunun değişkenler arasındaki ilişkisi Tabloda verilmiştir. Eğitim grubunun travmatik doğum algısı ölçeği ön test puanları ile bilgiye erişim ve uygulama boyutu ön test puanları arasında ($r=0.488$, $p<0.05$), bilgi güvenilirliği ve farkındalık boyutu ön test puanları arasında ($r=0.374$, $p<0.05$) ve gebelerde e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ön test puanları arasında ($r=0.449$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir.

Kontrol grubunun travmatik doğum algısı ölçeği izlem puanları ile bilgiye erişim ve uygulama boyutu izlem puanları arasında ($r=0.488$, $p<0.05$), bilgi güvenilirliği ve farkındalık boyutu izlem puanları arasında ($r=0.374$, $p<0.05$) ve gebelerde e-sağlık okuryazarlığı ölçeği izlem puanları arasında ($r=0.449$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 14. Eğitim ve Kontrol Grubunun Değişkenler Arasındaki İlişkisi

		Travmatik Doğum Algısı Ölçeği			
		Eğitim		Kontrol	
		r	p	r	p
Ön test	Bilgiye Erişim ve Uygulama Boyutu	0,488	0.005*	0,106	0.563
	Bilgi Güvenilirliği ve Farkındalık Boyutu	0,374	0.035*	0,116	0.526
	Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0,449	0.010*	0,136	0.460
İzlem	Bilgiye Erişim ve Uygulama Boyutu	-0,024	0.898	0,476	0.006*
	Bilgi Güvenilirliği ve Farkındalık Boyutu	-0,069	0.706	0,409	0.020*
	Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	-0,044	0.810	0,514	0.003*

* $p<0.05$

5. TARTIŞMA

Bu çalışma “Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”nin geliştirilmesi, geçerlik güvenirliğinin test edilmesi, psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi ve gebelere verilen eğitimin travmatik doğum algısına etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma bulguları, ilgili literatür bilgileriyle ilişkilendirilerek bu bölümde tartışılmıştır. Çalışmanın üç aşamalı yapısı göz önünde bulundurularak, tartışma kısmı da üç ana başlık altında ele alınmıştır.

5.1. BİRİNCİ AŞAMA: GEBELERDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK BULGULARININ TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, onaylanmış ve güvenilir bir Gebelerde E- Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği geliştirilmiştir. E-sağlık okuryazarlığı kadının gebelik süreci üzerindeki etkisini belirlemek için oluşturulmuş kapsamlı bir ölçektir. Bu ölçek bilgiye erişim ve uygulama ve bilgi güvenirliği ve farkındalık olmak üzere iki temel alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, her biri gebelikte e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili bilgiye erişim ve uygulama, bilgi güvenirliği ve farkındalık boyutlarını ölçmeye yönelik özellikleri ele alan 13 madde içermektedir.

Ölçeğin güvenirlik düzeyi, tüm maddeler ve her bir faktör için Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Cronbach alfa katsayısı, ölçek maddelerinin homojenliğini ve iç tutarlılığını belirlemeye yönelik önemli bir parametredir (Tavşancıl, 2019). Bir ölçeğin Cronbach alfa katsayısının yüksek olması, ölçek maddelerinin birbirleriyle tutarlı olduğunu ve ölçeğin ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru bir şekilde yansıtan maddelerden oluştuğunu göstermektedir (Erbil ve Bakır, 2009). Tavşancıl (2019), Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını güvenirlik düzeylerine göre şu şekilde sınıflandırmıştır: "0.80-1.00 aralığı mükemmel güvenirlik, 0.60-0.80 aralığı oldukça güvenirlik, 0.40-0.60 aralığı düşük güvenirlik" (Kartal ve Dirlik, 2016; Yakar, Oğuz ve Waldreus, 2024; Aimran, Ahmad, Afthanorhan ve Awang, 2017). Bu bağlamda,

çalışmamızda Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayısı 0.933 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, ölçeğin yüksek düzeyde iç tutarlılık ve güvenilirliğe sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Geçerlik, bir veri toplama aracının ölçmeyi amaçladığı kavram veya değişkene ilişkin bileşenleri ne derece kapsadığını değerlendiren önemli bir faktördür (Taherdoost, 2024). Bu çalışmada, Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin geçerliliğini test etmek amacıyla içerik ve yapı geçerliliği analiz edilmiştir (Dunn, 2020; Tavakol, Nikbakht Nasrabadi, Behboodi Moghadam, Salehiniya ve Rezaei, 2017). Değerlendirme süreçlerinde içerik geçerliliği oranı (KGO) ve içerik geçerliliği indeksi (KGI) kullanılmaktadır. Değerlendirme uzmanı sayısının 14 olduğu durumlarda, kabul edilebilir bir geçerlilik için KGO'nun 0.51'in üzerinde, KGI'nin ise 0.8'in üzerinde olması gerekmektedir (Shi, Mo ve Sun, 2012). Bu kriterler doğrultusunda yapılan analiz, ölçeğin geçerlilik düzeyini belirlemeye yönelik temel bir ölçüt sağlamaktadır. Uyarlanan Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin içerik geçerliliğine on dört uzman karar verdi ve içerik geçerliliği hesaplama yöntemine göre bu çalışmanın sonuçları KGO 0,80'nin üzerinde ve KGI'nin 0,97 olduğunu gösterdi. Bu durum da Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği iyi bir içerik geçerliliğine sahiptir; bu da Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin gebelerde e-sağlık okuryazarlığını daha iyi yansıtabileceğini göstermektedir.

Geçerliliğin test edilmesindeki adımlardan biri yapı geçerliliğidir. Yapı geçerliliği, aracın teorik yapıyı ölçme yeteneğini gösterir. Yapı geçerliliğinin aşamalarından biri olan Açıklayıcı Faktör Analizinde öncelikle örneklem büyüklüğünün uygunluğunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu araştırmada örneklem büyüklüğünün uygunluğu, Kaiser-Meyer Olkin (KMO) testi ile değerlendirilmiştir. KMO değerleri 0,90-1,00 arasında ise mükemmel, 0,80-0,89 arasında çok iyi, 0,70-0,79 arasında iyi, 0,60-0,69 arasında orta, 0,50-0,59 arasında ise zayıf korelasyon olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2023). Mevcut çalışmada, KMO katsayısı 0,92 olarak bulunmuş ve Bartlett testi sonuçları oldukça anlamlı kabul edilmiştir ($\chi^2(78) = 2601.374$; $p < 0.05$). Bu bulgular doğrultusunda, örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu değerlendirilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi kullanılarak belirlenen 2 faktörlü yapının model uyumu doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak test edilmiş ve model genel olarak doğrulanmıştır. DFA sonucunda 13 maddelik 2 faktörlü bir yapısı elde edilmiştir. Ölçek geliştirme çalışmalarında, açımlayıcı faktör analizi (AFA) sonrasında elde edilen yapının geçerliliğini test etmek için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılması önerilmektedir (Orçan, 2018). Bu çalışmada, açımlayıcı faktör analizi ile belirlenen faktör yapısının uygunluğu, doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiştir (Erkorkmaz, Etikan, Demir, Özdamar ve Sanisoğlu, 2013; Yusof, Awang, Jusoff ve Ibrahim, 2017; Aimran, Ahmad, Afthanorhan ve Awang, 2017; Awang ve Pendekatan Mudah, 2018; Erdoğan, Nahcivan ve Esin, 2020). DFA, AFA ile elde edilen faktör yapısının veri setine ne ölçüde uyum sağladığını test ederek ölçeğin geçerlilik düzeyini değerlendiren önemli bir analiz yöntemidir. Çalışmamızda DFA analizinde ölçekte yer alan ifadelerin model uyum değerleri kabul edilebilir düzeyde bulunmamış; böylece modifikasyon indeksleri iyileştirildi. Bu aşamada uyumu azaltan değişkenler belirlenerek yeni kovaryanslar oluşturulmuştur. Modelin modifikasyon sonrası elde edilen değerlerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmüştür (İlhan ve Çetin, 2014). Modelin verilerle uyumluluğunu test etmek için kullanılan kriterlerden biri olan CMIN/df için 5 ve altı değer kabul edilmektedir (Yaşlıoğlu, 2017). RMSEA değerinin 0,10'u geçmemesi beklenmektedir (Akyüz, 2018). 0,90'a eşit veya daha büyük CFI ve GFI değerleri iyi uyumu gösterir. AGFI 0 ile 1 arasında olmasına rağmen 1'e yaklaştıkça daha iyi uyum sağlamaktadır (Hooper, Coughlan and Mullen, 2008; Erkorkmaz, Etikan, Demir, Özdamar ve Sanisoğlu, 2013; Yaşlıoğlu, 2017; Kline, 2023). Çalışma da (N=285; $p<0,000$; $\chi^2/sd=3.554$; CMIN:216,796; RMSEA=0.096; CFI=0,956; GFI=0,892) mükemmel uyum sergilemiştir.

5.2. İKİNCİ AŞAMA: ÖLÇEK DOĞRULAMA VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmada, katılımcıların demografik özelliklerinin ölçek ve boyut puanları ile karşılaştırılması sonucunda, gebelerin eğitim durumlarına göre bilgiye erişim ve

uygulama ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Araştırmalar, eğitim durumunun gebe kadınlar arasında e-sağlık okuryazarlığını ve sağlık davranışlarını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Daha yüksek eğitim seviyeleri, artan e-sağlık okuryazarlığı ve daha iyi sağlık algıları ile ilişkilidir (Tully et al. 2018; Tugut, Yeşildağ Çelik ve Yılmaz, 2021). Bu bulgular, eğitim düzeyi yüksek olan gebe kadınların sağlık bilgisine erişim ve bu bilgiyi etkin kullanma yeteneklerinin daha gelişmiş olduğunu ve dolayısıyla sağlık sonuçlarının daha iyi olabileceğini ortaya koymaktadır. E-sağlık okuryazarlığı, gebelik sürecinde sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını ve doğum ağırlığını olumlu yönde etkilemekte (Kharazi Peyman and Esmaily, 2028; Korkmaz Aslan Kılınç İşleyen, Kartal ve Koştı, 2024) ve bilgi teknolojisinin daha fazla kabul edilmesi ile sağlık bilgilerini paylaşma istekliliği ile bağlantılıdır (Rahdar Montazeri, Mirzaee and Ahmadian, 2023). Yapılan bir çalışmada e-sağlık okuryazarlığı daha yüksek olanların sosyal medyadaki gebelik bilgilerini sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla paylaşma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (George et al. 2023). Bu kapsamda dijital platformların gebelik sürecinde bilgi paylaşımı için nasıl bir araç haline geldiğini ve sağlık profesyonellerinin e-sağlık okuryazarlığı yüksek olan gebelerle daha etkili bir iletişim kurabileceğini ortaya koymaktadır. Çalışmamızın bulguları, mevcut literatürle tutarlılık göstermekte olup, gebe kadınlar arasında e-sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahalelerin gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu müdahaleler, anne sağlığı sonuçlarını iyileştirebilir ve anne bakımındaki eşitsizlikleri azaltabilir.

Çalışmada, kronik hastalığı olmayan gebelerin bilgiye erişim ve uygulama puanlarının, kronik hastalığı olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan bir çalışmada gebelik diyabeti olan gebe kadınların e-sağlık okuryazarlığı yetersiz kalmakta ve sağlık bilgi erişim kaynakları e-sağlık okuryazarlıklarını etkilemekte olduğu bulunmuştur (Xu et al. 2024). Bu kapsamda gebelik döneminde hastalığa sahip olma, e-sağlık okuryazarlığının düşük olmasının, sağlık yönetimi açısından önemli bir engel oluşturduğu söylenebilir.

5.3. ÜÇÜNCÜ AŞAMA: GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN TRAVMATİK DOĞUM ALGISINA ETKİSİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.3.1. Gruplar Arası ve Grup İçi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim grubu katılımcılarının grup içi travmatik doğum algısı ölçeği ön test, son test ve izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgu verilen eğitimin travmatik doğum algısını azalttığını göstermektedir. Literatürde gebelikte verilen eğitimin travmatik doğum algısına etkisini inceleyen bir çalışmaya henüz rastlanılmamıştır. Bu doğrultuda bu çalışma verilen eğitimin travmatik doğum algısına etkisini incelemede öncü bir rol oynamaktadır. Literatürde daha önceki çalışmalar incelendiğinde gebelikte verilen eğitimlerin doğum korkusu, doğum öz-yeterliği, anne öz-yeterliği, travma sonrası stres bozukluğu, kadınların doğumla başa çıkma yetenekleri, doğum şekline etkileri, depresyon, anksiyete, stres, anneliğe uyum, vajinal doğum oranı üzerine etkisi gibi alanlarında etkileri incelenmiştir (İp ve ark., 2009; Salomonsson ve ark., 2013; İsbir ve ark., 2016; Sercekus ve Başkale, 2016; Byrne ve ark., 2014; Pinar ve ark., 2018; Çankaya ve ark., 2021). Ancak, bu çalışmaların çoğu travmatik doğum algısı özelinde bir değerlendirme sunmamaktadır.

Günümüzde grup eğitimi giderek daha yaygın hale gelmiştir. Günümüzün geleneksel yönetim anlayışı, maliyetleri düşürme ve etkililiği artırma amacı güttüğünden, bu durum zaman tasarrufu, maliyetler, kişiler ve danışanlar arasındaki ilişki ve grubun bireylerin davranışları ve performansı üzerindeki etkisi nedeniyle uzmanlar ve otoritelerin grup eğitime yönelmesine yol açmıştır. Grup eğitimi, bireysel veya dolaylı eğitime kıyasla daha etkili olmaktadır (Ghanbari ve ark., 2012). Bu çalışmada küçük gruplarda eğitim müdahalesi travmatik doğum algısını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur.

Gebelerin gruplarına göre Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ön test, son test ve izlem puanları arasında istatistiksel olarak Eğitim grubunun Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ön test puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu; buna karşın, kontrol

grubunun Travmatik Doğum Algısı Ölçeği son test ve izlem puanlarının eğitim grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç, doğum öncesi verilen eğitimin, gebelerin doğum sürecine yönelik algılarını değiştirdiğini ve travmatik doğum algısını azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Eğitim grubunun ön test puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olması, eğitim sürecine katılan gebelerin doğum hakkında daha fazla kaygı duyduğunu veya doğum sürecine ilişkin farkındalıklarının yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Mevcut literatürde, doğum öncesi eğitimin travmatik doğum algısına etkisini inceleyen doğrudan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak yapılan bir metaanaliz çalışmasında doğum öncesi eğitimlerin, gebelerin doğum kaygısını azalttığı, doğum sürecine dair kontrol algısını artırdığı ve genel doğum memnuniyetini yükselttiği bilinmektedir (Alizadeh-Dibazari, Abdolalipour and Mirghafourvand, 2023). Bu bulgular, doğum öncesi eğitimin doğum sürecine dair bilgi eksikliğini gidererek, doğum deneyimini daha olumlu hale getirebileceğini desteklemektedir.

Doğum öncesi eğitimin travmatik doğum algısı üzerindeki etkisinin incelenmemiş olması, bu çalışmanın alana önemli bir katkı sunduğunu göstermektedir. Doğum öncesi eğitimler genellikle doğum sürecine yönelik bilgi sağlamaya, doğum tekniklerini öğretmeye ve anksiyeteyi azaltmaya odaklanmaktadır. Ancak, doğum sonrası dönemde travmatik doğum algısının uzun vadeli psikolojik etkileri göz önünde bulundurulduğunda, bu tür eğitimlerin doğum algısı üzerindeki etkisinin daha kapsamlı şekilde ele alınması gerekmektedir.

Bu bağlamda, gelecekte yapılacak çalışmalarda, farklı doğum öncesi eğitim programlarının içeriği ve uygulanış biçimi detaylı şekilde değerlendirilerek, travmatik doğum algısını azaltmadaki etkinliği araştırılmalıdır. Ayrıca, eğitimin uzun vadeli etkilerini inceleyen takip çalışmalarıyla, doğum sonrası dönemde travmatik doğum algısının kalıcılığı ve psikolojik iyi oluş üzerindeki etkileri belirlenmelidir. Bu tür araştırmalar, doğum öncesi eğitimlerin yapılandırılmasına katkı sağlayarak, doğum sürecinde gebelere yönelik destekleyici müdahalelerin geliştirilmesine ışık tutacaktır.

Bu çalışma, doğum öncesi eğitimin gebelerin doğum algısı üzerinde belirleyici bir rol oynayabileceğini ve bu tür eğitimlerin doğum deneyimini daha olumlu hale getirmek için önemli bir araç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Sağlık profesyonelleri, gebelerin doğum sürecine bilinçli şekilde hazırlanmasını sağlamak amacıyla eğitim programlarını yaygınlaştırmalı ve doğum öncesi danışmanlık hizmetlerine daha fazla önem vermelidir.

Bu çalışmanın sonuçları, sağlık profesyonellerinin doğum öncesi danışmanlık ve eğitim süreçlerine daha fazla önem vermeleri gerektiğini göstermektedir. Özellikle, doğum sürecine ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesi, gebelerin travmatik doğum algısını azaltmada önemli bir rol oynayabilir. Doğum öncesi eğitim programlarının yapılandırılması ve gebelerin doğuma dair bilinçlenmelerinin sağlanması, doğum deneyimlerini daha olumlu hale getirebilir ve psikolojik iyi oluşlarını artırabilir.

5.3.2. Gruplar Arası ve Grup İçi Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Tartışılması

Katılımcıların gruplarına göre gebelerde e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ve boyut ön test, son test ve izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Ancak, eğitim grubu e-sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları izlem puanı kontrol grubu izlem puanına göre nispeten artmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular, eğitimin bilgi düzeyini artırma potansiyeline sahip olduğunu ancak bu artışın sağlıkla ilgili davranışlara doğrudan yansımadığını ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda literatür incelendiğinde, yapılan bir çalışmada müdahale öncesinde e-sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının her iki grupta da orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Solhi ve ark., 2019). Gebelik sırasında sağlık eğitiminin sağlık kaynaklarının davranışı ve kullanımı üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada gebelik hakkındaki bilgi düzeyinde bir artış sağlanmış olsa da bu artış sağlıkla ilgili davranışlarda, sağlık hizmeti kullanımında, gebelik komplikasyonlarının teşhisinde veya gebelik için yararlı olabilecek tedavilerin alınmasında herhangi bir değişikliğe yol açmamıştır (Belizán et al. 1995). Benzer şekilde, bu çalışmada da bilgi artışının gözlenmiş olmasına rağmen davranış değişikliği veya sağlık hizmeti kullanımında anlamlı bir farklılık bulunmaması, bilgi düzeyi artışının davranışa dönüşebilmesi için daha uzun süreli veya daha kapsamlı

müdahalelere ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Öte yandan yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin gebe kadınlarda sağlık sonuçlarını inceleyen bir metaanaliz çalışmasında müdahale sonrası gebelerin bilgi düzeyini artırabileceğini ve anksiyete gibi ikincil sonuçları iyileştirebileceği tespit edilmiştir (Zibellini, Muscat, Kizirian and Gordon, 2021). Bu bulgu, eğitim sonrası izlem puanlarındaki kısmi artışı destekler niteliktedir ve sağlık eğitiminin kısa vadeli etkilerinin bilgi artışı ve psikolojik iyileşme gibi alanlarda görülebileceğini ortaya koymaktadır.

Ancak, e-sağlık okuryazarlığının sağlık davranışlarına dönüşebilmesi için bireysel, çevresel ve sistemik faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Eğitim programlarının davranış değişikliği yaratabilmesi için daha uzun süreli uygulamalara, izleme süreçlerine ve bireylerin sağlık davranışlarını benimsemelerine yönelik stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda, çalışmada elde edilen bulgular, eğitim programlarının yapılandırılmasında daha kapsamlı ve davranış değişikliğine odaklanan yaklaşımların benimsenmesi gerektiğini göstermektedir.

Eğitim grubunda gebelerin bilgiye erişim ve uygulama boyutu ve e-sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalamaları eğitim sonrasında nispeten artmıştır. Bu bulgu, eğitim müdahalelerinin bireylerin bilgi düzeyini artırabileceğini ancak bu artışın davranışa dönüşebilmesi için daha fazla faktörün dikkate alınması gerektiğini işaret etmektedir. Literatür bu bulguları desteklemektedir. Örneğin, Solhi, Abbasi, Azar and Hosseini'nin çalışmasına göre (2019), müdahale sonrası sağlık okuryazarlığı puan ortalamasında bir artış gözlenmiş ve bu durum sağlık eğitiminin bilgi düzeyini artırma potansiyelini ortaya koymuştur. Ayrıca, Kamali, Abedian, Saber Mohammad and Mohebbi Dehnavi (2018) çalışmasında da benzer şekilde müdahalelerin bilgi artışını sağladığı belirtilmiştir. Bu bulgular, e-sağlık okuryazarlığına yönelik eğitimlerin bilgi düzeyini artırmada etkili olabileceğini göstermektedir.

Diğer yandan, Ngy ve arkadaşlarının (2007) çalışması, artan sağlık okuryazarlığının doğum sonrası anemi oranlarının azalması, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin azalması ve prenatal bakım hizmetlerinden yararlanma oranlarının artması gibi olumlu

sonuçlarla ilişkilendirildiğini vurgulamaktadır. Bu da sağlık okuryazarlığının artırılmasının, doğrudan sağlık sonuçlarını iyileştirebileceğine işaret etmektedir.

Ancak bu çalışmada, e-sağlık okuryazarlığı puanlarındaki artışın davranışa dönüşmediği görülmektedir. Bu durum, sağlık eğitiminin etkisinin yalnızca bilgi düzeyiyle sınırlı kalmaması gerektiğini, davranış değişikliği yaratabilmesi için daha kapsamlı ve uzun süreli müdahalelerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Eğitimin etkili olabilmesi için bireysel farkındalığın artırılmasının yanı sıra, bu farkındalığın pratikte uygulamaya dönüşmesine yönelik stratejiler geliştirilmelidir. Bu bağlamda, eğitim programlarının daha fazla yapılandırılması ve bireysel ihtiyaçlara göre özelleştirilmesi önerilebilir.

5.3.4. Eğitim Grubunun Değişkenler Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Eğitim grubunun travmatik doğum algısı ölçeği ön test puanları ile bilgiye erişim ve uygulama boyutu ön test puanları arasında ($r=0.488$, $p<0.05$), bilgi güvenilirliği ve farkındalık boyutu ön test puanları arasında ($r=0.374$, $p<0.05$) ve gebelerde e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ön test puanları arasında ($r=0.449$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu durum travmatik doğum algısına sahip olan bireyler, doğum sürecine dair endişeleri nedeniyle daha fazla bilgi arayışına girmiş olabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda sağlık bilgilerinin doğruluğunu sorgulama ve bilgiyi anlamlandırma kapasitelerini artırmış olabilir. Bu, bilgiye erişimin ve farkındalığın artmasıyla bir fırsat alanı olarak değerlendirilebilir. Yani, travma algısı bir motivasyon kaynağı olmuş ve bireyleri daha bilinçli hale getirmiş olabilir.

Eğitim grubunun eğitim sonrası travmatik doğum algısı ölçeği izlem puanları ile bilgiye erişim ve uygulama boyutu izlem puanları arasında, bilgi güvenilirliği ve farkındalık boyutu izlem puanları arasında ve gebelerde e-sağlık okuryazarlığı ölçeği izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (her biri için; $p>0.05$). Eğitim sonrası yapılan ölçümlerde bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması, eğitimin bireylerin travmatik doğum algısını azaltmada etkili olduğunu ve aynı zamanda bilgiye erişim, bilgi güvenilirliği ve farkındalık

boyutlarında mevcut endişeleri azaltarak dengeli bir duruma ulaştırdığını düşündürmektedir. Bu durum, verilen eğitimin bireylerin travmatik doğum algısını yönetmelerine yardımcı olduğunu ve eğitimin bu algının negatif etkilerini ortadan kaldırmada bir fırsat sunduğunu göstermektedir. Literatürde yapılan çalışmalar, sağlık okuryazarlığı temelli antenatal eğitimlerin doğum korkusunu azalttığını ve psikolojik iyi oluşa olumlu katkılar sağladığını ortaya koymaktadır (Solhi ve ark., 2019; Aslantekin Özçoban ve ark., 2022). Haapio ve arkadaşlarının (2017) primipar gebe kadınlarla gerçekleştirdiği çalışmada, antenatal eğitimlerin doğum korkusunu azalttığı bildirilmiştir (Haapio ve ark., 2017). Masoumi ve arkadaşlarının (2016) İran'da gerçekleştirdiği bir çalışmada ise, 8 saatlik doğal doğuma hazırlık programının, müdahale grubunda doğum korkusunu kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azalttığı belirlenmiştir (Masoumi ve ark., 2016). Benzer şekilde, Karabulut ve arkadaşları (2016) 15 saatlik doğuma hazırlık eğitimi alan bireylerin, eğitim almayanlara kıyasla daha az doğum korkusu yaşadığını göstermiştir (Karabulut ve ark., 2016). Yapılan bir çalışmada antenatal eğitimin doğum korkusunu etkili bir şekilde azalttığını rapor etmektedir (Serçekuş ve Başkale, 2016). Ayrıca, sistematik bir incelemede antenatal eğitim, psikoeğitim ve danışmanlık gibi müdahalelerin doğum korkusunu ve gebelikte yaşanan anksiyeteyi azalttığı bildirilmiştir (Aguilera-Martín ve ark., 2021). Doğum korkusunu azaltmak, doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilecek psikolojik sorunların önlenmesinde önemlidir (Challacombe ve ark., 2021). Ayrıca bir çalışmada çevrimiçi farkındalık eğitimi gibi yöntemler, doğumla ilgili anksiyeteyi azaltmada, standart doğum öncesi eğitime kıyasla daha etkili bulunmuştur (Yang ve ark., 2019). Bu çalışmada gebelere verilen eğitimin türü bakımından ve travmatik doğum algısına etkisini inceleyen ilk çalışma olmasından dolayı mevcut literatüre önemli katkı sağlamaktadır. Bu doğrultuda, antenatal eğitimlerin doğum korkusunu ve travmatik doğum algısını azaltıcı etkilerini destekler niteliktedir. Eğitim grubunda, antenatal eğitim sonrasında travmatik doğum algısı ve bilgiye erişim boyutları arasındaki anlamlı ilişkinin ortadan kalkması, eğitimin bireylerin doğum sürecine dair endişelerini yönetmelerine ve bilgiye daha rasyonel bir şekilde yaklaşmalarına olanak sağladığını göstermektedir. Ayrıca, eğitim sonrası elde edilen bu bulgular, bireylerin eğitim öncesinde travmatik algılarının bir motivasyon kaynağı olarak daha fazla bilgi arayışına yönelirken, eğitim sonrası bu motivasyonun yerini daha bilinçli ve kontrollü

bir tutuma bırakmış olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, verilen eğitimin yalnızca travmatik doğum algısını azaltmakla kalmadığını, aynı zamanda bireylerin e-sağlık okuryazarlığına dair kapasitelerini güçlendirdiğini ve onların bilgiye erişim ve anlamlandırma süreçlerini daha dengeli bir hale getirdiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, antenatal eğitimlerin, gebelik döneminde yaşanan travmatik doğum algısı ve doğum korkusu gibi psikolojik etkilerin azaltılmasında etkili bir yöntem olduğunu ve bu tür eğitimlerin psikolojik iyi oluşu artırmak, doğum sürecine dair bilinç oluşturmak ve bireylerin travmatik algılarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için önemli bir araç olduğunu söylemek mümkündür. Eğitim programlarının genişletilmesi ve bu tür müdahalelerin daha fazla gebe kadına ulaştırılması, uzun vadede anne ve bebeğin psikolojik ve fiziksel sağlığına olumlu katkılar sağlayacaktır. Bu bulgular, antenatal dönemde sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen eğitimlerin önemini bir kez daha vurgulamakta ve doğum sürecine yönelik psikososyal destek programlarının yaygınlaştırılmasının gerekliliğine dikkat çekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

“Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirliğin test edilmesi, etkileyen psikometrik özelliklerin belirlenmesi ve gebelere verilen eğitimin travmatik doğum algısına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları incelendiğinde;

- Geliştirilen “Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”nin iyi bir güvenilirliğe ve geçerliliğe sahip olduğunu, Türk kültürüne uygun bir şekilde gebelerde e-sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için kullanılabileceğini göstermektedir.
- Katılımcıların grupları ile gebelik sürecinde kendinizi yalnız hissetme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Eğitim grubu katılımcılarının %78,1’inin hayır, kontrol grubu katılımcılarının ise %59,4’ünün evet cevabını verdiği bulunmuştur (Tablo 3).
- Katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri incelendiğinde eğitim ve kontrol gruplarında yaş, eğitim durumu, düzenli gebelik takiplerini yaptırma durumu, gebelik döneminde herhangi bir eğitim alma durumu, planlı gebelik durumu, gebelik süresince, hastane veya aile sağlığı merkezlerinde gebelik kontrollerine gitme durumu, doğum yapan birilerinden doğum hikâyesi izleme/dinleme durumu, doğumla ilgili herhangi bir video izleme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.005$).
- Eğitim grubu katılımcılarının grup içi travmatik doğum algısı ölçeği ön test, son test ve izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).
- Gruplar arası farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Etki büyüklüğünün 0,838 olduğunu ve büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu tespit edilmiştir.

- Gebelerin gruplarına göre travmatik doğum algısı ölçeği ön test, son test ve izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Eğitim grubunun travmatik doğum algısı ölçeği ön test puanlarının ($106,91\pm7,62$), kontrol grubuna göre ($100,28\pm4,47$) daha fazla olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun travmatik doğum algısı ölçeği son test ($103,28\pm7,26$) ve izlem puanlarının ($100,69\pm5,47$), Eğitim grubuna son test ($42,75\pm16,38$) ve izlem puanlarına ($38,56\pm20,73$) göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
- Eğitim grubunun travmatik doğum algısı ölçeği ön test puanları ile bilgiye erişim ve uygulama boyutu ön test puanları, bilgi güvenilirliği ve farkındalık boyutu ön test puanları ve gebelerde e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo).
- Kontrol grubunun travmatik doğum algısı ölçeği izlem puanları ile bilgiye erişim ve uygulama boyutu izlem puanları, bilgi güvenilirliği ve farkındalık boyutu izlem puanları ve gebelerde e-sağlık okuryazarlığı ölçeği izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo).

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler üç başlık altında incelenmiştir.

Ebelik Uygulamaları İçin Öneriler;

- Gebelik döneminde e-sağlık okuryazarlığı oldukça önemlidir ve bu ölçekle daha net bir şekilde araştırılabilir. Bu bağlamda, geliştirilen ölçek, gebelerde e-sağlık okuryazarlığını ölçmek ve iyileştirmek için önemli bir araç olarak kullanılabilir. Özellikle dijital sağlık teknolojilerinin giderek artan rolü düşünüldüğünde, bu ölçeğin kullanılması hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından fayda sağlayacaktır.
- İlgili sağlık profesyonelleri ve araştırmacılar, bu ölçek aracılığıyla gebelik döneminde kadınların dijital sağlık bilgi ve becerilerini daha etkili bir şekilde

değerlendirebilir ve ihtiyaç duyulan eğitim ve destek programlarını geliştirebilir.

- Gebelikte travmatik doğum algısına erken müdahale ile olumlu gebelik, doğum ve doğum sonrası deneyiminin gelişmesini destekleyeceği, travmatik doğum algısından dolayı artan sezaryen oranlarının azaltılması ile sağlık hizmeti üzerindeki maliyet yükünün azaltılabileceği düşünülmektedir.

Ebelik Eğitimi İçin Öneriler;

- Ebelik lisans ve lisansüstü eğitimin teorik bölümünde “Gebelik” konu içeriğine çalışma bulguları katkı sağlayabilir.
- Ebelik lisans ve lisansüstü eğitiminde öğrenciler Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’ni kullanabilir ve girişimlerini planlayabilir.

Ebelik Araştırmaları İçin Öneriler;

- Geliştirilen Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, konuya ilişkin bilimsel araştırmalarda kullanım için uygun bir araç olarak değerlendirilebilir.
- Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin farklı kültürel ve dilsel bağlamlarda uyarlanması durumunda, ölçeğin kullanım alanı genişletilebilir.
- Gebelik sürecinde travmatik doğum algısını önlemeye yönelik uygulamalar literatürde oldukça sınırlıdır. Travmatik doğum algısını azaltmada etkili yöntemleri belirleyecek daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.
- Bu çalışma sadece gebelik döneminde yapılmıştır. Doğum ve doğum sonrası da travmatik doğum algısını önleyecek benzer çalışmalar yapılabilir. Ayrıca, doğum sonrası eğitimlerin de verilmesi, doğumla ilgili anksiyeteyi ve travmatik algıları daha uzun vadede azaltmada önemli bir rol oynayacaktır.
- Gebelik sürecinde travmatik doğum algısını etkileyen faktörler arasında eş desteğinin önemi oldukça önemlidir. Bu doğrultuda gelecek çalışmalar için eğitim sınıflarında eşin varlığının araştırılmasının literatüre önemli katkı sağlayacağını düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

- Aba YA, Kömürcü N. (2017). Antenatal education on pregnant adolescents in Turkey: Prenatal adaptation, postpartum adaptation, and newborn perceptions. *Asian Nursing Research*, 11(1):42–49.
- Agbadjé TT, Menear M, Dugas M, Gagnon MP, Rahimi SA, Robitaille H, Giguère AMC, Rousseau F, Wilson BJ, Légaré F. (2018). Pregnant women's views on how to promote the use of a decision aid for Down syndrome prenatal screening: A theory-informed qualitative study. *BMC Health Services Research*, 18(1): 434:1–15.
- Aguilera□Martín Á, Gálvez□Lara M, Blanco□Ruiz M, García□Torres F. (2021). Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3):525-555.
- Aimran AN, Ahmad S, Afthanorhan A, Awang Z. (2017, May). The assessment of the performance of covariance-based structural equation modeling and partial least square path modeling. In *AIP Conference Proceedings* (Vol. 1842, No. 1). AIP Publishing.
- Aji AS, Awg-Manan F, Abdullah YR, Kisut R, Abdul Rahman H, Abdul-Mumin KH. (2019). Antenatal education for pregnant women attending maternal and child health clinics in Brunei Darussalam. *Women Birth*, 32(6):564-9.
- Aksoy YE, Turfan EÇ, Yılmaz SD. (2017). Normal ve riskli gebeliklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 25(1).
- Aktaş S, Pasinlioğlu T. (2017). Ebelere verilen empati eğitiminin postpartum dönemdeki annelerin beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeyi algılama düzeyine etkisi. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(2):60-5.
- Aktaş S. (2018). Multigravidas' perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Medicine Science*, 7(1): 203-209.
- Aktaş S. (2018). Riskli gebeliklerde fetal sağlığın değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 4(3):62-76.

- Akyüz H. (2018). Confirmatory factor analysis for construct validity: An applied study. *BEU J Sci Technol*, 7:186-198.
- Alizadeh-Dibazari Z, Abdolalipour S, Mirghafourvand M. (2023). The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: A scoping review using systematic approach and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23(1):541.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, American Psychiatric Association, Washington, DC, USA. <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596> (Erişim Tarihi: 6 Ocak 2024).
- Anderson CA. (2017). The Trauma of birth. *Health Care for Women International*, 38(10):999-1010.
- Arslan F, Bagchi KK, Kirs P. (2019). Factors implicated with firm-level ICT use in developing economies. *Journal of Global Information Technology Management*, 22(3):179–207.
- Arslan S, Okcu G, Coşkun A, Temiz F. (2019). Women's perception of pregnancy and the affecting factors. *Journal of Health Science and Profession*, 6(1): 179-192.
- Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, Payo J. (2010). The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research*, 59(3):194-202.
- Aslantekin Özçoban F, Ergün S, Erkal Aksoy Y. (2022). Effects of health literacy education on adaptation to pregnancy, self-efficacy, fear of childbirth and health literacy in Turkish pregnant women: A randomized, controlled trial. *Health & Social Care in the Community*, 30(2):e537-e549.
- Atan SÜ, Duran ET, Kavlak O, Donmez S, Sevil U. (2013). Spontaneous vaginal delivery or caesarean section? What do Turkish women think?. *International Journal of Nursing Practice*, 19(1):1-7.
- Awang P. (2018). Pendekatan Mudah SEM (Structural Equation Modeling). <http://eprints.unisza.edu.my/3865/> (Erişim Tarihi: 6 Ocak 2025).

- Aydemir H, Uyar Hazar H. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeinin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2):815-833.
- Ayers S, Wright DB, Wells N. (2007). Symptoms of post-traumatic stress disorder in couples after birth: association with the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(1):40-50.
- Baghdari N, Sahebzaad ES, Kheirkhah M, Azmoude E. (2016). The effects of pregnancy-adaptation training on maternal-fetal attachment and adaptation in pregnant women with a history of baby loss. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(2).
- Baker B, Yang I. (2018). Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17:31-4.
- Bay F, Sayiner FD. (2021). Perception of traumatic childbirth of women and its relationship with postpartum depression. *Women & Health*, 61(5):479-489.
- Bayrampour H, Vinturache A, Hetherington E, Lorenzetti DL, Tough S. (2018). Risk factors for antenatal anxiety: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(5):476-503.
- Belizán JM, Barros F, Langer A, Farnot U, Victora C, Villar J. (1995). Impact of health education during pregnancy on behavior and utilization of health resources. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 173:894-9.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2): 97-107.
- Bhatia P, Chhabra S. (2018). Physiological and anatomical changes of pregnancy: Implications for anaesthesia. *Indian Journal of Anaesthesia*, 62(9):651-657.
- Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191:62-77.
- Bjelke M, Martinsson AK, Lendahls L, Oscarsson M. (2016). Using the internet as a source of information during pregnancy: A descriptive cross-sectional study in Sweden. *Midwifery*, 40:187-91.

- Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. (2014). National indicators of health literacy: Ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers-a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, 14:1-12.
- Brixval CS, Axelsen SF, Andersen SK, Due P, Koushede V. (2014). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes: A systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 13(3): 12.
- Brixval CS, Axelsen SF, Lauemøller SG, Andersen SK, Due P, Koushede V. (2015). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes-a systematic review. *Systematic Reviews*, 4(1):1-9
- Bryant AG, Narasimhan S, Bryant-Comstock K, Levi EE. (2014). Crisis pregnancy center websites: Information, misinformation and disinformation. *Contraception*, 90(6):601-605.
- Büyüköztürk, S. (2023). Handbook of Data Analysis for Social Sciences. Pegem Akademi Publication, Ankara.
- Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. (2014). Effectiveness of a mindfulnessbased childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2):192-197.
- Calpbinici, P. (2024). The relationship between traumatic childbirth perception, desire to avoid pregnancy, and sexual quality of life in women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 167(1):265-272.
- Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, Homer CS. (2015). Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Challacombe FL, Nath S, Trevillion K, Pawlby S, Howard LM. (2021). Fear of childbirth during pregnancy: Associations with observed mother-infant interactions and perceived bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 24(3):483-492.

- Coşkuner Potur D, Mamuk R, Şahin NH, Demirci N, Hamlacı Y. (2017). Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International Nursing Review*, 64(4):576-583.
- Coussons-Read ME, Okun ML, Nettles CD. (2007). Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21(3):343-350.
- Craswell A, Kearney L, Reed R. (2016). Expecting and connecting group pregnancy care: Evaluation of a collaborative clinic. *Women Birth*, 29(5):416-22.
- Cunen NB, McNeill J, Murray K. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*, 30(2):170-184.
- Çankaya S, Şimşek B. (2021). Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*, 30(6):818-829.
- Değirmenci F, Vefikuluçay Yılmaz D. (2020). The relationship between psychosocial health status and social support of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(4):290-297.
- Dennis CL, Ross LE, Grigoriadis S. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Dinç H, Yılmaz T, Günaydın S. (2014). Gebe eğitimi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1):68-76.
- Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*, 13(4).
- Dunn WW. (2020). Validity. In: *Developing Norm-Referenced Standardized Tests*. 1st ed, Routledge, pp.149-168. Available at: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315859811-7/validity-winnie-dunn> (Erişim Tarihi: 6 Ocak 2025).

- Edis EK, Bal S, Koç E, Başgöl Ş. (2023). Acil ve planlı sezaryen olan kadınların travmatik doğum algısı ve emzirme öz-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(4):372-380.
- Ellis PD. (2010) The Essential Guide to Effect Size, Statistical Power, Meta Analysis and Interpretation Research Results. Cambridge University Press, United Kingdom.
- Erbil N, Bakır A. (2009). Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi (Developing inventory of professional attitude at occupation). *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6:290-302.
- Erbil N, Oruç H, Karabulut A. (2009). Determination of depression and affecting factors in pregnancy. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstet*, 19(2):67-74.
- Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç, Özşahin Z. (2018). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2):34-46.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. (2020). Research in Nursing: Process, Practice and Criticism. Nobel Medical Bookstore, İstanbul.
- Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1):210-223.
- Fabian HM, Radestad IJ, Waldeström U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(5):436-443.
- Flanigan C, Sheikh A, DunnGalvin A, Brew BK, Almqvist C, Nwaru BI. (2018). Prenatal maternal psychosocial stress and offspring's asthma and allergic disease: A systematic review and meta-analysis. *Clinical & Experimental Allergy*, 48(4):403-414.
- Foley S, Crawley R, Wilkie S, Ayers S. (2014). The birth memories and recall questionnaire (BirthMARQ): Development and evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1):211.

- Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. (2016). Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: A population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ Open*, 6(1):e009627.
- Furtado M, Chow CH, Owais S, Frey BN, Van Lieshout RJ. (2018). Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 238:626-635.
- Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. (2014). The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: A prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(14):133.
- Gagnon AJ, Sandall J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Garthus-Niegel S, Von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives Womens Ment Health*, 16(1):1-10.
- Gençer E, Ejder Apay S. (2020). Gebeliğin istenme durumu öznel mutluluğu etkiler mi?. *J Psychiatric Nursing*, 11(2):88-97.
- Gentile S. (2017). Untreated depression during pregnancy: Short-and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*, 342:154-166.
- George N, Reynolds S, De Long R, Kacica M, Ahmed R, Manganello J. (2023). Social media and black maternal health: The role of health literacy and ehealth literacy. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 7(3).
- Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. (2012). Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Medicine*, 19(6):1-12.
- Ghiasi A. (2021). Health information needs, sources of information, and barriers to accessing health information among pregnant women: A systematic review of research. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(8):1320-30.

- Giesbrecht GF, Poole JC, Letourneau N, Campbell T, Kaplan BJ. (2013). The buffering effect of social support on hypothalamic-pituitary-adrenal axis function during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 75(9):856-862.
- Glazier R, Elgar F, Goel V, Holzapfel S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4):247-255.
- Gökçe İşbir G, İnci F, Bektaş M, Yıldız P, Ayers S. (2016). Risk factors associated with post-traumatic stress symptoms following childbirth in Turkey. *Midwifery*, 41:96-103.
- Gökoğlu AG. (2021). Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık davranışlarına ve çocuk sağlığına etkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2):132-148.
- Gönenç İM, Çalbayram NÇ. (2017). Contributions of pregnancy school program, opinions of women on the education and their post-education experiences (Gebelerin, gebe okulu programı hakkındaki görüşleri ve eğitim sonrası deneyimleri). *Journal of Human Sciences*, 14(2):1609-1620.
- Gunn J, Hegarty K, Nagle C, Forster D, Brown S, Lumley J. (2006). Putting woman-centered care into practice: A new (ANEW) approach to psychosocial risk assessment during pregnancy. *Birth*, 33(1):46-55.
- Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Åstedt-Kurki P. (2017). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: An RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2):293-301.
- Harrison PA, Sidebottom AC. (2008). Systematic prenatal screening for psychosocial risks. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(1):258-276.
- Hasanzadeh P, Faramarzi M. (2017). Relationship between maternal general and specific-pregnancy stress, anxiety, and depression symptoms and pregnancy outcome. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(4):VC04.
- Havutçu G. (2019). Yüksek Riskli Gebeliklerin Doğum Öncesi Ebeveyn Bağlanmasına Etkisi. A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Prof. Dr. A. Taşpınar).
- Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. (2017). Factors related to a negative birth experience: A mixed methods study. *Midwifery*, 51:33-39.

- Hodnett ED. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5):160-172.
- Hollander MH, van Hastenberg E, van Dillen J, van Pampus MG, de Miranda E, Stramrood CAI. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20:515-523.
- Hooper D, Coughlan J, Mullen M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Journal of Business Research Method [Electronic Journal]*, 6(1):53-60. https://www.researchgate.net/publication/254742561_Structural_Equation_Modeling_Guidelines_for_Determining_Model_Fit
- Hunter LJ, Da Motta G, McCourt C, Wiseman O, Rayment JL, Haora P, Harden A. (2019). Better together: A qualitative exploration of women's perceptions and experiences of group antenatal care. *Women and Birth*, 32(4):336-345.
- Iles J, Slade P, Spiiby H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4):520-530.
- Ilhan M, Cetin B. (2014). Comparing the analysis results of the structural equation models (SEM) conducted using LISREL and AMOS. *Journal of Measurement and Evaluation In Education and Psychology-Epod*, 5(2):26-42.
- Ip WY, Tang CSK, Goggins WB. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15):2125-2135.
- İnan Kırmızıgül E, Damsarsan S, Şimal Yavuz N, Gölbaşı, Z. (2025). Determination of women's perception of traumatic birth and influencing factors. *Health Care for Women International*, 1-17.
- İsbir GG, İnci F, Önal H, Yıldız PD. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*, 32:227-232.

- İşbir GG, İnci F. (2014). Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1):29-40.
- İşbir GG, İnci F, Önal H, Yıldız PD. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: An experimental study. *Applied Nursing Research*, 32:227-32.
- Jafari F, Eftekhari H, Mohammad K, Fotouhi A. (2010). Does group prenatal care affect satisfaction and prenatal care utilization in Iranian pregnant women?. *Iran J Public Health*, 39(2):52-62.
- Kamali Z, Abedian Z, Saber Mohammad A, Mohebbi Dehnavi Z. (2018). The effect of small group teaching of health literacy in pregnant females with nausea and vomiting: A clinical trial. *Journal of Nursing Education*, 6:25-32.
- Karaahmetoğlu GU, Durmuş A. (2024). Lohusaların doğum sonu dönemde aldıkları ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 7(1):65-73.
- Karabulut Ö, Coşkun Potur D, Doğan Merih Y, Cebeci Mutlu S, Demirci N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth?. *International Nursing Review*, 63(1):60-67.
- Karkın PÖ, Sezer G, Şen S, Duran M. (2021). Gebe bilgilendirme sınıfının doğum şekline etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 10(2):156-159.
- Kartal SK, Dirlik EM. (2016). Historical development of the concept of validity and the most preferred method in reliability: Cronbach alpha coefficient. *Abant İzzet Baysal University Journal of Faculty of Education*, 16(4):1865-1879.
- Kersten I, Lange AE, Haas JP, Fusch C, Lode H, Hoffmann W, Thyrian JR. (2014). Chronic diseases in pregnant women: Prevalence and birth outcomes based on the SNIIP-study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:1-13.
- Khaikin R, Marcus Y, Kelishek S, Balik C. (2016). The effect of childbirth preparation courses on anxiety and self-efficacy in coping with childbirth. *Clinical Nursing Studies*, 4(3):39

- Kharazi SS, Peyman N, Esmaily H. (2018). Effect of an educational intervention based on self-efficacy theory and health literacy strategies on pregnancy outcomes: A randomized clinical trial. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 21(5):33-46.
- Kilfoyle KA, Vitko M, O'Connor R, Bailey SC. (2016). Health literacy and women's reproductive health: A systematic review. *Journal of Women's Health*, 25(12): 1237-1255.
- Kline RB. (2023). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Guilford Publications, New York.
- Koblinsky M, Moyer CA, Calvert C, (2016). Quality maternity care for every woman, everywhere: A call to action. *The Lancet*, 388(10057):2307-2320.
- Kordi M, Bakhshi M, Masoudi S, Esmaily H. (2017). Effect of a childbirth psychoeducation program on the level of fear of childbirth in primigravid women. *Evidence Based Care*, 7(3):26-34.
- Korkmaz Aslan G, Kılınç İşleyen E, Kartal A, Koştü N. (2024). The relation between ehealth literacy and healthy lifestyle behaviours in pregnant women. *Health Promotion International*, 39(2).
- Krysa J, Iwanowicz-Palus GJ, Bien AM, Rzońca E, Zarajczyk M. (2016). Antenatal classes as a form of preparation for parenthood: Analysis of benefits of participating in prenatal education. *Polish J Public Health*, 126(4).
- Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG. (2010). Internet use in pregnancy informs women's decision making: A web-based survey. *Birth*, 37(2):106-115.
- Lagan BM. (2011). What is the impact of the internet on decision-making in pregnancy? A global study. *Birth*, 38:336–345.
- Larsson M. (2005). A descriptive study of the use of the internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25:14-20.
- Lee LY, Holroyd E. (2009). Evaluating the effect of childbirth education class: A mixed-method study. *International Nursing Review*, 56(3):361–368.
- Levine TA, Alderdice FA, Grunau RE, McAuliffe FM. (2016). Prenatal stress and hemodynamics in pregnancy: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 19:721-739.

- Liang H, Fan Y, Zhang N, Chongsuvivatwong V, Wang Q, Gong J, Sriplung H. (2018). Women's cesarean section preferences and influencing factors in relation to China's two-child policy: A cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, 2093-2101.
- Lowe P, Powell J, Griffiths F, Thorogood M, Locock L. (2009). Making it all normal: The role of the internet in problematic pregnancy. *Qualitative Health Research*, 19:1476-1484.
- Lupattelli A, Picinardi M, Einarson A, Nordeng H. (2014). Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient Education and Counseling*, 96(2):171-178.
- Ma J, Huang YQ, Yao C, Ma SQ, Meng T, Ma M, Shi B. (2015). Parental health and social support in the first trimester of pregnancy and the risk of oral clefts: A questionnaire-based, case-control study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 135(1):212-218.
- Madhavanprabhakaran GK, D'Souza MS, Nairy KS. (2015). Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3:1-7.
- Maharlouei N. (2016). The importance of social support during pregnancy. *Women's Health Bulletin*, 3(1):1-1.
- Malata A, Hauck Y, Monterosso L, McCaul K. (2007). Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. *Journal of Advanced Nursing*, 60:67-78.
- Masoumi SZ, Kazemi F, Oshvandi K, Jalali M, Esmaeili-Vardanjani A, Rafiei H. (2016). Effect of training preparation for childbirth on fear of normal vaginal delivery and choosing the type of delivery among pregnant women in Hamadan, Iran: A randomized controlled trial. *Journal of Family & Reproductive Health*, 10(3):115.
- Mathibe-Neke JM, Masitenyane SS. (2018). Psychosocial Antenatal Care: A Midwifery Context. In *Selected Topics in Midwifery Care*. IntechOpen.
- Mazen AM, Graf LA, Kellogg CE, Hemmasi M. (1987). Statistical power in contemporary management research. *Academy of Management Journal*, 30(2): 369-380.

- Meldgaard M, Gamborg M, Maindal HT. (2022). Health literacy levels among women in the prenatal period: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 34:100796.
- Midmer D, Bryanton J, Brown R. (2004). Assessing antenatal psychosocial health: Randomized controlled trial of two versions of the ALPHA form. *Canadian Family Physician*, 50(1):80-87.
- Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, Althabe F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056):2176-2192.
- Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. (2013). Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13:171.
- Mirabzadeh A, Dolatian M, Forouzan AS, Sajjadi H, Majd HA, Mahmoodi Z. (2013). Path analysis associations between perceived social support, stressful life events and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(6):507.
- Modarres M, Afrasiabi S, Rahnema P, Montazeri A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(1):88–93.
- Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, Haynes AB. (2015). Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *Journal of the American Medical Association*, 314(21):2263-70.
- Morton CH, Simkin PT. (2019). Can respectful maternity care save and improve lives?. *Birth* 46:195-391.
- Mousavi SR, Amiri-Farahani L, Hasanpoor-Azghady SB, Saravi SO. (2021). Comparing the effect of in-person and virtual childbirth preparation trainings on the fear of childbirth (FOC) and pregnancy experience of pregnant women: Protocol for a quasi-experimental feasibility study. *Pilot Feasibil Studies*, 7(1):1-9.

- Nagle U, Farrelly M. (2018). Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. *Midwifery*, 66:79-87.
- Nawabi F, Krebs F, Vennedey V, Shukri A, Lorenz L, Stock S. (2021). Health literacy in pregnant women: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7):3847.
- Nguyen MH, Nakamura K, Ohnishi M, Kizuki M, Suyama S, Seino K, Takano T. (2007). Improved perinatal health through qualified antenatal care in urban Phnom Penh, Cambodia. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 12:193-201.
- Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013(1):349124.
- Norman CD, Skinner HA. (2006). eHEALS: The eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4):1-7.
- Orçan F. (2018). Exploratory and confirmatory factor analysis: Which one to use first?. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 9(4):413-421.
- Otaiby T, Jradi H, Care AB. (2013). Antenatal education: An assessment of pregnant women knowledge and preferences in Saudi Arabia. *J Womens Health Care*, 2(4):139.
- Oweis A. (2009). Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6):525-33.
- Öner S, Koçuş F. (2016). Mersin'de 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler. [Frequency of cesarean section and affecting factors in a group of women aged 18-49 in Mersin]. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5):401-407.
- Patil CL, Abrams ET, Klima C, Kaponda CP, Leshabari SC, Vonderheid SC, Norr KF. (2013). Centering Pregnancy-Africa: A pilot of group antenatal care to address Millennium Development Goals. *Midwifery*, 29(10):1190-1198.

- Pinar G, Avsar F, Aslantekin F. (2018). Evaluation of the impact of childbirth education classes in Turkey on adaptation to pregnancy process, concerns about birth, rate of vaginal birth, and adaptation to maternity: A case-control study. *Clinical Nursing Research*, 27(3):315-342.
- Rahdar S, Montazeri M, Mirzaee M, Ahmadian L. (2023). The relationship between e-health literacy and information technology acceptance, and the willingness to share personal and health information among pregnant women. *International Journal of Medical Informatics*, 178:105203.
- Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. (2014). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and Birth*, 27(4):e36-e42.
- Reed R, Sharman R, Inglis C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1):21.
- Risica P, Phipps M. (2006). Education preferences in a prenatal clinic population. *International Journal of Childbirth*, 21:4-7.
- Rollans M, Schmied V, Kemp L, Meade T. (2013). 'We just ask some questions...' The process of antenatal psychosocial assessment by midwives. *Midwifery*, 29(8): 935-942.
- Sabuncuoglu O, Basgul A. (2016). Pregnancy health problems and low birth weight associated with maternal insecure attachment style. *Journal of Health Psychology*, 21(6):934-943.
- Salomonsson B, Berterö C, Alehagen S. (2013). Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(2):191-202.
- Sando D, Ratcliffe H, McDonald K. (2016). The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16:236.
- Seefat-van Teeffelen A, Nieuwenhuijze M, Korstjens I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: A qualitative study. *Midwifery*, 27(1):e122-e127.

- Serçekus P, Başkale H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34:166-172.
- Serçekuş P, Değirmenciler B, Özkan S. (2021). Internet use by pregnant women seeking childbirth information. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(8):102144.
- Shapiro GD, Séguin JR, Muckle G, Monnier P, Fraser WD. (2017). Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(2):121-132.
- Shaw JG, Asch SM, Kimerling R, Frayne SM, Shaw KA, Phibbs CS. (2014). Posttraumatic stress disorder and risk of spontaneous preterm birth. *Obstetrics & Gynecology*, 124(6):1111-1119.
- Shi J, Mo X, Sun Z. (2012). Content validity index in scale development. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban=Journal of Central South University Medical Sciences*, 37(2):152-155.
- Shieh C, Mays R, McDaniel A, Yu J. (2009). Health literacy and its association with the use of information sources and with barriers to information seeking in clinic-based pregnant women. *Health Care for Women International*, 30(11): 971-988.
- Simkin P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19(2):64-81.
- Simó S, Zúñiga L, Izquierdo MT, Rodrigo MF. (2019). Effects of ultrasound on anxiety and psychosocial adaptation to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 22:511-518.
- Singh D, Newburn M, Smith N, Wiggins M. (2002). The information needs of first-time pregnant mothers. *British Journal of Midwifery*, 10:54-58.
- Smarandache A, Kim TH, Bohr Y, Tamim H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1816(1):114.

- Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby AC, Nordeng H. (2014). Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:1-16.
- Soet JE, Brack GA, DiIorio C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1):36-46.
- Soğukpınar N, Akmeşe ZB, Hadımlı A, Balçık M, Akın B. (2018). Doğumevlerinde riskli gebelik profili: İzmir ili örneği. *Journal of Academic Research in Nursing*, 4(1):37-44.
- Solhi M, Abbasi K, Ebadi Fard Azar F, Hosseini A. (2019). Effect of health literacy education on self-care in pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing Midwifery*, 7(1):2-12.
- Soltani F, Maleki A, Shobeiri F, Shamsaei F, Ahmadi F, Roshanaei G. (2017). The limbo of motherhood: Women's experiences of major challenges to cope with the first pregnancy. *Midwifery*, 55:38-44.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Brand H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6):1053-1058.
- Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn, J. (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby?. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 13:94-101.
- Spyridou A, Schauer M, Ruf-Leuschner M. (2015). Obstetric care providers are able to assess psychosocial risks, identify and refer high-risk pregnant women: Validation of a short assessment tool—the KINDEX Greek version. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:1-17.
- Stankovic B. (2017). Women's experiences of childbirth in serbian public healthcare institutions: A qualitative study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6):803-14
- Sun X, Fan X, Cong S, Wang R, Sha L, Xie H, Han J, Zhu Z, Zhang A. (2023). Psychological birth trauma: A concept analysis. *Frontiers in Psychol.* 13:1065612.

- Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 92(2):210-4.
- Şahin E, Çatiker A, Özdil K, Bulucu Büyüksoy GD. (2023). Predictors of ehealth literacy in pregnant women: A structural equation model analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 160(3):783-789.
- Şahin E, Kılıçarslan S. (2010). Depressive, anxiety levels and affecting factors of third trimester pregnant women. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1).
- Şahin M. (2020). Gebelerde Travmatik Doğum Algısı ve Anne Bağlanması İlişkisi. O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ordu, (Danışman: Prof. Dr. N. Erbil).
- Şat SÖ, Sözbir ŞY. (2018). Use of mobile applications and blogs by pregnant women in Turkey and the impact on adaptation to pregnancy. *Midwifery*, 62:273-277.
- Taherdoost, H. (2021). Data collection methods and tools for research: A step-by-step guide to choose data collection technique for academic and business research projects. *International Journal of Academic Research in Management (IJARM)*, 10(1): 10-38.
- Taheri M, Taghizadeh Z, Jafari N, Takian A. (2020). Perceived strategies to reduce traumatic childbirth amongst Iranian childbearing women: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20:350.
- Tan P, Evsen MS, Soydinc HE, Sak ME, Ozler A, Turgut A. (2013). Increased psychological trauma and decreased desire to have children after a complicated pregnancy. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 14(1):11-4.
- Tavakol Z, Nikbakht Nasrabadi A, Behboodi Moghadam Z, Salehiniya H, Rezaei E. (2017). A review of the factors associated with marital satisfaction. *Galen Medical Journal*, 6(3):e641-e641.
- Tavşancıl E. (2019). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 6. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Teate A, Leap N, Rising SS, Homer CS. (2011). Women's experiences of group antenatal care in Australia-the centering pregnancy pilot study. *Midwifery*, 27(2):138-45.

- Tighe SM. (2010). An exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education. *Midwifery*, 26(3):294-303.
- Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Ryding EL. (2014). A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, 41(4):384-394.
- Tugut N, Yesildag Celik B, Yılmaz A. (2021). Health literacy and its association with health perception in pregnant women. *Journal of Health Literacy*, 6(2):9-20.
- Tully MP, Bozentko K, Clement S, Hunn A, Hassan L, Norris R, Peek N. (2018). Investigating the extent to which patients should control access to patient records for research: A deliberative process using citizens' juries. *Journal of Medical Internet Research*, 20(3):e7763.
- Türkmen H, Yalniz Dilcen H, Özçoban FA. (2021). Traumatic childbirth perception during pregnancy and the postpartum period and its postnatal mental health outcomes: A prospective longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(4):422-434.
- Türkmen H, Yalniz Dilcen H, Akin B. (2020). The effect of labor comfort on traumatic childbirth perception, post-traumatic stress disorder, and breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 15(12), 779-788.
- Van Heyningen T, Myer L, Onah M, Tomlinson M, Field S, Honikman S. (2016). Antenatal depression and adversity in urban South Africa. *Journal of affective Disorders*, 203:121-129.
- Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Banack H, Dritsa M, Khalifé S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4):257-263.
- Vialatte FB, Cichocki A. (2008). Split-test Bonferroni correction for QEEG statistical maps. *Biological Cybernetics*, 98, 295-303.

- Vila-Candel R, Navarro-Illana E, Mena-Tudela D, Pérez-Ros P, Castro-Sánchez E, Soriano-Vidal FJ, Quesada JA. (2020). Influence of puerperal health literacy on tobacco use during pregnancy among Spanish women: A transversal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8):2910
- Wedin K, Molin J, Crang Svalenius EL. (2010). Group antenatal care: New pedagogic method for antenatal care-a pilot study. *Midwifery*, 26(4):389-93.
- Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1):61-e1.
- World Health Organization. (2014). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement (No. WHO/RHR/14.23). World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). Health literacy. Available online at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/behavioural-and-cultural-insights-for-health/health-literacy> (Accessed December 15, 2024).
- Xu J, Chen Y, Zhao J, Wang J, Chen J, Pan X, Zhang Y. (2024). Current status of electronic health literacy among pregnant women with gestational diabetes mellitus and their perceptions of online health information: A mixed-methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1):392.
- Yakar HK, Oguz S, Waldreus N. (2024). Reliability and validity of the Turkish version of the thirst distress scale-heart failure. *Current Psychology*, 1-10.
- Yalnız Dilcen H, Aslantekin F, Aktaş N. (2021). The relationship of psychosocial well-being and social support with pregnant women's perceptions of traumatic childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2):650-658.
- Yang M, Jia G, Sun S, Ye C, Zhang R, Yu X. (2019). Effects of an online mindfulness intervention focusing on attention monitoring and acceptance in pregnant women: A randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(1):68-77.

- Yaşlıoğlu MM. (2017). Factor analysis and validity in social sciences: Using exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Istanbul University Faculty of Business Administration*, 46:74-85.
- Yazıcı Topçu T, Aktaş S. (2021). An investigation of the relationship between health literacy levels of pregnant women and their perceptions of traumatic childbirth. *Social Work in Public Health*, 16:1-13.
- Yazıcı E, Kırkan TS, Aslan PA, Aydın N, Yazıcı AB. (2015). Untreated depression in the first trimester of pregnancy leads to postpartum depression: High rates from a natural follow-up study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 405-411.
- Yeşilçınar İ, Şahin E, Mercen D. (2021). Postpartum dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı ile geleneksel uygulamalara başvurmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(3):594-601.
- Yıldırım F, Şahin E. (2020). Gebelik ve doğum sonu döneme uyum: Temel hemşirelik yaklaşımları. *Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1):30-40.
- Yılmaz SD. (20217). Doğum. İçinde: *Doğum Eylemi*. Bal MD, Yılmaz SD. 1. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 37-8.
- Yonkers KA, Smith MV, Forray A, Epperson CN, Costello D, Lin H, Belanger K. (2014). Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth. *JAMA Psychiatry*, 71:897-904.
- Yusof Y, Awang Z, Jusoff K, Ibrahim Y. (2017). The influence of green practices by non-green hotels on customer satisfaction and loyalty in hotel and tourism industry. *International Journal of Green Economics*, 11(1):1-14.
- Zhang N, Chen H, Xu Z, Wang B, Sun H, Hu Y. (2016). Pregnancy, delivery, and neonatal outcomes of in vitro fertilization-embryo transfer in patient with previous cesarean scar. *International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 22:3288.
- Zhu X, Zheng T, Ding L, Zhang X. (2023). Exploring associations between eHealth literacy, cyberchondria, online health information seeking and sleep quality among university students: A cross-section study. *Heliyon*, 9(6):e17521.

Zibellini J, Muscat DM, Kizirian N, Gordon A. (2021). Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: A systematic review. *Women and Birth*, 34(2):180-186.



EKLER

Ek-1. Etik Kurul Onay Formu



Ek-2. T.C. Bartın Valiliği İl Sağlık M¼d¼rl¼đ¼ İzin Yazısı



Ek-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu



Ek-4. Clinical Trials Onayı



Ek-5. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (Araştırmanın Birinci Aşaması İçin)

1. Yaşınız?
2. Eğitim durumunuz? () İlkokul () Ortaokul () Lise () Lisans () Lisansüstü
3. Medeni durumunuz? () Evli () Bekar
4. Kronik bir hastalığınız var mı ? () Evet () Hayır
5. Kaç haftalık gebesiniz?.....
6. Bu kaçınıcı gebeliğiniz? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
7. Kaç çocuğunuz var? () Henüz doğum yapmadım () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
8. Düzenli gebelik takiplerinizi yaptırıyor musunuz? () Evet () Hayır
9. En son ki doğum şekliniz? () Henüz doğum yapmadım Normal () Normal doğum () Sezaryen doğum
10. Gebe okuluna gidiyor musunuz? () Evet, düzenli olarak gidiyorum () Hayır, gitmiyorum () Kısmen, ara ara gidiyorum

Ek-6. “Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” Taslak Formu

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Gebelik izlemi/bakımı için internette yer alan sağlık bilgilerini doğru anlayabilirim.					
2. Gebelik sürecimde sağlık hizmetine nasıl ulaşacağımı internetten araştırabilirim					
3. Gebelik sürecimde internetten kendi sağlığım ile ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabilirim.					
4. Gebelik sürecimde internetten bebeğimin sağlığı ile ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabilirim.					
5. Gebeliğimle ilişkili herhangi bir sorunla karşılaştığımda internetten doğru bilgilere ulaşabilirim.					
6. Gebeliğimle ilgili yararlı bilgileri internetten kolaylıkla bulabilirim.					
7. Gebelik sürecim ile ilgili internetten edindiğim bilgileri kolaylıkla uygulayabilirim.					
8. Gebeliğim ile ilgili bilgiler konusunda interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, e-form vb.) bilirim.					
9. İnternette yer alan gebeliğimi olumsuz etkileyecek bilgileri fark edebilirim.					
10. Gebeliğim ile ilgili internette şüpheli olduğunu düşündüğüm bilgilerin doğruluğunu internet ortamında yer alan diğer kaynaklardan teyit edebilirim.					
11. Gebelik sürecimde doğru ve güvenilir sağlık profesyonellerine sosyal medya aracılığıyla ulaşabilirim.					
12. Gebelik sürecinde bebeğimin aylara göre gelişimini internetten araştırabilirim.					
13. Gebelik ile ilgili mobil sağlık uygulamalarını düzenli olarak takip edebilirim.					

Ek-7. Uzman Görüşü Formu

Sayın Uzman;

Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi başlıklı çalışmamızda amacımız, gebelikte e-sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi üzerine geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmektir. Bu amaca bağlı olarak konu ile ilgili alan yazı taraması ve içerik analizi yapılarak 13 maddeden oluşan bir madde havuzu hazırlanmıştır.

Ölçek maddelerinin yanıtlanmasında beşli likert ölçeği kullanılması ve (**Ölçeğe ait puanlama** 1. Kesinlikle Katılmıyorum, 2. Katılmıyorum 3. Kararsızım, 4. Katılıyorum, 5. Kesinlikle Katılıyorum) ve ölçeğin gebe kadınlar tarafından doldurulması hedeflenmektedir.

Bu bilgiler ışığında, ekteki taslak ölçeğin

a. Biçim açısından uygunluğu ve

b. Maddelerin araştırma amacına ve kapsamına uygunluğuna ilişkin görüşlerinizi her bir maddenin karşısında belirtmenizi arz ederiz. Eğer madde, belirtilen özelliği net olarak ölçmeye aday bir madde ise “3”; madde amaca uygun ama düzenlenmesi ya da değiştirilmesi gerekiyorsa “2”; madde belirtilen özelliği temsil etmiyor ise “1” seçeneklerini işaretleyiniz.

Ayrıca eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz maddeleri formun sonuna yazabilirsiniz. Ölçme aracı ile ilgili görüşleriniz bizim için oldukça değerli ve yol gösterici olacaktır. Çalışmaya yapacağınız katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Danışman: Doç. Dr. Kevser İLÇİOĞLU

Öğrenci: Arş. Gör. Güleser ADA

İFADELER	Uzman görüşüne ait puanlama; 1. Çıkartılmalı 2. Uygun Ancak Düzeltmeli 3. Uygun (Cevabınız düzeltilmeli ise ne şekilde olması gerektiği ile ilgili öneriniz nedir?)
1. Gebelik izlemi/bakımı için internetteki sağlık bilgilerini doğru anlayabilirim. Öneri:	3 2 1
2. Gebelik sürecimde sağlık hizmetini internetten doğru bir şekilde alabilirim. Öneri:	3 2 1
3. Gebelik sürecimde internetten kendi sağlığım ile ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabilirim. Öneri:	3 2 1
4. Gebelik sürecimde internetten bebeğimin sağlığı ile ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabilirim. Öneri:	3 2 1
5. Gebeliğime ilişkin herhangi bir sorun karşısında internetteki doğru bilgilere ulaşabilirim. Öneri:	3 2 1
6. Gebeliğimle ilgili yararlı bilgileri internetten kolaylıkla bulabilirim. Öneri:	3 2 1
7. Gebelik sürecim ile ilgili internetten edindiğim bilgileri kolaylıkla uygulayabilirim. Öneri:	3 2 1
8. Gebeliğim ile ilgili bilgiler konusunda interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, e-form vb.) bilirim. Öneri:	3 2 1
9. İnternette gebeliğimi olumsuz etkileyecek bilgileri ayırt edebilirim. Öneri:	3 2 1
10. Gebeliğim ile ilgili internette şüpheli olduğunu düşündüğüm bilgileri internet ortamında diğer kaynaklardan teyit edebilirim. Öneri:	3 2 1
11. Gebelik sürecimde doğru sağlık profesyonellerine sosyal medya aracılığıyla ulaşabilirim. Öneri:	3 2 1
12. Gebelik sürecimde bebeğimin aylık değişimlerini internetten araştırabilirim. Öneri:	3 2 1
13. Gebelik ile ilgili sağlık uygulamalarını düzenli olarak takip edebilirim. Öneri:	3 2 1

Ek-8. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (Araştırmanın İkinci Aşaması İçin)

1. Yaşınız?
2. Eğitim durumunuz? () İlkokul () Ortaokul () Lise () Lisans/Önlisans ve Üzeri
3. Medeni durumunuz? () Evli () Bekar
4. Kronik bir hastalığınız var mı ? () Evet () Hayır
5. Yaşayan kaç çocuğunuz var?.....
6. İlk gebelik yaşıınız?...
7. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?
8. Düzenli gebelik takiplerinizi yaptırır mısınız/yor muydunuz?..... () Evet () Hayır
9. En son ki doğum şekliniz? () Normal () Sezaryen () Henüz doğum yapmadım
10. Gebelik döneminde herhangi bir eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır
11. Şu an ki gebeliğinizde herhangi bir risk durumu mevcut mu? () Evet () Hayır
12. Daha önceki gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı? () Evet () Hayır () İlk gebeliğim daha önce bir gebeliğim olmadı
13. Ölü doğum yapma durumu? () Evet () Hayır
14. Yaşayan çocuklarınızda, herhangi bir engeli / anomalisi olan var mı ? () Evet () Hayır Evet ise; lütfen ne olduğunu belirtir misiniz?.....
15. Bu gebeliğinize isteyerek mi gebe kadınız? () Evet, ben ve eşim istedim () Hayır, ben ve eşim istemedik () Kısmen, ben / eşim istedi/istedim
16. Gebe kalma şekliniz? () Doğal yolla () Yardımcı üreme teknikleriyle () Diğer
17. Gebeliğiniz boyunca, hastane veya aile sağlığı merkezilerinde gebelik kontrollerine hiç gittiniz mi? Katıldıysanız toplam kaç kez? () Evet gittim, toplamkez gittim () Gitmedim
18. Bu zamana kadar, doğum yapan birilerinden hiç doğum hikayesi izlediniz/dinlediniz mi? () Evet () Hayır
19. 18.soruya cevabınız evet ise, kimden doğum hikayesi dinlediniz (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz) () Annemden () Arkadaşımdan () Ablamdan () Diğer.....
20. Bu zamana kadar, doğumla ilgili herhangi bir video izlediniz mi? () Evet () Hayır
21. Doğum yapan bir yakınınızın yanında, hastanede refakatçi olarak hiç bulundunuz mu? () Evet () Hayır
22. 21. soruya cevabınız evet ise, doğumda birinin yanında refakatçi olmak sizin için nasıl bir deneyimdi? () Olumlu(öğrendim, destek oldum) () Olumsuz (korktum, çaresiz hissettim vb.) () Hem olumlu hem olumsuz
23. Önceki doğumlarınızın birinde, aşağıdaki işlemlerden herhangi biri uygulandı mı? () Evet () Hayır

24. Uygulandı ise aşağıdakilerden hangileri uygulandı? () Suni sancı () Karnıma bastırılma (fundal bası) () Doğum esnasında genital bölgedeki kasa kesi (epizyotomi) () Epidural anestezi () Vakum
25. Sürekli yardım almayı gerektiren psikolojik bir sorunuz var mı?
() Yok () Varsa tanısı:
26. Kendinizin doğum sırası:
27. Kendinizin doğum şekli: () Normal doğum () Sezaryen
28. Hayatınızda sözel ya da fiziksel şiddete maruz kaldınız mı? () Kaldım () Evlenmeden önce () Evlilik süresince
29. Gebelik sürecinde kendinizi yalnız hissediyor musunuz? () Evet () Hayır



Ek-9. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

Bu anket formu, kadının doğum olgusunu düşündüğünde yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini ve bu kapsamda kaygı, korku, endişeleri ve travmayı içermektedir. Her bir sorunun karşılığı hiç yoktan en şiddetliye doğru 0-10 kadar puanlama bulunmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken doğum olgusunu düşündüğünüzde, doğum ile ilgili duygu ve düşüncelerinizi bu puanlamaya göre durumunuza en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

1. Doğum yapma düşüncesinden ne derece korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

2. Doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar endişelendiriyor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç endişelendirmez Çok endişelendirir

3. Doğum da kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

4. Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

5. Doğum esnasında yapılan müdahalelerin size ne derece zarar verebileceğini düşünürsünüz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç zarar vermez Çok zarar verir

6. Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi (yırtık, parçalanma, genişleme, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu vb) sizi ne kadar kaygılandırır?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygılandırmaz Çok kaygılandırır

7. Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar korkutur?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkutmaz Çok korkutur

8. Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

9. Ne sıklıkla doğum düşüncesi aklınıza gelip sizi huzursuz eder?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç huzursuz etmez						Çok huzursuz eder				

10. Bir arkadaşınızın doğumunda ona eşlik etmekten ne derece kaygı duyarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç kaygı duymam						Çok kaygı duyarır				

11. Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hissedersiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç hissetmem						Çok hissedirim				

12. TV'de doğumla alakalı bir haber, film, dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç kaygılanmam						Çok kaygılanırım				

13. Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde, kalp atışınızın hızlandığını hissedersiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kalp atışlarım hiç hızlanmaz						Kalp atışlarım çok hızlanır				

Ek-10. Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Gebelik izlemi/bakımı için internette yer alan sağlık bilgilerini doğru anlayabilirim.					
2. Gebelik sürecimde sağlık hizmetine nasıl ulaşacağımı internetten araştırabilirim					
3. Gebelik sürecimde internetten kendi sağlığım ile ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabilirim.					
4. Gebelik sürecimde internetten bebeğimin sağlığı ile ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabilirim.					
5. Gebeliğimle ilişkili herhangi bir sorunla karşılaştığımda internetten doğru bilgilere ulaşabilirim.					
6. Gebeliğimle ilgili yararlı bilgileri internetten kolaylıkla bulabilirim.					
7. Gebelik sürecim ile ilgili internetten edindiğim bilgileri kolaylıkla uygulayabilirim.					
8. Gebeliğim ile ilgili bilgiler konusunda interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, e-form vb.) bilirim.					
9. İnternette yer alan gebeliğimi olumsuz etkileyecek bilgileri fark edebilirim.					
10. Gebeliğim ile ilgili internette şüpheli olduğunu düşündüğüm bilgilerin doğruluğunu internet ortamında yer alan diğer kaynaklardan teyit edebilirim.					
11. Gebelik sürecimde doğru ve güvenilir sağlık profesyonellerine sosyal medya aracılığıyla ulaşabilirim.					
12. Gebelik sürecinde bebeğimin aylara göre gelişimini internetten araştırabilirim.					
13. Gebelik ile ilgili mobil sağlık uygulamalarını düzenli olarak takip edebilirim.					

Ek-11. Gebelere Verilen Eğitimin Travmatik Doğum Algısına Etkisi Uzman Görüşü Formu

Yazılı Materyalin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu

EVET (1)		HAYIR (0)	
A) İçindekiler (Madde 1-4)			
1	Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?	0	1
2	İçerik problem çözmeye özgü davranışlara açık mı?	0	1
3	Konu hedeflerle sınırlı mı?	0	1
4	Kilit noktalarla ilgili bir özet veya eleştiri var mı?	0	1
B) Okuryazarlık (Madde 5-9)			
5	Materyaller okunabilir düzeyde yazıldı mı?	0	1
6	Materyaller konuşma tarzında yazıldı mı?	0	1
7	Materyalde tıbbi terimler yerine açık ve sık kullanılan kelimeler kullanıldı mı?	0	1
8	Yapı yeni bilgilerden önce verilmiş midir?	0	1
9	Organizasyon gelişmiş mi?	0	1
C) Resimler ve Grafikler (Madde 10-14)			
10	Grafikler, Resimler ve Tablolar ilginç mi? İstenilen mesajı iletiyorlar mı?	0	1
11	Resimler basit, gerçekçi ve ilginç mi?	0	1
12	Resimler kilit noktaları görsel olarak açıklıyor mu?	0	1
13	Tüm grafiklerin yanındaki metinde bir açıklama yapıldı mı?	0	1
14	Duyuru/açıklayıcı grafikler ve resimler için başlık başlığı kullanıldı mı?	0	1
D) Planı ve Tipi (Madde 15-22)			
15	Resimler ilgili metnin yanında mı?	0	1
16	Önemli bilgileri göstermek için oklar veya kutular gibi ipuçları var mı?	0	1
17	Yeterli boş alan var mı?	0	1
18	Malzeme düzensiz görünüyor mu?	0	1
19	Kâğıt ve mürekkep arasında kontrast var mı?	0	1
20	Aynı sayfada altıdan fazla yazı tipi veya yazı tipi boyutu kullanıldı mı?	0	1
21	Hepsi büyük harflerle mi yazıldı?	0	1
22	Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?	0	1
E) Öğrenme ve Motivasyon (madde 23-25)			
23	Metinler ve grafikler arasında bir etkileşim var mı?	0	1
24	İstenilen davranış özel terimler veya modellerle gösterildi mi?	0	1
25	Davranış uygulanabilir mi?	0	1
F) Kültürel Uygunluk (Madde 26,27)			
26	Dil, mantık ve yaşam tarzları topluma uygunluğu gösteriyor mu?	0	1
27	Kültürel imgeler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?	0	1

Ek-12. DISCERN Ölçüm Cihazı

Hayır		Kısmen		Evet				
1	2	3	4	5				
1	Hedefler açık mı?		1	2	3	4	5	
2	Amacına ulaşıyor mu?		1	2	3	4	5	
3	İlgili mi?		1	2	3	4	5	
4	Yayını derlemek için hangi bilgi kaynaklarının kullanıldığı açık mı (yazar veya yapımcı dışında)?		1	2	3	4	5	
5	Yayında kullanılan veya raporlanan bilgilerin ne zaman üretildiği açık mı?		1	2	3	4	5	
6	Dengeli ve tarafsız mı?		1	2	3	4	5	
7	Ek destek ve bilgi kaynaklarının ayrıntılarını sağlıyor mu?		1	2	3	4	5	
8	Belirsizlik alanlarına atıfta bulunuyor mu?		1	2	3	4	5	
9	Her tedavinin nasıl çalıştığını açıklıyor mu?		1	2	3	4	5	
10	Her tedavinin faydalarını açıklıyor mu?		1	2	3	4	5	
11	Her tedavinin risklerini açıklıyor mu?		1	2	3	4	5	
12	Herhangi bir tedavi kullanılmazsa ne olacağını açıklıyor mu?		1	2	3	4	5	
13	Tedavi seçeneklerinin genel yaşam kalitesini nasıl etkilediğini açıklıyor mu?		1	2	3	4	5	
14	Birden fazla olası tedavi seçeneği olabileceği açık mı?		1	2	3	4	5	
15	Ortak karar alma için destek sağlıyor mu?		1	2	3	4	5	

Öneriler:

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Güleser ADA
Uyruğu : T.C.
Yabancı dili : İngilizce

II. Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2021-2025- Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Ebelik ABD (Doktora)
2018-2021- Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü -Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD (Yüksek Lisans)
2014-2018- Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (Lisans)

III. Unvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2021- Devam ediyor- Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü (Araştırma Görevlisi)

III. Mesleki Deneyimi

2020-2021- Trabzon Of Devlet Hastanesi, Doğumhane, Ebe
2023-2024- Akademia Mazowiecka W Płocku- Midwifery Doctorate Program Erasmus Internship Mobility
2021- Devam ediyor- Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü (Araştırma Görevlisi)

IV. Üyesi Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

2021- Devam ediyor- Türk Ebeler Derneği
2022-Devam ediyor- Anadolu Ebeler Derneği
2022- Devam ediyor- EBEARGE Derneği (Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme Derneği)

V. Bilimsel İlgi Alanları

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler:

Hamlaci Baskaya Y, Çimen Coskun K, **Ada G**, İlçioğlu K, Esen O. (2025). The effect of plaster applied to the umbilical area (Shenque-CV8 point) on nausea and vomiting during pregnancy. *Explore*, 1-6. (SCIE)

- Yıldırım Bayraktar BN, **Ada G**, Hamlacı Başkaya Y, İlçioğlu K. (2024). Genital Cosmetic Surgery in Women of Different Generations: A Qualitative Study. *Aesthetic Plastic Surgery*, 1-11. **(SCIE)**
- Yalnız Dilcen H, Çakır Koçak Y, **Ada G**, Demir Bozkurt F, Dülger H. (2024). Determinants of Psychosocial Health Status in Pregnant and Postpartum Women Experiencing Earthquake in Turkey. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 18: e16. **(SCIE,SSCI)**
- Ada G**, Hamlacı Başkaya Y, İlçioğlu K. (2025). The Effect of Sexuality Education During Pregnancy on Female Sexual Function: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *International Journal of Sexual Health*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/19317611.2025.2453909> **(SSCI)**
- Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler:**
- Ada G**, Özdemir K, Hamlacı Başkaya Y. (2022). Emzirme ile İlgili Ölçeklerin Okunabilirlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2. Uluslararası Anadolu Ebeler Derneği Kongresi Eskişehir, 19-22 Mayıs 2022. **(Sözel Bildiri).**
- Yıldırım Bayraktar BN, **Ada G**, Hamlacı Başkaya Y, İlçioğlu K. (2023). Motherhood Experiences of Women with Masculine Professions: A Qualitative Study, I Międzynarodowa Konferencja Naukowa Collegium Medicum Akademi Mazowieckiej W Płocku, 15 Aralık 2023, Plock/Poland **(Sözel Bildiri).**
- Ada G**, Yalnız Dilcen H, Bulut E, Dülger. (2023). The mediating role of health perception on the effect of health literacy on perception of traumatic birth in women, 26- 29 Ekim 2023, 7th EMA Education Conference in Athens. **(Sözel Bildiri).**
- Ada G**, Aktaş S. (2021). Gebelerin Annelik Rolü Algısı ile Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 11 Kasım 2023, 5. Uluslararası 6. Ulusal Ebelik Kongresi. **(Sözel Bildiri).**
- Yiğitbaş Ç, **Ada G**. (2018). Dördüncü Trimesterde Öz-Etkililik Yeterlik Düzeyi Açısından Anne Bebek Bağlanması, 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Amasya, 3-5 Mayıs 2018. **(Poster Bildiri).**

- Yalnız Dilcen H, **Ada G**, Bulut E. (2024). Erkeklerde Travmatik Doğum Algısı Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Analizlerinin İncelenmesi. 7. Uluslararası Kuru Gebelik Doğum Lohusalık Kongresi, 25-28 Nisan 2024. **(Sözel Bildiri)**
- Şahin E, **Ada G**, Bayram M. (2017). Ebelik Öğrencilerinin Bilgi ve İletişim Teknolojilerine (BIT) Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi, 4. Uluslararası 8. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 20 Nisan 2017. **(Sözel Bildiri).**
- Ada G**, Hamlacı Başkaya Y. (2022). Riskli Doğum Yönetiminde Kullanılan İnovatif Araçlar. 6. Uluslararası Hemşirelik ve İnovasyon Kongresi, İstanbul, 22-23 Ekim 2022. **(Sözel Bildiri).**
- Ada G**, Yalnız Dilcen H. (2024). İklim Değişikliği ve Gebelik. 7. Uluslararası Kuru Gebelik Doğum Lohusalık Kongresi, 25-28 Nisan 2024. **(Poster Bildiri)**
- Ada G**, Caniş, C. (2024). Gebelerin sağlıklı beslenme takıntısı ile algılanan stres arasındaki ilişki. Hitit Üniversitesi 10. Hitit Öğrenci Kongresi, 16-19 Mayıs 2024. **(Sözel Bildiri)**
- Bulut E, Yalnız Dilcen H, **Ada G**, Dülger H. (2023). Yetişkin Aşı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun psikometrik özellikleri ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi. 6. Uluslararası Kuru Gebelik Doğum Lohusalık Kongresi, 27-30 Nisan 2023. Bolu. **(Sözel Bildiri)**
- Ada G**, İlçioğlu, K. (2023). Jinekolojik onkolojik aciller. 11. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, 25-26 Mart 2023. İstanbul. **(Tam Metin Bildiri)**
- Bulut E, **Ada G**, Yalnız Dilcen H. (2024). Türkiye'de Ebelik Bölümlerinin Müfredatlarının İncelenmesi. 3. Uluslararası Anadolu Ebeler Derneği Kongresi, 21-24 Kasım, Ankara **(Sözel Bildiri)**
- Yalnız Dilcen H, **Ada G**, Keskin İ, Anderson CA. (2024). Yoga Egzersizlerinin Doğum Travmasına Etkisini Belirleme. 3. Uluslararası Anadolu Ebeler Derneği Kongresi, 21-24 Kasım 2024, Ankara. **(Sözel Bildiri)**

Dülger H, **Ada G**, Demir Bozkurt F, Yalnız Dilcen H, Çakır-Koçak Y. (2023). Kahramanmaraş Depremlerini Yaşayan Babaların Depresyon Anksiyete Stres Düzeyleri ve Psikolojik Sağlamlıklarının Belirlenmesi. 1. Uluslararası Değişen Dünyada Çeşm-i Cihan Sağlık Kongresi, 15-16 Aralık 2023, Bartın. **(Sözel Bildiri)**

Ada G, Yıldırım Bayraktar BN, İlçioğlu K. (2024). Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Anhedoni. 3. Uluslararası Anadolu Ebeler Derneği Kongresi, 21-24 Kasım 2024, Ankara. **(Sözel Bildiri)**

Ada G, Kiraz T. (2024). Üniversite Öğrencilerinin Premenstrüel Sendrom ve Beslenmeye Yönelik Tutumları ile Uyku Düzeyleri Arasındaki İlişki. 2.Uluslararası Değişen Dünyada Çeşm-i Cihan Sağlık Kongresi, 20-21 Aralık 2024, Bartın. **(Sözel Bildiri)**

Yazılan uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler:

Ada G, İlçioğlu K. (2023). Ebelikte eleştirel (kritik)düşünme. S. Aktaş, Y. Aksoy Derya, E. Toker (Ed.). A'dan Z'ye temel ebeler. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi. **(Kitap Bölümü)**

Yalnız Dilcen H, **Ada G**. (2023). Madde kötüye kullanımı tespitinde adli ebeler. H. Türkmen, N. Tuna Oran, İ.H. Hancı, İ. Tezbasan (Ed.). Adli ebeler. Ankara: Seçkin Yayıncılık. **(Kitap Bölümü)**

Ada G, Yalnız Dilcen H. (2023). Bağımlılık- bağımsızlık kavramı. Ö.E. Karaman, F. Aslantekin Özçoban (Ed.). Ebeler felsefesi, kuramlar ve temel kavramlar. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. **(Kitap Bölümü)**

Yalnız Dilcen H, **Ada G**. (2023). İnsan kaynakları yönetimi. S. Ejder Apay, A. Kanbur (Ed.). Ebeler yönetimi. Ankara: Akademisyen Kitabevi. **(Kitap Bölümü)**

Çakır Koçak Y, **Ada G**. (2023). Gebelik tanısı ve gestasyonel yaş tayini. S. Şen, B. Oğuz (Ed.). Normal gebelik. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. **(Kitap Bölümü)**

Ada G, Bulut E, Yalnız Dilcen H. (2023). Doğal afet dönemlerinde üreme sağlığı ve ebeler yaklaşımları. A. Dinç (Ed.). Sağlık & bilim 2023 ebeler IV. İstanbul: Efe Akademi Yayınları. **(Kitap Bölümü)**

Ada G, Yalnız Dilcen H. (2022). Sağlığa Disiplinler Arası Ekip Yaklaşımı. İçinden: H., Türkmen, B., Akın, Yalnız Dilcen, H. (Eds.). Ebelikte Meslek Tarihi ve Deontoloji, Ankara: Nobel Yayınevi. **(Kitap Bölümü)**

Ada G. (2024). Gebelikte Beslenme. A. Dinç (Ed.). Sağlık & bilim 2024 ebelik IV. İstanbul: Efe Akademi Yayınları. **(Kitap Bölümü)**

Ada G, Bulut E, Yalnız Dilcen H. (2023). Doğal afet dönemlerinde üreme sağlığı ve ebelik yaklaşımları. A. Dinç (Ed.). Sağlık & bilim 2023 ebelik IV. İstanbul: Efe Akademi Yayınları. **(Kitap Bölümü)**

Ada G, Bulut E. (2024). Pospartum Dönemde Fiziksel Aktivite ve Ebelik Yaklaşımları. Sağlık & Bilim 2024 Ebelik IV. İstanbul: Efe Akademi Yayınları. **(Kitap Bölümü)**

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler:

Yiğitbaş, Ç., & Ada, G. Dördüncü trimesterde öz etkilik-yeterlilik düzeyi açısından anne bebek bağlanması. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 4(3):343-353. **(TR DİZİN)**

VI. Bilimsel Etkinlikleri

Güleser Ada, Cennet Caniş, Gebelerin Sağlıklı Beslenme Takıntısı ile Algılanan Stres Arasındaki İlişki, Başlangıç Tarihi: 01.09.2023 Bitiş Tarihi: 29.02.2024, TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı Top. Bütçe: 4000,00 TL

Güleser Ada, Tuğçe Kiraz, Üniversite Öğrencilerinin Premenstrüel Sendrom ve Beslenmeye Yönelik Tutumları ile Uyku Düzeyleri Arasındaki İlişki, Başlangıç Tarihi: 01.01.2023 Bitiş Tarihi: 31.10.2024, TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı Top. Bütçe: 5500,00 TL

Hacer Yalnız Dilcen, Yeliz Çakır Koçak, **Güleser Ada**, Feyza Demir Bozkurt, Hanifi DülgerDeprem Yaşayan Gebe ve Lohusalarda Psikososyal Sağlık Durumunun Tespiti, Başlangıç Tarihi: 19.02.2023 Bitiş Tarihi: 28.02.2023, TÜBİTAK 1002-C Doğal Afetler Odaklı Saha Çalışması Acil Destek Programı Top. Bütçe: 18.781,39 TL

Hacer Yalnız Dilcen, **Güleser Ada**, Cheryl ANDERSON, İlkhan Keskin,
Gebelerde Yoga Egzersizlerinin Psikolojik Sağlığa ve Doğum
Travmasına Etkisini Belirleme, Başlangıç Tarihi: 01.11.2023 Bitiş
Tarihi: 18.01.2025, (BAP), Top. Bütçe: 26.394,00 TL

VII. Ödüller

Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- Bölüm ve Fakülte Birinciliği
Ödülü

VIII. Katıldığı Seminerler ve Eğitimler

4.Uluslararası ve 8.Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi 20-22 Nisan 2017,
İstanbul, Katılımcı

5.Uluslararası ve 9.Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi 3-5 Mayıs 2018,
Amasya, Katılımcı

3. Uluslararası Kadın- Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi 18-19 Nisan 2019,
Trabzon, Katılımcı

Ebeler Günü Sempozyumu: Sürdürülebilir Gelecek İçin: Ebeler Her Yerde, 5
Mayıs 2021, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Engelli Kadınlarda Üreme ve Cinsel Sağlık Problemleri, 27 Mayıs 2021, Sağlık
Yuvası, Katılımcı

Doğuma Hazırlık Sürecinde Gebelik Egzersizleri, 1 Haziran 2021, Sağlık
Yuvası, Katılımcı

Ada G. (2018). Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Kursu, Amasya Üniversitesi

Ada G. (2019). Bakım Davranışları Geliştirme Kursu / Sağlık ve Tıp,
Karadeniz Teknik Üniversitesi

Ada G. (2024). Afetlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi (MISP
Özelinde): Mezuniyet Sonrası Güçlendirme Programı, 10-11 Ekim
2024, TÜBİTAK 2237-A Bilimsel Eğitim Etkinliklerini Destekleme
Programı kapsamında.

Ada G. (2024). Temel Mentörlük Eğitimi, BAKKA, 11-15 Kasım 2024.

Ada G. (2024). Doğum/Doğum Öncesi Psikobiyojisi ile Kolektif Travma
Semineri, Somatik Deneyimleme, Türkiye.

Ada G. (2024). Spss ve Amos Uygulamalı Ölçek Geliştirme ve Kùltùrlerarası
Ölçek Uyarlama Kursu, IVM Data Analysis – Consulting, 29-30
Haziran 2024

