



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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**GEBELERİN E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIK VE PRENATAL STRES DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba AKTAŞ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Arzu YÜKSEL**

AKSARAY-2025



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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**GEBELERİN E-SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI, PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE
PRENATAL STRES DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba AKTAŞ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Arzu YÜKSEL**

Bu araştırma Aksaray Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından
.....proje numarası ile desteklenmiştir

AKSARAY-2025

Tarih

**Gebelerin E-Sağlık Okuryazarlığı, Psikolojik Sağlamlık ve Prenatal
Stres Düzeylerinin Belirlenmesi**

Tuğba AKTAŞ

Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Tuğba AKTAŞ tarafından savunulan gebelerin e-sağlık okuryazarlığı, psikolojik sağlamlık ve prenatal stres düzeylerinin belirlenmesi isimli çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

İmza

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Figen İNCİ

.....

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi

Onaylıyorum ☐ Onaylamıyorum ☐

Danışman: Doç. Dr. Arzu YÜKSEL

.....

Aksaray Üniversitesi

Onaylıyorum ☐ Onaylamıyorum ☐

Üye: Dr. Öğr. Üyesi İlknur GÖKŞİN

.....

Aksaray Üniversitesi

Onaylıyorum ☐ Onaylamıyorum ☐

Bu tez, Aksaray Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmenliği'nin ilgili maddeleri uyarınca jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Funda ÇETİNKAYA

Enstitü Müdürü

DOĞRULUK BEYANI

Gebelerin e-sağlık okuryazarlığı, psikolojik sağlamlık ve prenatal stres düzeylerinin belirlenmesi başlıklı yüksek lisans tezinin içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu araştırmada, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm. Beyana aykırı bir durum saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara katlanacağımı bildiririm.

İmza

Tuğba AKTAŞ

TEŞEKKÜR

Hem lisans hem de yüksek lisans eğitimim sürecinde ve bu araştırmanın her aşamasında bilgi ve tecrübesi ile bana destek olan, emeğini esirgemeyen ve her daim yol gösteren kıymetli hocam Doç. Dr. Arzu YÜKSEL'e,

Araştırmamın Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesinde yürütülmesine izin veren Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve hastanede görev yapan hekimlere,

Araştırmamı yürüttüğüm Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapan tıbbi sekreterlere,

Araştırmama katılmayı kabul eden gönüllü gebelere,

Eğitim süresince beni destekleyen, hayatımın her anında benimle olan, sevgi ve sabrını benden esirgemeyen, her daim bana yol gösteren ve bana destek olan babam Atacan AKTAŞ, annem Fazilet AKTAŞ, kardeşim Zeynep KOÇ, kardeşim Gülcan AKTAŞ'a,

Araştırmamda emeğini eksik etmeyen sevgili hocam İlknur GÖKŞİN'e teşekkürlerimi sunarım.

Tuğba AKTAŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Gebelik	
2.1.1 Gebeliğin tanımı	4
2.1.2 Gebeliğin tanısı	4
2.1.3 Gebeliğin belirtileri	5
2.1.4 Gebelikte annenin fizyolojik değişimleri	6
2.2 E-Sağlık Okuryazarlığı	6
2.2.1 E-sağlık okuryazarlığının tanımı.....	6
2.2.2 Gebelikte e-sağlık okuryazarlığının önemi	6
2.3 Psikolojik Sağlamlık	8
2.3.1 Psikolojik sağlamlık tanımı	8
2.3.2. Psikolojik sağlamlığın gebelikte önemi	8
2.3.4. Gebelikte psikolojik sağlamlığı etkileyen faktörler.....	9
2.4 Prenatal Distres	10
2.4.1 Prenatal distres tanımı	10
2.4.2 Prenatal distresin gebeye etkisi.....	10
2.4.3 Prenatal distresin bebekler üzerine etkisi.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Şekli	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	13
3.3.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri	13
3.3.2 Araştırmanın dışlanma kriterleri	14
3.4. Veri Toplama Araçları	14
3.4.1. Gebe tanıtıcı bilgi formu	14
3.4.2. E-sağlık okuryazarlığı ölçeği	14
3.4.3. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği.....	15
3.4.4. Prenatal distress ölçeği.....	15
3.5. Araştırmanın Değerlendirilmesi	15
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	16
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	16
4. BULGULAR	17
4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	17
4.2. Gebelerin Gebelik Sürecine İlişkin Özellikleri.....	18
4.3. Gebelerin SOYÖ, KPSÖ ile PDÖ Puan Ortalamaları.....	20
4.4. Gebelerin Sosyodemografik ve Gebelik Sürecine İlişkin Bilgilere Göre SOYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	21
4.5. Gebelerin Sosyodemografik ve Gebelik Sürecine İlişkin Bilgilere Göre KPSÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	25

4.6. Gebelerin Sosyodemografik ve Gebelik Sürecine İlişkin Bilgilere Göre PDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	29
4.7. Gebelerin SOYÖ, KPSÖ ile PDÖ Puanları Arasındaki İlişki	32
5. TARTIŞMA.....	33
5.1. Gebelerin Sosyodemografik ve Gebelik Süreci ile E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	33
5.2. Gebelerin Sosyodemografik ve Gebelik Süreci ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	34
5.3. Gebelerin Sosyodemografik ve Gebelik Süreci ile Prenatal distres Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	36
5.4. Gebelerin E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Arasındaki İlişkin Bulguların Tartışılması	37
5.5. Gebelerin E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Prenatal Distres Ölçeği Arasındaki İlişkin Bulguların Tartışılması	37
5.6. Gebelerin Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği İle Prenatal Distres Ölçeği Arasındaki İlişkin Bulguların Tartışılması	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
6.1. Sonuç	39
6.1.1. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin sonuçlar	39
6.1.2. Gebelerin gebelik sürecine ilişkin sonuçlar	39
6.1.3. Gebelerin sosyodemografik özellik ve gebelik süreci ile e-sağlık okuryazarlık ölçeğine ilişkin sonuçlar	40
6.1.4. Gebelerin sosyodemografik özellik ve gebelik süreci ile psikolojik sağlamlık ölçeğine ilişkin sonuçlar	40
6.1.5. Gebelerin sosyodemografik özellik ve gebelik süreci ile prenatal distress ölçeğine ilişkin sonuçlar.....	41
6.1.6. Gebelerin e-sağlık okuryazarlığı, psikolojik sağlamlığı ve prenatal distress puanları arasındaki ilişki sonuçları.....	41
6.2. Öneriler.....	42
KAYNAK	43
EKLER.....	55
Ek-1 Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu	55
Ek-2 E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	57
Ek-3 Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	58
Ek-4 Prenatal Distress Ölçeği	59
Ek-5 Aksaray Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu	62
Ek-6 Kurum İzni Maili	63
Ek-7 E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçek İzni Maili.....	64
Ek-8 Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçek İzni Maili	65
Ek-9 Prenatal Distres Ölçek İzni Maili	66
Ek-10 Aydınlatılmış Onam Formu	67
ÖZGEÇMİŞ.....	71

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GEBELERİN E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE PRENATAL STRES DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Tuğba AKTAŞ

Aksaray Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman: Doç. Dr. Arzu YÜKSEL

ÖZET

Araştırma gebelerin e-sağlık okuryazarlığı, psikolojik sağlamlık ve prenatal stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Klinik ve Polikliniklerine Ocak 2024-Haziran 2024 tarihleri arasında başvuran 264 gebe oluşturmuştur. Elde edilen verilerin değerlendirilmesi SPSS 24.0 programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ($\pm$), standart sapma, ortanca (min-maks), sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Veriler bağımsız iki örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Gebelerin yaşının 18 ile 47 arasında değiştiği bulunmuştur. Gebelerin e-sağlık okuryazarlık puan ortalaması $29,04\pm5,84$, psikolojik sağlamlık puan ortalaması $19,24\pm3,94$ ve prenatal stres düzeyi toplam puan ortalaması $11,18\pm6,07$ olarak belirlenmiştir. Gebelerin e-sağlık okuryazarlığı ölçeği ile kısa psikolojik sağlamlık ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,290$, $p<0,01$), kısa psikolojik sağlamlık ölçeği ile prenatal distress ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ($r=-0,322$, $p<0,01$) ilişki saptanmıştır. Araştırmaya göre gebelerin yarıya yakınının sağlık okuryazarlığının yetersiz düzeyde olduğu ve prenatal distress yaşadığı ancak prenatal distresslerinin düşük olduğu bulunmuştur. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, annenin stres yaşamasına neden olabileceği, kendisi ve bebeğinin sağlığını koruma davranışlarını kazanmasını engelleyebileceğinden dolayı annenin sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması için eğitimler verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: E-Sağlık okuryazarlığı, Gebelik, Prenatal stres, Psikolojik sağlamlık

Mayıs, 2025; 75 sayfa

M.Sc. THESIS

DETERMINATION OF E-HEALTH LITERACY, PSYCHOLOGICAL RESILIENCE AND PRENATAL STRESS LEVELS OF PREGNANT PEOPLE

Tuğba AKTAŞ

**Aksaray University
Health Sciences Institute Nursing Department
Mental Health and Diseases Nursing Program**

Supervisor: Doç. Dr. Arzu YÜKSEL

ABSTRACT

The research is a descriptive cross-sectional study conducted to determine the e-health literacy, psychological resilience and prenatal stress levels of pregnant women. The sample of the study consisted of 264 pregnant women who applied to Aksaray Training and Research Hospital Gynecology and Obstetrics Clinics and Polyclinics between January 2024 and June 2024. The obtained data were evaluated using SPSS 24.0 program. Descriptive statistics are presented as mean ($\pm$), standard deviation, median (min-max), number and percentage. Data were evaluated by two independent samples t-test and one-way analysis of variance. Spearman correlation test was used to determine the relationship between variables. Statistical significance level was accepted as $p<0.05$. It was found that the age of the pregnant women ranged between 18 and 47. The mean e-health literacy score of the pregnant women was found to be 29.04 ± 5.84 , the mean psychological resilience score was found to be 19.24 ± 3.94 and the total mean prenatal stress level score was found to be 11.18 ± 6.07 . A statistically significant and positive relationship ($r=0.290$, $p<0.01$) was found between the e-health literacy scale and the brief psychological resilience scale, and a statistically significant and negative relationship ($r=-0.322$, $p<0.01$) was found between the brief psychological resilience scale and the prenatal distress scale. According to the research, it was found that almost half of the pregnant women had insufficient health literacy and experienced prenatal distress, but their prenatal distress was low. Since inadequate health literacy can cause the mother to experience stress and prevent her from acquiring behaviors that protect her and her baby's health, it is recommended that training be provided to increase the mother's health literacy level.

Keywords: E-Health literacy, Pregnancy, Prenatal stress, Psychological resilience

May, 2025; 75 pages

ÇİZELGELER DİZİNİ

	sayfa
Çizelge 4.1. Gebelerin sosyodemografik özellikleri.....	17
Çizelge 4.2. Gebelerin gebelik sürecine ilişkin bilgileri.....	18
Çizelge 4.3. Gebelerin SOYÖ, KPSÖ ile PDÖ puan ortalamaları.....	20
Çizelge 4.4. Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin bilgilere göre SOYÖ puan ortalamalarının dağılımı.....	20
Çizelge 4.5. Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin bilgilere göre KPSÖ puan ortalamalarının dağılımı.....	24
Çizelge 4.6. Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin bilgilere göre PDÖ puan ortalamalarının dağılımı.....	28
Çizelge 4.7. Gebelerin SOYÖ, KPSÖ ile PDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	31

SİMGELER VE KISALTMALAR

aPTT: Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı

Ark: Arkadaşları

GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı

HCG: Human Koryonik Gonadotropin

KPSÖ: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Max: Maximum

Min: Minimum

NICHD: Ulusal Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve İnsan Gelişimi

Ort: Ortalama

PDÖ: Prenatal Distress Ölçeği

PT: Protrombin Zamanı

SOYÖ: E-sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

SPSS: Statistical Package For Social Sciencefor

SS: Standart Sapma

T3: Triiyodotironin Hormonu

T4: Tirosin Hormonu

TSH: Tiroid Uyarıcı Hormon

WHO-DSÖ: World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Gelişimsel bir kriz olarak tanımlanan gebelik; kadın yaşamında psikolojik, fizyolojik ve sosyal uyumu gerektiren doğal bir süreç olarak da kabul edilmektedir (Perry vd., 2017). Gebelik sürecinin yaşamın her alanında değişimi gerektirmesinden dolayı insanların yaşamında şüphe ve belirsizliğe yol açar ve bu durum kadınları oldukça fazla etkilemektedir (Gourounti, 2016). Gebelik, kadınlar için fizyolojik bir süreç olmakla beraber önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, stres ve anksiyete oluşturabilecek etkenlerle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir (Çelik ve Atasever, 2020).

Gebelik döneminde yaşanan fiziksel semptomlar, yaşam tarzı ve rollerdeki değişimler, ebeveynlik kaygıları, aile ve sosyal hayatla ilgili değişiklikler, beden imajında bozulma, istenmeyen gebelikler, doğum korkusu, bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar kadınlar için stres kaynağı olabilmekte ve bu faktörler kadınların çeşitli psiko-sosyal sağlık sorunları yaşamasına neden olabilmektedir (Bilgiç ve Çıtak Bilgin, 2021). Gebelerin yaşadığı sorunlar sebebiyle bu dönemde tıbbi hizmetlere duyulan ihtiyaç daha da artmaktadır ve bu hizmetlerden yararlanabilmek için sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması gerekmektedir (Filiz, 2015).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, günlük hayatta yargılarda bulunmak ve kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterlilikleri olarak tanımlanmaktadır (Sorensen vd., 2012). Sağlık okuryazarlığı sınırlı olan kadınlar için doğum öncesi hizmetlere ilişkin yazılı bilgilerin anlaşılması daha zordur. Bu nedenle, bu kadınların bilinçli tıbbi kararlar verme yetenekleri daha düşüktür (Kilfoyle vd., 2016). Literatürdeki bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, sağlıkla ilgili sorulara cevap bulmak için cep telefonu ve internet gibi teknolojileri kullanmaya daha fazla ilgi gösterdikleri, buldukları bilgileri anlayıp değerlendirebildikleri ve bu bilgileri sağlık davranışlarını geliştirebilmek için kullanabildikleri belirlenmiştir. (Hsu vd., 2014). E-sağlık okuryazarlığı ise elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma ve bu bilgileri anlama, değerlendirme ve bir sağlık sorununa çözüm bulabilmek için uygulama becerisi olarak tanımlanmaktadır (Norman ve Skinner, 2006). Rahmawati

ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışmada gebe kadınların interneti gebelikle ilgili önemli bir bilgi kaynağı olarak kullandıklarını ortaya koymuştur.

Psikolojik sağlamlık stresli durumlara uyum sağlama, stres ve zorluklara rağmen işlevsel olma, olumsuzluklara rağmen hasta olmama ve stresli yaşantılardan sonra kendini toparlama ve iyileşme gücü olarak tanımlanmaktadır (Carver, 1998; Smith vd., 2008; Tusaie ve Dyer, 2004). Gebelik sürecindeki değişimlere ve zorluklara uyum sağlayabilme, çeşitli sıkıntıların üstesinden gelebilme hem anne adayının hem de bebeğin sağlığı için önem taşımakta ve bu değişimlerin üstesinden gelebilen psikolojik sağlamlığı yüksek olan anne adayları daha sağlıklı bir süreç geçirmektedirler (Rini vd., 1999). Yapılan çalışmalarda önceki gebelik kayıpları, üreme sorunları, doğurganlık tedavileri, yüksek riskli gebelikler, planlanmamış veya istenmeyen gebelikler, perinatal ölümler, psikiyatrik sorun geçmişi veya önceki psikopatoloji öyküsünün de yer alabileceği stresli olaylarla karşı karşıya kalan kadınların, gebelik sürecinde kaygı yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Biaggi vd., 2016; Ayçiçek ve Çoban, 2021; Markin, 2018). Doğum normal ve sağlıklı bir yaşam deneyimi olmasına rağmen, doğum korkusu yaşayan kadınlar bu deneyimi zorlayıcı bir durum görmekte ancak psikolojik sağlamlık, kadınların bu zorlayıcı durumlarla başa çıkmasına yardımcı olmaktadır (Orr vd., 2007). Doğum öncesi stres, gebe kadınların gebelik sırasında fetüsü dolaylı olarak etkileyebilecek stres etkenlerine maruz kalınmasını ifade eder (Abramova vd., 2021). Doğum öncesi stres tek başına bir olay değil, bireyin yaşam boyunca izlediği yolu etkileyen bir dizi biyolojik ve psikolojik tepkiyi harekete geçirebilen dinamik bir süreçtir (Mbiydzennyuy vd., 2022). Gebelikte yaşanan stresin abortus, preeklampsi, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirildiği bilinmektedir (Bussieres vd., 2015; Shay vd., 2020). Aynı zamanda yaşanan stres doğum sonrası dönemde de anne bebek bağlanmasını (Srivastava ve Bhatnagar, 2014) ve uzun vadede çocuğun fiziksel ve nörogelişimsel sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (Manzari vd., 2019). Gebelikte kadınları etkileyebilecek stres faktörlerinden bazıları mali sorunlar, yakın ilişkilerdeki gerginlikler, aile sorumlulukları, çalışma koşulları ve gebelikle ilgili kaygılardır (Lue ve Halfon, 2003).

Gebelik döneminde artan stres ve kaygı bozuklukları sadece gebeliğin seyrini ve ruh sağlığını etkilemekle kalmayıp aynı zamanda kısa ve uzun vadeli maternal ve fetal

sağlık sonuçlarını da olumsuz etkileyebilmektedir (Boakye vd., 2015). Gebelerde psikolojik sağlamlık düzeyi ile prenatal stres arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, gebelerin psikolojik sağlamlık düzeyleri arttıkça, prenatal stres düzeylerinin azaldığı ve uyku kalitelerinin arttığı saptanmıştır (Li vd., 2016). Nie ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında, yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olan gebelerin, erken doğum tehdidiyle baş ettikleri, pozitif bir duygulanıma sahip oldukları ve daha düşük depresyon düzeylerine sahip olduklarını belirlenmiştir. Bhatia ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada, düşük psikolojik sağlamlığa sahip olan kadınların daha yüksek erken doğum riski taşıdıklarını belirtmişlerdir. Bu araştırma gebelerin E-sağlık okuryazarlığını, gebelik sürecinde yaşayabilecekleri sorunlar karşısında psikolojik sağlamlıklarını ve stres düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

2.1.1 Gebeliğin tanımı

Ortalama 40 haftadan ve trimester olarak adlandırılan üç zaman aralığından oluşan gebelik, ilk trimester olan son adet ilk gününde başlar ve üçüncü trimester olan genellikle 37 ila 42 hafta arasında tamamlanır (WHO, 2018). Gebelik dönemi, fertilizasyon ile başlayan kadının tüm hayatında değişikliklere neden olan, psikolojik, fiziksel ve sosyal adaptasyon gerektiren, stres yaşanmasına sebep olabilecek özel bir olaydır (Koss vd., 2016; Satyapriya vd., 2013).

2.1.2 Gebeliğin tanısı

Gebelikte tanı; öykü, fizik muayene ve hCG'nin laboratuvar değerlendirmesiyle ortaya çıkmaktadır (Betz ve Fane, 2019). Gebelik sırasında hCG serum konsantrasyonunu son adetten 3 hafta sonra ve gebeliğin ilk üç ayında hızlı bir artış gösterir, ilk 8 hafta boyunca yaklaşık her 40-48 saatte iki katına çıkarken, zirve genellikle yaklaşık 10 haftalık gebelikte olur (Gnoth ve Johnson, 2014).

2.1.3 Gebeliğin belirtileri

Erken gebelik belirtileri olarak adet gecikmesi, hassas göğüsler, sabah bulantısı (mide bulantısı ve kusma), açlık, yerleşme kanaması ve sık idrara çıkma yer almaktadır (NICHD, 2013). Uyku şikayetleri tüm trimesterlerde yaygındır ve bu durum hem fiziksel hem de ruhsal semptomlarla ilişkilidir (Ertmann vd., 2020). Kadınlarda gebelikten önce sırt ağrısı ara sıra görülürken, gebelik sırasında ise daha yüksek bir sırt ağrısı sıklığı gözlemlenmektedir (Bryndal vd., 2020). Gebe kadınların cinsel yaşamları da değişmektedir ve kadınların birçoğu gebelik sırasında cinsel ilgide azalma yaşamaktadırlar (García-Duarte vd., 2023).

2.1.4 Gebelikte annenin fizyolojik değişimleri

Gebeliğin ilk dönemlerinde annede koryonik gonadotropini (hCG), progesteron, östrojenler vb. gibi hormonlar değişimin başlıca oyuncularıdır. Ayrıca bu süreçte

uterus plasentanın büyümesini desteklemeye başlar, amniyon sıvısı hacmi artar, organlarda fonksiyonel ve boyutsal bir değişim başlar. Örneğin anne kalp hızı 5. haftadan 32. haftaya kadar artar ve kalp debisi de sırasıyla 12. ve 24. gebelik haftalarında %34-49, %43-48 oranında artar (Gronowski, 2004). Büyüyen bir fetüse yer açmak için, uterus yapısal değişikliklere, hücrel hipertrofiye uğrar bu da uterusun minimum gerilmesine, amniyotik kesenin genişleyip yer açılmasını sağlar. Fetal büyüme hızı 20. haftada hızlanmaya başladığında, uterus hızla uzar ve duvarlar inceler. Maksimum uzama oranı 20. ve 32. haftalar arasında gerçekleşir, 28. haftaya gelindiğinde maksimum fetal büyüme oranı gerçekleşmiş olur ve uterus dokusu büyümesi yavaşlarken hızla esnemeye, incelmeye devam eder bu durum doğumdan birkaç hafta sonrasında sona erer ve uterus gebelik öncesi yapısına geri döner (Myers ve Elad, 2017). Bulantı, kusma, mide yanması, kabızlık gebelikte görülen en yaygın semptomlardır ve uterus büyüdükçe gastrointestinal sistemde ortaya çıkan değişikliklerden kaynaklanır (Herrero vd., 2001).

Gebelik sırasında böbrek boyutunda bir artış olur bu da %35-60 oranında artmış böbrek kan akışını yönlendirir ve böbreklerin fonksiyonel kapasitesini artırır. Sonuç olarak, glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ilk trimesterin sonunda %40-50 artar ve 180 mL/dakikada zirveye ulaşır, GFR daha sonra gebeliğin 36. haftasına kadar bu seviyede tutulur; sonrasında hafifçe azalır (Carlin ve Alfrevic, 2008). Karaciğer boyutları ve işlevleri neredeyse hiç değişmez ancak laboratuvar karaciğer testleri genellikle gebelik sırasında yanlış yorumlanabilir ayrıca kreatin kinaz gebelik sırasında belirgin şekilde artabilir, lipitler, trigliseritler ve kolesterol ikinci trimesterden itibaren önemli bir değişikliğe uğrar (Lippi vd., 2007).

Bazı kan pıhtılaşma faktörleri, plazma fibrinojeni, faktör VII, VIII, IX ve X artarken protrombin ve faktör V ve XII değişmez. Bu da protrombin zamanı (PT) ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) hafifçe kısalmasına neden olur (Chandra vd., 2012). Tiroid uyarıcı hormon (TSH) ilk trimester döneminde azalır ve son trimestere doğru yavaşça normale dönerken, dolaşımdaki serbest T3 ve T4 gebelik boyunca sabit kalmaktadır (Carlin ve Alfrevic, 2008). Gebelikle birlikte oluşan ağırlık merkezinin kayması, alt sırtta lordozun artmasına ve boyunda fleksiyona neden olur. Duruştaki bu

kayma, gebelik süreci ilerledikçe kötüleşen alt sırt gerginliğine neden olabilir (Soma vd., 2016).

2.2 E-Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1 E-sağlık okuryazarlığının tanımı

Sağlık okuryazarlığı kişinin hem kendisinin hem de içinde yaşadığı sistemin uygun bir şekilde sağlığının iyileştirilmesi ve korunması amacıyla sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında bilgi edinmesi ve anlaması potansiyelidir. Ayrıca, sağlık ile ilgili kararlar almak için bilgileri uygulama ve hizmetlerden yararlanma yeteneğini de ifade eder (Liu vd., 2020). Sağlık okuryazarlığının sadece fiziksel sağlığı değil insanların sağlık ve tıbbi sorunlarıyla doğru şekilde başa çıkmasını; ilaç etiketlerini doğru bir şekilde okumasını, anlamasını ve reçeteli ilaçları doğru bir şekilde almasının da bir göstergesi olduğu belirtilmektedir (DeMarco ve Nystrom, 2010).

E-sağlık okuryazarlığı ise elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma ve bu bilgileri anlama, değerlendirme ve bir sağlık sorununa çözüm bulabilmek için uygulama becerisi olarak tanımlanmaktadır (Norman ve Skinner, 2006). Rahmawati ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada gebe kadınların interneti gebelikle ilgili önemli bir bilgi kaynağı olarak kullandıklarını ortaya koymuşlardır (Rahmawati ve ark. 2021).

2.2.2 Gebelikte e-sağlık okuryazarlığının önemi

Sağlık okuryazarlığı tüm hastalar için önemli olsa da toplumda en çok anneler için önemli bir yapıya sahiptir. Anne sağlık okuryazarlığı annelerin anne ve çocuk sağlığına ilişkin bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama yeteneğinin sağlanması ve anne-çocuk ölümlerinin azaltılmasına katkıda bulunması olarak tanımlanmaktadır (Phommachanh vd., 2021). Anne sağlık okuryazarlığı sağlıklı bir gebeliğin meydana gelebilmesi için önemli bir anahtardır ancak sağlık hizmetinin alındığı kaynağın kalitesinin düşük olması riskli gebeliklerin oluşmasına ve anne-bebek sağlığının etkilenmesine neden olabilmektedir (Zibellini vd., 2021). Ayrıca gebelik öncesinde ve sırasında güvenilir ve zamanında sağlık bilgisine ulaşmanın, anne-bebek ölüm oranlarını azaltmada önemli etkileri vardır (Javanmardi vd., 2018). Gebelik süresince,

anne ve fetüsün sağlığını koruyabilmek ve yaşanılan evrenin en iyi şekilde sonlanabilmesi için kadınların gebelik donemi hakkında bilgi ve kaynaklara kolayca erişebilmesi oldukça onemlidir (Batman, 2018).

Gebe kadınlar arasındaki yetersiz sağlık bilgisi, gebelikten önce veya sırasında daha az folik asit alınması, fazla sayıda istenmeyen gebelikler (Lupattelli vd., 2014) ve doğumdan sonra sadece 3 ay boyunca emzirme ve emzirmenin en erken zamanda sonlandırılması ile ilişkilendirilmiştir (Vila-Candel vd., 2021). Yemen'in kırsal kesimlerinde yapılan bir araştırmada, doğumdan sonraki 6 ay içinde doğum sonrası bakım almak isteyen kadınların anne sağlığı bilgisinin düşük olduğu bildirilmiştir (Hyzam ve ark., 2021). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip gebelerin doğum öncesi hizmetlerle ilgili bilgileri anlamaları daha zordur bundan dolayı bu kadınların bilinçli olarak tıbbi kararlar alma olasılıkları daha düşük olduğu grlmektedir (Kilfoyle vd., 2016).

Sağlık bilgileri aile/arkadaşlar, sağlık hizmeti sağlayıcıları, radyo, televizyon, gazete, dergi ve internet gibi çok çeşitli kaynaklardan elde edilmektedir (Grimes vd., 2014). Ghiasi tarafından yapılan bir araştırmada, gebe kadınların çoğunluğunun sağlık profesyonellerinin ardından gayri resmi kaynaklardan (aile ve arkadaşlar) ama çoğunlukla internetten bilgi aradığı grlmektedir (Ghiasi, 2021). Son yıllarda internet kullanımı, gebe kadınların popüler sağlık bilgisi kaynağı haline gelmiştir (Lagan vd., 2011). Sağlık bilgilerine ulaşmak için internetin sık olarak kullanılmasının nedeni olarak internetin hem erişilebilirliğinin kolay olması hem de düşük maliyeti onu popüler bir medya haline getirmiştir (Kommalage, 2009).

İsveç'te yapılan bir araştırmada, kadınların %84'ünün gebelik sırasında sağlık bilgisi kaynağı olarak interneti kullandığına ulaşılmıştır (Larsson, 2007). İnternette aramalar geniş ölçeklerde yapılmaktadır fakat araştıran kişiler için, tıbbi öneriler ve konsültasyonlar hakkında verilen bilgilerin doğruluğu ve kalitesi hakkında karar verememeleri internetin zorluklarından biri olarak ortaya çıkmaktadır (Sayakhov ve Carolan, 2016). Kadınlar okudukları bilgileri güvenilir olarak kabul etseler de internette bulunanların çoğu güncelliğini yitirmiş hatta doğru bilgiler değildir (Romano, 2007). Yapılan araştırmalar, gebelerin e-sağlık kullanımının yüksek olduğunu aynı zamanda yanlış bilgilerin ve inançların farkında olmadıklarını ortaya

koymuştur (Bert vd., 2013). Bir araştırmada, kadınların %69'u yanlış veya aldatıcı bilgi içeren bir web sitesini ziyaret ettiğini belirtirken, %83'ü hala bu bilgilerin kalitesini genel olarak 'iyi' veya 'mükemmel' olarak değerlendirmiştir (Lagan vd., 2010).

2.3 Psikolojik Sağlamlık

2.3.1 Psikolojik sağlamlık tanımı

Psikolojik sağlamlık, bireyin stres faktörlerinin olumsuz etkilerinden koruyan ve olumsuzlukların varlığında olumlu sonuçlar ortaya çıkarmaya yarayan kişisel kaynaklar olarak tanımlanmaktadır (Fletcher ve Sarkar, 2013). Sağlamlık, kişinin yaşamı boyunca değişebilir ve bu nedenle çocukluktan yaşlı yetişkinliğe kadar önemli bir kavram olmaya devam eder (Sturgeon ve Zautra, 2010).

2.3.2 Psikolojik sağlamlığın gebelikte önemi

Gebelik, sosyal ve psikolojik etkenlerden ve bu süreçle ilgili hormonal değişikliklerden kaynaklanan duygusal zorlukların yaşandığı bir evredir (Parcells, 2010). Kadınların yaşamlarının bu evresi değişiklikler ile adaptasyonlarla doludur bu da fizyolojik, davranışsal, kontrol edilemezliğe ve öngörülemezliğe ilişkin bilişsel algı ve sonuç olarak strese neden olmaktadır (Koolhaas vd., 2011). Doğum olayı birçok kadın için hala tamamen kontrol edilemeyen, bilinmezliklerin olduğu ve sonucu önceden planlanamayan bir süreçtir (Kjærgaard vd., 2008). Bu durum kadınlar için psikolojik, fiziksel ve sosyal değişimlerin fazla olduğu zorlu bir süreç olmasına rağmen, çoęu kadın duruma uyum sağlar ve değişimi neşeli aynı zamanda heyecan verici olarak kabul eder (Van Haeken vd., 2020). Bazı kadınlar ise biyopsikososyal sıkıntıya neden olabilen çok farklı olumsuz duygular yaşar (Dekel vd., 2017). Bundan dolayı gebelikte dayanıklılık, perinatal dönemde stres faktörleri, zorluklar veya olumsuzluklarla karşı karşıya olunduğunda annenin refahı, aile dengesi ve uyumu için oldukça önemli bir kavramdır (Van Haeken vd., 2023). Genellikle gebelikte, doğum ve doğum sonrası dönemlerde görülen komplikasyonların nedeninin gebelikte ve doğum sonrasında yaşanan stres olduğu görölmektedir (Faisal-Cury vd., 2009).

Gebe kadınlar üzerine yapılan bir araştırmada, yüksek dayanıklılık seviyesine sahip bireylerin daha az depresyon belirtisi gösterdiği ve duygusal olarak daha dengeli oldukları görülmüştür (Ziaian vd., 2012). Gebelerde dayanıklılık düzeyinin araştırılması, gebe kadında vücut değişiklikleri, doğum ve sosyal sorunlarla ilgili korkular gibi gebelik dönemine ait zorluklarla başa çıkmayı kolaylaştırabilmektedir (García-León vd., 2019). Yaşam kalitesinin artması, sosyal ve ekonomik bozulmaların olmaması, aile ve arkadaş desteğinin olması hamileliğin mutlu olarak geçirilmesini, psikolojik dayanıklılığın ve iyimserliğin artmasını sağlamaktadır (Lagadec vd., 2018). Ayrıca gebe kadınların eşlerinden ve aile üyelerinden düzenli olarak bakım ve destek almaları sayesinde stres ve anksiyete varlığından daha az söz edilebilmektedir (Maharlouei, 2016).

Gebelik sırasında anne sağlığı üzerine yapılan bir araştırmaya göre, maneviyatın gebelik sırasında stres üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu anlaşılmıştır (Dolatian vd., 2017). Foruzandeh ve arkadaşları yaptıkları araştırmayla gebelik sırasında stresle baş etme mekanizmalarından birinin kadınların manevi inançları ve değerleri olduğunu doğrulamışlardır (Foruzandeh vd., 2018). Yapılması ve yapılmaması gerekenleri belirten değerler koleksiyonu olarak din, kişinin yaşamındaki farklı evrelerinde yaşamına anlam katarak psikolojik destek olur ve özel durumlarda durumu açıklayıcı görev görerek bireyi yaşamın anlamsızlığına karşı korumaktadır (Akbari vd., 2016). Sosyal destek, dayanıklılık ve evlilikte mutluluk birbirleriyle etkileşime girerek gebede stresin azalmasını, duygusal destek sağlanmasını ve kaynak paylaşımı yoluyla başa çıkma becerisini geliştirilmesini sağlayarak gebede doğum öncesi stres gelişme riskini düşürmektedir (Pauley vd., 2020). Dayanıklılığı teşvik etmek ve gebe kadınların ruh sağlığını iyileştirmek için müdahale önlemlerini ve destek programlarını düzenlemek gerekmektedir (Wollast vd., 2020).

2.3.3 Gebelikte psikolojik sağlamlığı etkileyen faktörler

Yapılan araştırmalar, birçok gebenin gebelikte ve doğumdan sonraki zamanlarda kiloda, vücut şeklinde, yeme alışkanlıklarında değişimler olduğunu ortaya koymaktadır bununla birlikte değişime uğrayan kadınlarda dış görünüşündeki değişiklikler nedeniyle beden imajı memnuniyetsizliği ortaya çıkmaktadır bu durumda gebenin psikolojik sağlamlığını etkilemektedir (Garrusi vd., 2013). Wilson ve

arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada beden imajı memnuniyetsizliğinin kaygı, depresyon, sosyal izolasyon, zayıflamış benlik kavramı ve öz saygı gibi sonuçlara neden olabileceğini belirtmişlerdir (Wilson vd., 2013). Beslenmenin ruh sağlığında önemli bir rolünün olduğu ruh sağlığı literatüründe önem kazanmaktadır (Jacka vd., 2010). Beslenmenin, gebeliğin temelini oluşturan önemli bir konu olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Ortiz-Andrellucchi vd., 2009). Doğum sonrası dönemde hem annenin hem de gelişmekte olan bebeğin sağlığı için beslenme çok önemlidir (Blanchard, 2006).

2.4 Prenatal Distres

2.4.1 Prenatal distres tanımı

Stres, fizyolojinin uyarlanabilir bir bileşenidir ve tehditlere, olumsuz deneyimlere veya stres etkenlerine maruz kalındığında hayatta kalma stratejisini temsil eder (McEwen, 2007). Filgueira ve Hippert'e (1999) göre stres; fiziksel, psikolojik veya sosyal vücut dengesinde bozulmalara sebep olan ve çoğunlukla zararlı etkilere sahip bir grup tepki ve uyararı kapsayan bir terim olarak ifade edilebilir. Bir kadının gebeliği boyunca fiziksel ve/veya psikososyal strese maruz kalmasıyla ortaya çıkan durum Prenatal Stres olarak tanımlanır.

2.4.2 Prenatal distresin gebeye etkisi

Gebelikte stres genellikle hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen ve sempatik sinir sistemi olmak üzere stres sisteminin kronik aktivasyonu ile ilgilidir (Pervanidou ve Chrousos, 2018). Gebelik döneminin kadının vücudunda, yaşamında, rollerinde, diğer insanlarla olan ilişkilerinde ve sorumluluklarında birtakım değişiklikler meydana gelmektedir ve bu durumlar kadınlarda kaygı ve stres oluşumuna neden olmaktadır (Yali ve Lobel, 2002). Gebelikte stres aşırı yeme, sigara içme ve öz bakım aktivitelerine uymama gibi stresle ilgili sağlıksız davranışlarla da ilişkilendirilebilmektedir, bu da fetüsü etkileyip ve olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmaktadır (Pervanidou ve Chrousos, 2012). Gebelik semptomları arasında mide bulantısı, kilo alımı, uyku düzeninde bozukluk ve duygusal dengesizlik bulunmaktayken bunların yanı sıra bireysel faktörler arasında planlanmamış gebelik, aile dinamiklerindeki değişiklikler, doğum öncesi

komplasyonlar veya komplasyon gelişme riski endişesi de bulunmaktadır (Correia vd., 2007; Lobel vd., 2008). Sosyoekonomik bağlam da düşük gelirli olma, aile içi şiddet, uyuşturucu ve alkol kullanımı, aile desteğinin olmaması ve diğer zayıflıklar gebe kadınlar için stres faktörlerini arttırabilmektedir (Maxson vd., 2016). Ayrıca gebenin yaşı, medeni durumu, okuryazarlık düzeyi ve doğum sayısı gibi faktörlerde gebelikte stres ve kaygı düzeyinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Boakye vd., 2015). Bir gebenin hem stresle hem de gebeliğın getirdiğı sıkıntılı durumlarla baş etme yeteneğı, fiziksel ve ruhsal sağılığını etkilemekteyken gelişmekte olan bebeğın sağılığında da hayati rol oynamaktadır (Ramiro vd., 2021).

Gebe kadınlar, ilk olarak bebeğın sağılığı konusunda endişelerini dile getirirken, aynı zamanda doğum, erken gebelikte düşük yapma ve kendi dış görünüşleri konusunda da endişe duymaktadırlar (Georgsson vd., 2003). Araştırmalar prenatal stresin, sağılıklı gebeliğı destekleyen maternal bağışıklık, endokrin ve sinir sistemlerindeki uyumu bozarak olumsuz gebelik sonuçları riskini arttırdığı ileri sürmektedir (Wadhwa, 2011). Yaşamda meydana gelen önemli değışimler bireylerde stres tepkilerinin oluşmasına neden olabilir fakat stres kronik bir durum haline gelir, birey de bu duruma uyum sağılayamazsa, anksiyete ve depresyon gibi olumsuzluklar meydana gelebilmektedir (Santos ve Castro, 1998). Doğumdan sonra depresif semptomlar gösteren anneler bebeklerinin davranışlarını olumsuz algırlarlar, bebeklerine karşı çok fazla düşmanlık beslerler ve bebekleriyle daha zayıf duygusal bağ kurarlar (Cornish vd., 2006; Mason vd., 2011). Gebelerde doğum sonrası majör depresyon bozukluğu teşhisi konulabilmektedir aynı zamanda bundan dolayı lohusaların bebeklere zarar verme düşünceleri ve intihar etme istekleri olabilmektedir (Currie ve Barber, 2016).

2.4.3 Prenatal distresin bebek üzerine etkisi

Gebelikte yaşanan stresin bebeklerin stres tepkisini arttırdığı ortaya konulmuştur (Grant vd., 2009) ve bu durumda erken stres tepkisinin bebeklerde yaşamın ilerleyen evrelerinde duygusal mizaçla bağlantılı olduğunu gösteren araştırmalara rastlanılmaktadır (Gunnar, 1995). Gebelik sırasında uzun süreli strese maruz kalmak, zarların erken yırtılmasına, erken doğum ve gebelik yaşına göre küçük fetüsler gibi olumsuz sonuçlara sebep olabilmektedir (Rodrigues ve Schiavo, 2011).

Gebelik sonlandığında depresif semptomları olan anneler ile bebekleri arasında yetersiz bağ ve emzirme zorluğu riski artmaktadır (Mikšić vd., 2020). Depresyon, stres ve anksiyete gibi durumlardan etkilenen kadınlarda anne sütündeki bileşenleri değiştirebilen güçlü biyolojik farklılıklar oluşur. Anne sütünün çok önemli bir rolünün olduğu göz önüne alındığında, bileşimindeki değişikliğin olması bebeğin nörolojik gelişimini ciddi olarak etkileyebilmesi biliş, davranış ve dikkatle ilgili temel işlevleri bozabilmesi mümkündür (Benedetto vd., 2020).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma gebelerin e-sağlık okuryazarlığı, psikolojik sağlamlık ve prenatal stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı kesitsel bir türde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Klinik ve Polikliniklerinde yapılmıştır. Hastanede kadın doğum polikliniği B blok 1. Katta toplam 12 hekimin hizmet verdiği 8 poliklinikten, 18 yataklı doğum salonundan ve 3. katta 45 yataklı klinikten oluşmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Klinik ve Polikliniklerine Ocak 2024 – Haziran 2024 tarihleri arasında başvuran gebeler oluşturmuştur. Araştırmaya benzer araştırmalar incelendikten sonra araştırma için gerekli örneklem hesabı yapılmıştır. Yapılan güç analizi sonucunda GPower V3.1.9.7 programı kullanılarak ve etki büyüklüğü 0.17, güç $(1-\beta)$ %80, tip I hata (α) 0.05 kabul edilerek yapılan apriori güç analizinde araştırma için minimum örneklem büyüklüğü 256 kişi olarak hesaplanmıştır (Yılar ve Öztürk, 2024). Araştırma 264 gebe ile tamamlanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- ✓ Gebelik nedeniyle Aksaray Üniversitesi Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yatıyor olma,
- ✓ Gebelik nedeniyle Aksaray Üniversitesi Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvurma,
- ✓ İletişime ve iş birliğine açık olma,
- ✓ 18 yaş ve üzeri olma

- ✓ Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

3.3.2. Araştırmanın dışlanma kriterleri

- ✓ Görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil probleminin bulunması,
- ✓ Klinik görüşme ile saptanan mental retardasyon bulunması,
- ✓ Türkçe bilmiyor olması.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği ve Polikliniğine başvuran gebelerden; Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1), E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (EK-2), Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (EK-3) ve Prenatal Distress Ölçeği (EK-4) ile araştırmacılar tarafından yüz yüze veriler toplanmıştır.

3.4.1. Gebe tanıtıcı bilgi formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan form da yaş, eğitim durumu, meslek, gelir durumu ve gebelik öyküsü gibi toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. E-sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOYÖ)

Norman ve Skinner tarafından 2006 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması Tamer-Gencer (2017) tarafından yapılmıştır (Norman ve Skinner, 2006; Tamer-Gencer, 2017). Bu ölçek sağlık durumlarına/problemlerine ilişkin elektronik sağlık bilgilerini bulma, değerlendirme ve uygulama konusunda bireylerin bilgi, konfor ve algılanan becerilerini ölçmek için geliştirilmiştir. Tek boyuttan ve 8 maddeden oluşan, beşli Likert tipinde (1=kesinlikle katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) olan ölçekte ters puanlanan madde bulunmamakta, ölçekten en az 8 en fazla 40 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri artmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach's Alpha güvenilirlik

katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur (Tamer-Gencer, 2017). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,92 olarak belirlenmiştir.

3.4.3. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği (KPSÖ)

Smith ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Doğan (2015) tarafından yapılmıştır. KPSÖ, toplamda 6 sorudan oluşmakta ve her bir soru için verilecek yanıtlar beşli Likertten oluşmaktadır (Doğan, 2015). Hiç uygun değil (1) ile tamamen uygun (5). Ölçekte 2, 4, ve 6. maddeler tersten kodlanmaktadır. Tersten kodlanan maddeler çevrildikten sonra alınan yüksek puanlar yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa işaret etmektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısının 0,83 olduğu, Türkçe formunun ise Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısının 0,76 olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Prenatal distress ölçeği (PDÖ)

Prenatal distress ölçeği 1999 yılında Yali ve Lobel tarafından geliştirilmiştir. 2008 yılında Lobel tarafından yeniden düzenlenerek son hali oluşturulmuştur (Lobel, 2008; Yali ve Lobel, 1999). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Yüksel ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Likert tipi ölçeğin maddeleri 0-2 arasında skorlanmaktadır. Maddelerin puan toplamından 0-34 arasında değer alınmaktadır. Yüksel ve arkadaşları tarafından ölçeğin kesme değeri hesaplanmamış olup ölçekten alınan yüksek puan yüksek düzeyde prenatal distresi göstermektedir. Türkçe formunun Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur (Yüksel vd., 2011). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciencefor Windows 24.0, IBM Corp., Armonk, New York, ABD) programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ($\pm$), standart sapma, ortanca (min-maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Dağılımların normalliği skewness ve kurtosis testi ile kontrol edilmiş ve elde edilen sonuçlara göre ölçekler ve alt boyutlarının dağılımları normal olarak kabul edilmiştir. Tabachnick'e göre verilerin analizde

skewness değeri +1.5-1.5 arasındaysa verilerin normal dağıldığı kabul edilebilir (Tabachnick and Fidell, 2013). Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız iki örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Farklılığa neden olan grup Bonferroni testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada yer alan bazı bağımsız değişkenlerin kategori frekans sayılarının 30'un altında olması nedeniyle, nonparametrik testlerden Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde pearson korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma yapılmadan önce Aksaray Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu (2023/23-08 tarih:07.12.2023)'ndan (EK-5) ve Sağlık İl Müdürlüğü (EK-6) yazılı izinler alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için yazarlara e-posta yolu ile ulaşılarak kullanım izni alınmıştır (EK-7,8,9). Ayrıca her bir gönüllüye bu araştırmanın yapılmasının amacı açıklanmış ve onamları alınmıştır (EK-10).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Aksaray Eğitim ve Araştırma hastanesinin Kadın Hastalıkları ve doğum klinik ve polikliniklerine araştırmanın yapıldığı tarihlerde başvuran, araştırma kriterlerine uyan gebeler ile sınırlandırılmıştır.

4. BULGULAR

Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik ve Polikliniklerine başvuran gebelerin e-sağlık okuryazarlığı, psikolojik sağlamlık ve prenatal stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yürütülen araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

Çizelge 4.1. Gebelerin sosyodemografik özellikleri (n=264)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Klinik-Poliklinik	Doğum polikliniği	158
	Doğum kliniği	106
Gebelerin Yaşı (Ort:27,48 SS:5,18 Min:18 Maks:47)	18-25 yaş	99
	26-30 yaş	101
	31 ve üzeri yaş	64
Eşin Yaşı	19-26 yaş	61
	27-31 yaş	107
	32 ve üzeri yaş	96
Eğitim Durumu	İlkokul	21
	Ortaokul	37
	Lise	82
	Üniversite	124
Çalışma Durumu	Evet	93
	Hayır	171
Meslek	Ev hanımı	171
	Memur	43
	İşçi	31
	Serbest meslek	19
Eşin Mesleği	Memur	60
	İşçi	110
	Serbest meslek	94
Ekonomik Durum Algısı	İyi	68
	Orta	182
	Kötü	14
Yaşanılan Yer	İl	209
	İlçe	31
	Köy/kasaba	24
Aile Yapısı	Çekirdek	231
	Geniş	33
Evlilik Süresi	1-5 yıl	172
	6-10 yıl	61
	11 ve üzeri yıl	31
Toplam	264	100

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımlar Çizelge 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin verilerinin %59,8’i doğum polikliniğinden %40,2’si doğum kliniğinden toplanmıştır. Yapılan araştırmada gebelerin yaşının minimum 18 maksimum ise 47 olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin yaşlarına bakıldığında %24,2’sinin 31 ve üzeri yaşta, %37,5’i 18-25 yaş aralığında, %38,3’ünün 26-30 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin yaşları incelendiğinde %23,1’i 19-26 yaş aralığında, %36,4’ü 32 ve üzeri yaşta, %40,5’i ise 27-31 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda gebelerin eğitim durumunun %8’i ilkökul, %14’ü ortaokul, %31’i lise ve %47’sinin ise üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin %64,8’i herhangi bir işte çalışmazken, çalışanların ise %16,3’ü memur, %11,7’si işçi ve %7,2’si serbest meslek yapmaktadır. Gebelerin eşlerinin meslekleri incelendiğinde %41,7’si işçi, %35,6’sı serbest meslek ve %22,7’si memur olarak bulunmuştur. Gebeler ekonomik durumunu %68,9’u orta, %25,8’i iyi ve %5,3’ü kötü olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan gebelerin %79,2’si il, %11,7’si ilçe, %9,1’i köy/kasabada yaşadığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin %87,5’i çekirdek ailede, %12,5’i ise geniş ailede yaşadığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin %65,2’si 1-5 yıllık, %23,1’i 6-10 yıllık, %11,7’sinin ise 11 ve üzeri yıllık evli olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.2. Gebelerin gebelik sürecine ilişkin özellikleri (n=264)

Özellikler		Sayı	Yüzde
Doğum Öyküsü	Evet	133	50,4
	Hayır	131	49,6
Gebelik Sayısı	Birinci gebelik	102	38,7
	İkinci gebelik	78	29,5
	Üçüncü gebelik	42	15,9
	Dört ve üzeri gebelik	42	15,9
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok	126	47,7
	Bir çocuk	85	32,2
	İki çocuk	35	13,3
	Üç çocuk	15	5,7
	Dört çocuk	3	1,1
Ölü Doğum Öyküsü	Evet	23	8,7
	Hayır	241	91,3
Ölü Doğum Sayısı	Yok	241	91,3
	Bir	20	7,6
	İki	3	1,1

Çizelge 4.2 (devam). Gebelerin gebelik sürecine ilişkin özellikleri

Düşük Yapma Öyküsü	Evet	53	20,1
	Hayır	211	79,9
Düşük Sayısı	Yok	211	79,8
	Bir	40	15,2
	İki	10	3,8
	Üç	1	0,4
	Dört	2	0,8
Gebelik Haftası	1.Trimester (1-13 hafta)	38	14,4
	2.Trimester (14-26 hafta)	59	22,3
	3.Trimester (27-41 hafta)	167	63,3
Gebeliği Planlama Durumu	Evet	239	90,5
	Hayır	25	9,5
Sağlık Sorunu Yaşama Durumu	Evet	195	73,9
	Hayır	69	26,1
Yaşanan Sağlık Sorunları	Yaşamadım	69	26,2
	Bulantı-kusma	132	50,0
	Aşırı kilo alma	28	10,6
	Depresyon	27	10,2
	Kan şekerinde yükselme	8	3,0
Sağlık Bilgisi Alma Durumu	Evet	191	72,3
	Hayır	73	27,7
Sağlık Bilgisi Alınan Kaynaklar (n:294)*	Doktor	93	31,6
	Ebe	68	23,2
	Hemşire	46	15,6
	İnternet	87	29,6
İnternet Kullanım Amacı (n:1427)**	Anne karnındaki bebeğin gelişimi	191	13,4
	Tahmini doğum tarihi hesaplama	183	12,8
	Gebelikteki risk faktörleri	151	10,6
	Gebelikte beslenme	192	13,5
	Doğum sonrası iyileşme süresi	128	9,0
	Gebelikte görülen değişiklikler	156	10,9
	Genel doğum öncesi bilgiler	151	10,6
	Yeni doğan bakım	149	10,4
	Emzirme	126	8,8
Toplam		264	100

*Birden fazla cevap vermişlerdir. Yüzdelere 294 üzerinden değerlendirilmiştir.

**Birden fazla cevap vermişlerdir. Yüzdelere 1427 üzerinden değerlendirilmiştir.

Gebelerin gebelik sürecine ilişkin bilgilerine göre dağılımlar Çizelge 4.2’de verilmiştir. Çizelgeye bakıldığında gebelerin %50,4’ünün daha önce doğum yaptığı, %38,7’sinin ilk gebeliği olduğu, %29,5’inin ikinci gebeliği olduğu %15,9’unun ise

ikinci ve üçüncü gebeliği olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %47,72'sinin yaşayan çocuğunun olmadığı, %32,2'sinin bir, %13,3'ünün iki ve %5,7'sinin ise üç çocuğu olduğu bulunmuştur. Gebelerin %91,3'ü ölü doğum yapmadığını, ölü doğum yapanların ise %7,6'sı bir tane, %1,1'i ise iki tane ölü doğum yaptığını ifade ederken, %79,9'u daha önce hiç düşük yapmadığını, düşük yapanların ise %15,2'si bir tane ve %3,8'i iki tane düşük yaptığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin %63,3'ü 3.Trimesterde, %22,3'ü 2.Trimesterde ve %14,4'ünün 1.Trimesterde olduğu bulunmuştur. Gebelerin %90,5'i isteyerek gebe kaldığını, %73,9'u gebelik süresince sağlık problemi yaşadığını ve yaşanan problem olarak, %50'si bulantı kusma yaşadığını, %10,6'sı aşırı kilo aldığını, %10,2'si depresyon yaşadığını ve %3'ü kan şekeri yükseldiğini ifade etmiştir. Gebelerin %72,3'ü doğum bilgisi almadığını, bilgi alanların ise %31,6'sı bilgiyi doktordan, %29,6'sı internetten, %23,2'si ebeden ve %15,6'sı ise hemşireden aldığını belirtmiştir. Gebelerin %13,4'ü interneti anne karnındaki bebeğin gelişimini, %13,5'i gebelikte beslenmeyi, %12,8'i tahmini doğum tarihi hesaplamasını, %10,9'u gebelikteki değişimleri, %10,6'sı genel doğum bilgilerini, %10,4'ü yeni doğum bakımını, %9'u doğum sonrası iyileşme süresini ve %8,8'i emzirmeyi öğrenebilmek amacıyla interneti kullanmıştır.

Çizelge 4.3. Gebelerin SOYÖ, KPSÖ ile PDÖ puan ortalamaları

Ölçekler	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca	Min - Maks
SOYÖ Toplam	29,04 $\pm$ 5,84	30	8-40
KPSÖ Toplam	19,24 $\pm$ 3,94	19	6-30
PDÖ Toplam	11,18 $\pm$ 6,07	11	0-30

Gebelerin SOYÖ, KPSÖ ile PDÖ puan ortalamaları Çizelge 4.3'te gösterilmiştir. Çizelgeye bakıldığında SOYÖ'nün toplam puan ortalamasının 29,04 $\pm$ 5,84 olduğu ayrıca KPSÖ'nün toplam puan ortalamasının 19,24 $\pm$ 3,94 ve PDÖ'nün toplam puan ortalamasının 11,18 $\pm$ 6,07 olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.4. Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin bulgulara göre SOYÖ puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler		SOYÖ Toplam	
		X	SS
Klinik-Poliklinik	Doğum polikliniği	29,31	5,48
	Doğum kliniği	28,65	6,33
	t	0,907	
	p	0,365	
Gebelerin Yaşı	18-25 yaş	28,48	6,09
	26-30 yaş	29,53	5,62
	31 ve üzeri yaş	29,15	5,79
	F	0,821	
	p	0,441	
Eşin Yaşı	19-26 yaş	28,93	5,95
	27-31 yaş	28,68	6,32
	32 ve üzeri yaş	29,53	5,19
	F	0,548	
	p	0,579	
Eğitim Durumu	İlkokul (1)	24,38	5,58
	Ortaokul (2)	25,18	7,25
	Lise (3)	29,23	5,07
	Üniversite (4)	30,87	4,89
	X ²	35,373	
	p	0,000*	
	Mann-Whitney U	1<2<3<4	
Çalışma Durumu	Evet	30,90	5,22
	Hayır	28,04	5,92
	t	3,906	
	p	0,000*	
Meslek	Ev hanımı (1)	28,04	5,92
	Memur (2)	31,09	5,07
	İşçi (3)	31,93	4,01
	Serbest meslek (4)	28,78	6,77
	X ²	18,497	
	p	0,000*	
	Mann-Whitney U	1<4;2<3	
Eşin Mesleği	Memur (1)	31,18	4,50
	İşçi (2)	29,24	5,92
	Serbest meslek (3)	27,45	6,07
	F	7,960	
	p	0,000*	
	<i>Bonferroni</i>	3<2<1	
Ekonomik Durum	İyi (1)	30,97	5,38
	Orta (2)	28,80	5,70
	Kötü (3)	22,92	5,18
	X ²	20,867	

Çizelge 4.4 (devam). Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin bulgulara göre SOYÖ puan ortalamalarının dağılımı

	p	0,000*	
	Mann-Whitney U	3<2;2<1	
Yaşanılan Yer	İl	29,46	5,52
	İlçe	29,00	6,61
	Köy/kasaba	25,45	6,46
	X ²	8,335	
	p	0,015*	
	Mann-Whitney U	3<2;2<1	
Aile Yapısı	Çekirdek	29,45	5,57
	Geniş	26,21	6,87
	t	3,029	
	p	0,003*	
Evlilik Süresi	1-5 yıl (1)	29,62	5,51
	6-10 yıl (2)	28,80	6,67
	11 ve üzeri yıl (3)	26,32	5,19
	F	4,387	
	p	0,013*	
	<i>Bonferroni</i>	3<2<1	
Doğum Öyküsü	Evet	28,38	6,11
	Hayır	29,72	5,48
	t	-1,875	
	p	0,062	
Gebelik Sayısı	Birinci gebelik (1)	29,81	5,33
	İkinci gebelik (2)	29,84	5,78
	Üçüncü gebelik (3)	28,57	5,92
	Dört ve üzeri gebelik (4)	26,19	6,29
	F	4,706	
	p	0,003*	
	<i>Bonferroni</i>	4<1; 4<2	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok (1)	29,86	5,36
	Bir çocuk (2)	29,65	5,60
	İki çocuk (3)	27,00	6,94
	Üç çocuk (4)	24,73	5,56
	Dört çocuk (5)	23,00	1,00
	X ²	17,667	
	p	0,001*	
	Mann-Whitney U	5<4<3<2<1	
Ölü Doğum Öyküsü	Evet	27,52	6,21
	Hayır	29,19	5,79
	Z	-1,195	
	p	0,232	
Ölü Doğum Sayısı	Yok	29,19	5,79
	Bir	28,35	5,58
	İki	22,00	8,71
	X ²	2,617	

Çizelge 4.4 (devam). Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin bulgulara göre SOYÖ puan ortalamalarının dağılımı

	p	0,270	
Düşük Yapma Öyküsü	Evet	29,32	5,67
	Hayır	28,98	5,89
	t	0,378	
	p	0,706	
Düşük Yapma Sayısı	Yok	28,98	5,89
	Bir	29,07	5,86
	İki	29,80	5,13
	Üç	37,00	.
	Dört	28,00	5,65
	X ²	2,412	
	p	0,660	
Gebelik Haftası	1.Trimester	28,76	5,75
	2.Trimester	28,74	6,21
	3.Trimester	29,22	5,75
	F	0,197	
	p	0,822	
İsteyerek Gebe Kalma Durumu	Evet	29,33	5,52
	Hayır	26,28	7,91
	Z	-1,660	
	p	0,097	
Sağlık Sorunu Yaşama Durumu	Evet	29,05	6,10
	Hayır	29,02	5,05
	t	0,033	
	p	0,973	
Yaşanan Sağlık Sorunları	Yaşamadım	29,02	5,05
	Bulantı-kusma	28,78	6,07
	Aşırı kilo alma	29,10	8,11
	Depresyon	30,22	4,20
	Kan şekerinde yükselme	29,50	3,92
	X ²	1,499	
	p	0,827	
Sağlık Bilgisi Alma Durumu	Evet	29,98	5,43
	Hayır	26,60	6,18
	t	4,349	
	p	0,000*	

t= t testi uygulanmıştır.

z= Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

F= Tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

X²= Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

*= p<0,05

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özelliklerine ve gebelik sürecine göre SOYÖ puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Çizelge 4.4'te verilmiştir.

Gebelerde eğitim durumuna göre SOYÖ puanının anlamlı olarak farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmada Mann-Whitney U testine göre üniversite mezunu olan gebelerin puan ortalamasının diğer mezunlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin çalışma durumuna ve mesleklerine göre SOYÖ puanının anlamlı olarak farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Mesleği işçi olan gebelerin diğer mesleklere göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu, ev hanımı olan gebelerin puanının serbest mesleğe sahip gebelerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eşinin mesleğine göre SOYÖ puanının anlamlı olarak farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) ve farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre ise serbest mesleği olan eşlerin puan ortalamasının diğer mesleklere göre daha düşük olduğu, eşi işçi olan gebelerin memur eşi olan gebelere göre puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Gebelerin ekonomik durumu ile SOYÖ puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$) ve Mann-Whitney U testine göre SOYÖ ortalamasının ekonomik durumu kötü olan gebelerin orta düzeyde ekonomik durumu olan gebelere göre, ekonomik durumu orta düzeyde olan gebelerin ise iyi düzeyde olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Gebelerin aile yapısı ile SOYÖ puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$) çekirdek aileye sahip gebelerin puan ortalaması yüksek olarak bulunmuştur.

Gebelerin evlilik süresi ile SOYÖ puanı arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) ve bonferroni testine göre 11 ve üzeri yıllık evli olan gebelerin 6-10 yıllık evli olan gebelere göre puan ortalamasının düşük olduğu, 6-10 yıllık gebelerin ise 1-5 yıllık evli olan gebelere göre puanının düşük olduğu saptanmıştır. Gebelik sayısı ile SOYÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) ve ikinci gebeliği olan gebelerin puan ortalamasının diğer gebelik sayısına göre daha yüksek olduğu, dört ve üzeri gebeliği olan gebelerin puanı üçüncü gebeliği olan gebelere göre düşük, üçüncü gebeliği olan gebelerin ise birinci gebeliği olan gebelere göre puanının düşük olduğu bonferroni testine göre saptanmıştır. Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ve doğum bilgisi alma ile SOYÖ puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$) Mann-Whitney U testine göre yaşayan çocuk sayısı arttıkça puanın düştüğü ve doğum bilgisi alan gebelerin puanının yüksek olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.5. Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin özelliklere göre KPSÖ puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler		KPSÖ Toplam	
		X	SS
Klinik-Poliklinik	Doğum polikliniği	19,01	3,91
	Doğum kliniği	19,58	3,97
	t	-1,157	
	p	0,248	
Gebelerin Yaşı	18-25 yaş	18,84	4,01
	26-30 yaş	19,67	3,94
	31 ve üzeri yaş	19,17	3,81
	F	1,108	
	p	0,332	
Eşin Yaşı	19-26 yaş	19,40	4,06
	27-31 yaş	19,17	4,00
	32 ve üzeri yaş	19,20	3,83
	F	0,073	
	p	0,930	
Eğitim Durumu	İlkokul (1)	17,85	3,39
	Ortaokul (2)	17,75	3,69
	Lise (3)	19,56	3,93
	Üniversite (4)	19,70	3,98
	X ²	7,882	
	p	0,049*	
	Mann-Whitney U	2<1<3<4	
Çalışma Durumu	Evet	19,91	4,10
	Hayır	18,87	3,81
	t	2,053	
	p	0,041*	
Meslek	Ev hanımı	18,87	3,81
	Memur	20,11	3,68
	İşçi	19,77	4,93
	Serbest meslek	19,68	3,68
	X ²	4,661	
	p	0,198	
Eşin Mesleği	Memur	19,73	3,05
	İşçi	19,28	4,38
	Serbest meslek	18,88	3,89
	F	0,860	
	p	0,424	
Ekonomik Durum	İyi (1)	20,77	3,91
	Orta (2)	18,69	3,84
	Kötü (3)	18,92	3,62
	X ²	12,296	
	p	0,002*	
	Mann-Whitney U	2<3<1	

Çizelge 4.5 (devam). Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin özelliklere göre KPSÖ puan ortalamalarının dağılımı

Yaşanılan Yer	İl (1)	19,39	3,93
	İlçe (2)	19,70	3,43
	Köy/kasaba (3)	17,33	4,26
	X ²	6,389	
	p	0,041*	
	Mann-Whitney U	3<1<2	
Aile Yapısı	Çekirdek	19,48	3,84
	Geniş	17,57	4,30
	t	2,625	
	p	0,009*	
Evlilik Süresi	1-5 yıl (1)	19,46	3,87
	6-10 yıl (2)	19,50	3,85
	11 ve üzeri yıl (3)	17,48	4,16
	F	3,565	
	p	0,030*	
	<i>Bonferroni</i>	3<1<2	
Doğum Öyküsü	Evet	19,06	3,68
	Hayır	19,41	4,19
	t	-0,725	
	p	0,469	
Gebelik Sayısı	Birinci gebelik	19,60	4,11
	İkinci gebelik	19,57	3,13
	Üçüncü gebelik	19,11	4,52
	Dört ve üzeri gebelik	17,85	4,07
	F	2,253	
	p	0,083	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok (1)	19,45	4,18
	Bir çocuk (2)	19,88	3,20
	İki çocuk (3)	18,65	3,88
	Üç çocuk (4)	15,73	4,21
	Dört çocuk (5)	16,66	2,51
	X ²	13,525	
	p	0,009*	
	Mann-Whitney U	4<5<3<1<2	
Ölü Doğum Öyküsü	Evet	19,04	3,53
	Hayır	19,26	3,98
	Z	-0,561	
	p	0,575	
Ölü Doğum Sayısı	Yok	19,26	3,98
	Bir	18,85	3,70
	İki	20,33	2,08
	X ²	1,339	
	p	0,512	
Düşük Yapma Öyküsü	Evet	18,73	3,91
	Hayır	19,36	3,94

Çizelge 4.5 (devam). Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin özelliklere göre KPSÖ puan ortalamalarının dağılımı

	t	-1,046	
	p	0,296	
Düşük Yapma Sayısı	Yok	19,36	3,94
	Bir	18,47	3,32
	İki	19,10	5,82
	Üç	17,00	.
	Dört	23,00	4,24
	X ²	6,322	
	p	0,176	
Gebelik Haftası	1.Trimester	19,28	3,79
	2.Trimester	19,64	4,18
	3.Trimester	19,08	3,90
	F	0,432	
	p	0,650	
İsteyerek Gebe Kalma Durumu	Evet	19,36	3,93
	Hayır	18,04	3,85
	Z	-1,713	
	p	0,087	
Sağlık Sorunu Yaşama Durumu	Evet	19,01	3,95
	Hayır	19,88	3,87
	t	-1,577	
	p	0,116	
Yaşanan Sağlık Sorunları	Yaşamadım	19,88	3,87
	Bulantı-kusma	18,97	3,43
	Aşırı kilo alma	18,82	5,53
	Depresyon	19,03	4,83
	Kan şekerinde yükselme	20,25	2,31
	X ²	4,597	
	p	0,331	
Sağlık Bilgisi Alınan Kaynaklar	Evet	19,69	3,97
	Hayır	18,06	3,61
	t	3,037	
	p	0,003*	

t= t testi uygulanmıştır.

Z= Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

F= Tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

X²= Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

*= p<0,05

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özelliklerine ve gebelik sürecine göre KPSÖ puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Çizelge 4.5'te verilmiştir.

Gebelerin eğitim durumu ile KPSÖ puanı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) ve üniversite mezunu olan gebelerin KPSÖ puanının diğer eğitim durumuna göre daha yüksek olduğu, lise mezunu gebelerin ilkokul mezunu gebelere göre yüksek, ilkokul mezunu gebelerin ise ortaokul mezunu gebelere göre puanının yüksek olduğu Mann-Whitney U testine göre saptanmıştır. Gebelerin çalışma durumu ile KPSÖ puanı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmış ($p<0,05$) ve çalışan gebelerin KPSÖ puanının yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin ekonomik durumu ile KPSÖ puanı arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur ve Mann-Whitney U testine göre ekonomik durumu iyi olan gebelerin puanının ekonomik durumu kötü olan gebelerin puanına göre yüksek olduğu, ekonomik durumu kötü olan gebelerin puanının orta ekonomide olan gebelerin puanına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaşadıkları yer ile KPSÖ puanı arasında anlamlı bir fark olduğunu ($p<0,05$) ve Mann-Whitney U testine göre ilçede yaşayan gebelerin ilde yaşayanlara göre ilde yaşayanlarında köy/kasabada yaşayanlara göre daha yüksek puanının olduğu bulunmuştur. Gebelerin aile yapısı ile KPSÖ puanı arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuş ve çekirdek aileye sahip gebelerin puanının en yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelerin evlilik süresi ile KPSÖ puanı arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) ve Bonferroni testine göre 6-10 yıl evli olan gebelerin puanının 1-5 yıl evli olanlara göre, 1-5 yıl evli olan gebelerin ise 11 ve üzeri yıl evli olan gebelere göre puanının daha yüksek olduğu Bonferroni testi ile bulunmuştur. Yaşayan çocuk sayısı ile KPSÖ puanı arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmış ve bir çocuğa sahip gebelerin puanının en yüksek olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.6. Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin özelliklere göre PDÖ puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler		PDÖ Toplam	
		X	SS
Klinik-Poliklinik	Doğum polikliniği	11,48	6,46
	Doğum kliniği	10,74	5,45
	t	0,972	
	p	0,332	
Gebelerin Yaşı	18-25 yaş	11,12	6,02
	26-30 yaş	11,33	5,75
	31 ve üzeri yaş	11,06	6,73
	F	0,049	
	p	0,952	
Eşin Yaşı	19-26 yaş	10,95	5,99
	27-31 yaş	11,52	5,82
	32 ve üzeri yaş	10,96	6,44
	F	0,270	
	p	0,763	
Eğitim Durumu	İlkokul	9,85	4,95
	Ortaokul	12,16	6,55
	Lise	10,14	6,26
	Üniversite	11,81	5,91
	X ²	3,563	
	p	0,313	
Çalışma Durumu	Evet	11,96	5,99
	Hayır	10,76	6,10
	t	1,538	
	p	0,125	
Meslek	Ev hanımı	10,76	6,10
	Memur	11,88	5,86
	İşçi	12,83	6,72
	Serbest meslek	10,73	5,02
	X ²	2,905	
	p	0,406	
Eşin Mesleği	Memur	11,13	6,03
	İşçi	10,84	6,10
	Serbest meslek	11,62	6,11
	F	0,421	
	p	0,657	
Ekonomik Durum	İyi	10,26	6,22
	Orta	11,56	6,10
	Kötü	10,85	4,84
	X ²	2,226	
	p	0,329	
Yaşanılan Yer	İl	11,30	6,22
	İlçe	10,16	5,37

Çizelge 4.6 (devam). Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin özelliklere göre PDÖ puan ortalamalarının dağılımı

	Köy/kasaba	11,54	5,73
	X ²	0,625	
	p	0,732	
Aile Yapısı	Çekirdek	11,09	6,04
	Geniş	11,84	6,35
	t	-0,665	
	p	0,507	
Evlilik Süresi	1-5 yıl	11,35	5,96
	6-10 yıl	10,16	5,91
	11 ve üzeri yıl	12,29	6,92
	F	1,444	
	p	0,238	
Doğum Öyküsü	Evet	11,00	6,31
	Hayır	11,38	5,84
	t	-0,509	
	p	0,611	
Gebelik Sayısı	Birinci gebelik	11,17	5,97
	İkinci gebelik	10,67	5,49
	Üçüncü gebelik	11,54	6,71
	Dört ve üzeri gebelik	11,80	6,80
	F	0,375	
	p	0,771	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok	11,34	5,98
	Bir çocuk	10,48	5,46
	İki çocuk	11,62	6,26
	Üç çocuk	11,66	8,12
	Dört çocuk	17,00	12,52
	X ²	1,688	
	p	0,793	
Ölü Doğum Öyküsü	Evet	11,21	5,11
	Hayır	11,18	6,17
	Z	-0,243	
	p	0,808	
Ölü Doğum Sayısı	Yok	11,18	6,17
	Bir	11,20	5,41
	İki	11,33	3,05
	X ²	0,063	
	p	0,969	
Düşük Yapma Öyküsü	Evet	12,11	7,02
	Hayır	10,95	5,81
	t	1,239	
	p	0,217	
Düşük Yapma Sayısı	Yok	10,95	5,81
	Bir	12,32	7,75
	İki	10,40	4,08

Çizelge 4.6 (devam). Gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin özelliklere göre PDÖ puan ortalamalarının dağılımı

	Üç	16,00	.
	Dört	14,50	3,53
	X ²	2,805	
	p	0,591	
Gebelik Haftası	1.Trimester	11,15	6,10
	2.Trimester	11,47	6,12
	3.Trimester	11,09	6,09
	F	0,085	
	p	0,919	
İsteyerek Gebe Kalma Durumu	Evet	11,0	6,01
	Hayır	12,96	6,55
	Z	-1,438	
	p	0,151	
Sağlık Sorunu Yaşama Durumu	Evet	11,56	6,07
	Hayır	10,11	6,00
	t	1,713	
	p	0,088	
Yaşanan Sağlık Sorunları	Yaşamadım	10,11	6,00
	Bulantı-kusma	11,88	5,79
	Aşırı kilo alma	10,463	5,95
	Depresyon	12,333	7,37
	Kan şekerinde yükselme	7,62	5,34
	X ²	7,830	
	p	0,098	
Sağlık Bilgisi Alma Durumu	Evet	11,19	6,32
	Hayır	11,16	5,43
	t	0,041	
	p	0,967	

t= t testi uygulanmıştır.

Z= Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

F= Tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

X²= Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

*= p<0,05

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin özelliklerine göre PDÖ puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Çizelge 4.6'da verilmiştir. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine ve gebelik sürecine göre PDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p<0,05)

Çizelge 4.7 Gebelerin SOYÖ, KPSÖ ile PDÖ puanları arasındaki ilişki

		1	2	3
1. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplamı	r	1		
	p	-		
2. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Toplamı	r	0,290**	1	
	p	0,000	-	
3. Prenatal Distress Ölçeği Toplamı	r	0,039	-0,322**	1
	p	0,528	0,000	-

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Araştırmaya katılan gebelerin SOYÖ, KPSÖ ile PDÖ puanları arasındaki ilişki Çizelge 4.7’de verilmiştir.

Gebelerin KPSÖ ile SOYÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü zayıf düzeyde ($r=0,290$, $p<0,01$), PDÖ ile KPSÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü orta düzeyde ($r=-0,322$, $p<0,01$) ilişki vardır.

Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği toplamı ile e-sağlık okuryazarlığı ölçeği toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği toplamı arttıkça e-sağlık okuryazarlığı ölçeği toplamı da artmaktadır. Prenatal distress ölçeği ile kısa psikolojik sağlamlık ölçeği toplamı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır, prenatal distress ölçeği toplam puanı arttıkça kısa psikolojik sağlamlık ölçeği toplam puanı azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Gebelerin sağlık okuryazarlığı, psikolojik sağlamlıkları ve prenatal stres düzeylerinin değerlendirildiği tanımlayıcı ve kesitsel araştırmada; gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin özellikleri ile e-sağlık okuryazarlığı, psikolojik sağlamlık, prenatal stres düzeyleri ölçeklerinin toplam puanları arasındaki ilişki tartışılmıştır.

5.1. Gebelerin Sosyodemografik ve Gebelik Sürecine İlişkin Özellikleri ile E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Sağlık okuryazarlığı gebe kadınlarda önemlidir ve anne sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olması anne-çocuk ölümlerinin azalmasına katkıda bulunur (Phommachanh vd., 2021). Araştırmada “E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği” puan ortalaması $29,04 \pm 5,84$ olarak orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Araştırma sonucu ile benzer olarak yapılmış bir çalışmada yetişkin ve ergen bireylerde e-sağlık okuryazarlık düzeyinin ortalamanın biraz üzerinde olduğu saptanmıştır (Ergün ve ark., 2019). Avçin ve Can'ın (2023) kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmasında, E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasını "yüksek" düzeyde bulunmuştur. Farklı ölçüm araçları ile yapılan başka araştırmalarda ise gebelerin “yüksek” düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmiştir (Akça vd., 2020; Kurt Durmuş ve Ören, 2022). Araştırmamıza katılan gebelerin eğitim düzeyinin yüksek olmasının ve meslek sahibi olmalarının e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Sonucumuz ile paralel olarak, yapılan araştırmalarda eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin e-sağlık okuryazarlıklarının da yüksek olduğu saptanmıştır (Aktürk, 2018; Çelikkanat vd., 2020).

Yaptığımız araştırmada gebelerin yaşının sağlık okuryazarlığı düzeyi ile bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Benzer olarak Aydın ve Aba (2019) farklı ölçüm aracı kullanarak kadınlar üzerine yaptıkları çalışmada yaş ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Araştırmamıza göre ekonomik durumu yüksek olan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri de anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın sonucuna paralel olarak Goto ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada gelir seviyesi yüksek olan kadınların daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Wagner ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları

araştırmada kırsal kesimde yaşayan kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha düşük olduğunu saptanmıştır. Yeşilçınar ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmada köyde yaşayan kadınların il ve ilçede yaşayanlara göre daha düşük sağlık okuryazarlık puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Bu araştırmamızda literatürdeki verilere paralellik göstermekle birlikte yaşanan yerle sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Tüm bu sonuçların sebebi olarak dijital kaynaklara erişimin daha kolay olması, daha iyi ekonomik düzeye sahip gebelerin daha kaliteli sağlık bakımı alabilmesi ve sağlık hizmetine daha rahat ulaşabilmesi olarak açıklanabilir.

Gebelerin gebelik sayıları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, ikinci gebeliği olan kadınların okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Akça ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışmada gebelerin mevcut gebelik sayısının sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemediğini saptamışlardır. Bu araştırmada ise gebelerin daha önce düşük, ölü doğum gibi riskli durum yaşanması ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Akça ve arkadaşları (2020) daha önce düşük yapmamış gebelerin daha iyi sağlık okuryazarlık durumuna sahip olduklarını belirlemiştir. Daha önce gebelik deneyiminin yaşanmış olunmasının doğru bilgi kaynaklarına ulaşma fırsatı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmada gebelerin yaşıyla e-sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), Yeşilçınar ve arkadaşlarının (2021) araştırmasında gebelerin yaşı ilerledikçe sağlık okuryazarlığının yükseldiği bulunmuştur. Literatürde bu konuyla ilgili çalışma sayısının az olmasından dolayı doğru sonuçlar elde etmek amacıyla daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.2. Gebelerin Sosyodemografik ve Gebelik Sürecine İlişkin Özellikleri ile Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Psikolojik sağlamlık gebelik sürecinde depresyon, anksiyete gibi psikolojik sonuçlara karşı koruyucu etki sağlayarak içinde bulunulan sürece olumlu uyumu artırmaktadır (Rutter, 2012). Böylelikle birey, karşılaştığı zorluklarla baş edebilme gününe sahip olmakta ve stres yaratıcı durumlara karşı başarılı bir şekilde yanıt verebilmektedir

(Greeff ve Thiel, 2012). Gebelik sürecinde gerçekleşen değişimlerle ve çeşitli sıkıntılarla baş edebilmek hem anne adayının hem bebeğin sağlığı için büyük bir önem taşımakta olup bu sorunlarla baş edebilen psikolojik sağlamlığı yüksek anne adayları fiziksel ve psikolojik açıdan daha sağlıklı bir süreç geçirebilmektedir (Rini vd., 1999).

Araştırmada gebelerin kısa psikolojik sağlamlık ölçeği toplam puan ortalaması $19,24 \pm 3,94$ olarak bulunmuştur. Gebelerin psikolojik sağlamlık düzeyinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Turan ve arkadaşlarının (2024) yaptığı araştırmada da benzer olarak gebelerin psikolojik sağlamlığı orta düzeyde belirlenmiştir. Gebelerin yaş değişkeni ile psikolojik sağlamlık düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Literatürde bir çalışmada benzer olarak gebelerin yaş değişkeni ile psikolojik dayanıklılığı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Yalnız vd., 2021). Sebebi olarak dünyada yaşa bakılmaksızın sosyal medya kullanım oranının artması ve sağlık bilgilerine ulaşmanın kolaylaşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada gebelerin eğitim durumu ve ekonomik durumu ile psikolojik sağlamlıkları arasında anlamlı bir fark vardır. Üniversite mezunu ve ekonomik durumu iyi olan gebelerin psikolojik sağlamlıkları yüksek bulunmuştur. Kurt ve Aslan (2020) okul öncesi dönem çocuğu olan anneler üzerine yaptığı çalışmada bulgumuza benzer olarak eğitim durumu ve ekonomik durum ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda gebelerin çalışma durumu ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanırken Polat ve Yaman'ın (2023) yaptığı çalışmada ise farklı olarak çalışma durumu ile psikolojik sağlamlık arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Bunun sebebi ekonomik durumu ve eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin sağlık, spor gibi faaliyetlere ücret öderken zorlanmaması ve gebelik ile ilgili danışmanlık hizmetlerinden faydalanabilmesi düşünülmektedir.

Araştırmamızda gebelerin yaşayan çocuk sayısına göre psikolojik sağlamlık düzeyi arasında bir fark olduğu ve bir çocuğa sahip gebelerin psikolojik sağlamlıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgumuzdan farklı olarak, Polat ve Yaman'ın (2023) anneler üzerine yaptığı araştırmada yaşayan çocuk sayısı ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir fark bulunurken 3 ve üstü çocuğa sahip annelerin psikolojik sağlamlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Birden fazla çocuğa sahip gebelerin daha

önceden gebeliği deneyimlediği için gebelikte meydana gelen değişimlerin olağan gördüğü ve bu durumun geçici olduğunu bildikleri şeklinde açıklanabilir.

5.3. Gebelerin Sosyodemografik ve Gebelik Sürecine İlişkin Özellikleri ile Prenatal Distres Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelik dönemi, kadınların fiziksel, sosyal ve fizyolojik açıdan birçok farklılık ve değişimlerin yaşandığı bir dönem olarak bilinmektedir. Bu dönemde yaşanan değişimler kadınlarda duygusal değişimlerle birlikte gerginlik ve strese de yol açabilmektedir (Geldi, 2020).

Araştırmada gebelerin yaşadıkları distres düzeyi toplam puan ortalaması $11,18 \pm 6,07$ olarak ve düşük düzeyde tespit edilmiştir. Çalışma bulgumuzla benzer şekilde, Kara ve Nazik (2024) yapmış oldukları araştırmada gebelerin streslerini düşük düzeyde belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin bulgularının distres düzeylerini etkilemediği bulunmuştur. Araştırmaya benzer olarak Yıldız (2015) yaptığı araştırmada, gebelerin trimesterlere göre stres düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığını ve yaşanan stres düzeyinin orta derecede olduğunu belirlemiştir.

Araştırmamızda gebelerin sosyodemografik ve gebelik sürecine ilişkin özelliklerinin prenatal distres ölçeği puanları açısından fark yaratmadığı bulunmuştur. Araştırmamızdan farklı olarak Kapan ve Yanikkerem (2016) çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan gebelerde depresyon görülme oranı daha fazla bulmuşlardır. Dündar ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada artan gebelik sayısının anksiyete ve depresyon sıklığını artırdığı belirtilmektedir. Akpınar ve Ejderin (2020) yaptıkları çalışmada gebelerin eğitim seviyesi arttıkça distres puan ortalamasının azaldığı, Işcan ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları araştırmada ise eğitim düzeyi düşük olan gebelerde daha fazla depresyon semptomu saptanmıştır. Araştırmamızdan farklı olarak Deuschle ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada düşük gelirli olan gebelerin daha fazla stres yaşadıkları belirtilmiştir. Ertekin-Pınar ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada maddi durumu kötü olan gebelerin daha fazla stres yaşadıkları saptanmıştır. Araştırmamıza benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda gebelerin çalışma durumuna göre yaşanan distres arasında ilişki olmadığı ifade edilmektedir (Kışlak, 2019).

Akpınar ve Ejder'in (2020) çalışmasında çekirdek ailede yaşayan gebelerin daha düşük düzeyde distres yaşadıkları ifade edilmektedir. Bu bulgular, çalışmaya katılan gebelerin farklı illerde, kültürlerde ve sosyodemografik özelliklerde olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.4. Gebelerin E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Sağlık okuryazarlığı düzeyi gebenin kendisi ve bebeği için sağlık bilgilerini algılama ve kullanma becerisini kazanmasında oldukça etkilidir. Düşük sağlık okuryazarlığı gebenin doğru kaynaklardan doğru bilgileri almasını engelleyerek gebe ve bebeğinin sağlığını olumsuz etkileyen psikolojik sonuçlara neden olabilir. Araştırmamızda sağlık okuryazarlığı ile kısa psikolojik sağlamlık ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü zayıf düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça psikolojik sağlamlık düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Literatürde gebelerin sağlık okuryazarlığı ile psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı çalışmalarda gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yeterli düzeyde ve yüksek olarak belirlenmiştir (Gök vd., 2022; Pazarözyurt ve Özkan, 2023). Yapılan farklı bir çalışmada ise gebelerin psikolojik sağlamlık düzeyleri orta seviyede belirlenmiştir. (Özçetin ve Erkan, 2019). Goradel ve arkadaşları (2016) gebelik sürecinde olumlu deneyimlere sahip kadınların psikolojik sağlamlıklarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Gebelik sürecindeki kadınların psikolojik sağlamlıklarını etkileyen sağlık okuryazarlığının bundan sonraki süreçlerde dikkate alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

5.5. Gebelerin E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile Prenatal Distres Ölçeğine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili doğru kararlar alabilmeleri için ihtiyaç duydukları temel tıbbi bilgi ve hizmetleri edinme, işleme ve anlama kapasitelerini tanımlar (Dadipoor vd., 2017). Gebelik sırasında yaşanan fiziksel semptomlar, bebeğin sağlığıyla ve ebeveynlik ile ilgili kaygılar, beden imajında bozulma gibi birçok durum kadınlar için stres kaynağı olabilmektedir (Atasever ve Çelik, 2018). Araştırmamızda

gebelerin e-sağlık okuryazarlıkları ile prenatal distress düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,528$). Literatürdeki bir çalışmada, sağlık bilgisini internette doğru bir şekilde arayan ebeveynlerin stres seviyesinin azaldığı bildirilmiştir (Kubb ve Foran, 2022). Başka bir çalışmada ise yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça algılanan streslerinin de arttığı tespit edilmiştir (Michou vd., 2021). Dorst ve ark (2019) çalışmasında teknolojiden faydalanarak sağlık bilgisi alan gebelerin daha az stres yaşadıkları, gebeliğin maternal ve neonatal olarak olumlu sonuçlandığı saptanmıştır. Şahin ve ark (2019) yılında yaptıkları çalışmada daha önce doğum izlemiş ve doğum bilgisi yüksek olan gebelerin, izlemeyen gebelere göre doğum esnasında daha az korku ve stres yaşadıkları bulunmuştur.

5.6. Gebelerin Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile Prenatal Distres Ölçeğine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Psikolojik sağlamlık, travmatik süreçlerin daha sağlıklı bir biçimde gözden geçirilmesini sağlayarak stresi azaltan bir faktördür, bununla birlikte psikolojik sağlığın korunmasında ve algılanan stresin azaltılmasında güçlü etkileri vardır. (Chen ve Ren, 2017). Araştırmamızda kısa psikolojik sağlamlık ölçeği ile prenatal distress ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü orta düzeyde bir fark bulunmuştur. Gebelerin psikolojik sağlamlıkları arttıkça streslerinin azaldığı görülmektedir. Özçetin ve Erkan (2019) yüksek riskli gebelerle yaptığı çalışmada psikolojik sağlamlık düzeyinin gebelerin psikososyal sağlıkları ve algılanan stresleri üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirlemiştir. Günümüzde toplumdaki ruh sağlığı sorunlarında ortaya çıkan artış gözönüne alındığında, kadının gebelik, doğum ve ebeveynlik süreçlerinde deneyimlediği stresli durumları ve başa çıkabilme mekanizmalarını geliştirmek, kadının ve çocuğunun beden ve ruh sağlığı açısından oldukça önem arz etmektedir (Aktürk ve Yılmaz, 2023). Bu bulgu, gebelerin psikolojik sağlamlık düzeyinin artırılmasına yönelik hemşirelik bakımının gerekliliğini göstermesi açısından önemlidir. Gebelerin gebelik sürecinde fiziksel sağlıklarının yanında psikososyal desteklerinin, stres ve psikolojik iyi oluşluk düzeylerinin de değerlendirilerek bilgi eksiklerinin giderilmesi, olası risklerin erken dönemde saptanması, gerektiğinde bir ruh sağlığı uzmanına sevk edilmesi hemşirelik bakımında holistik yaklaşımın bir gereğidir (Erbaş ve Dikmen, 2024).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmanın bulgularından yola çıkarak aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- ✓ Gebelerin e-sağlık okuryazarlığının orta düzeyin üzerinde, psikolojik sağlamlığının orta düzeyde prenatal stres düzeylerinin ise düşük olduğu bulunmuştur.

6.1.1. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin sonuçlar

- ✓ Gebelerin %68,9'unun ekonomik durumu orta düzeydedir. Gebelerin %79,2'si il'de, %87,5'i çekirdek ailede yaşamaktadır.

6.1.2. Gebelerin gebelik sürecine ilişkin sonuçlar

- ✓ Gebelerin %50,4'ü daha önce gebe kalmış, %38,7'sinin ilk gebeliği %47,7'sinin yaşayan çocuğu bulunmamaktadır.
- ✓ Gebelerin %91,3'ü hiç ölü doğum yapmamış, ölü doğum yapanların ise %7,6'sı bir defa ölü doğum yapmıştır.
- ✓ Gebelerin %79,9'u hiç düşük yapmamış, düşük yapanların ise %15,2'si bir defa düşük yapmıştır.
- ✓ Gebelerin %73,9'u gebelik sırasında sağlık sorunu yaşamış ve %50'sinin sorunu bulantı ve kusmadır.
- ✓ Gebelerin %72,3'ü doğum bilgisi almış ve %31,6'sı bu bilgiyi doktordan aldığını belirtmiştir. Gebelerin %13,4'ü interneti anne karnındaki bebeğin gelişimini araştırmak amacıyla kullanmaktadır.
- ✓ Gebelerin %59,8'i sağlıkları hakkında karar verirken internetin yararlı olduğunu düşünmektedir. Gebelerin %55,4'ü internette sağlık kaynaklarına erişebilmenin çok önemli olduğunu ifade etmiştir.

6.1.3. Gebelerin sosyodemografik özellik ve gebelik süreci ile e-sağlık okuryazarlık ölçeğine ilişkin sonuçlar

- ✓ Gebelerin yaşı, eşlerinin yaşı ile e-sağlık okuryazarlığı arasında ilişki tespit edilememiştir.
- ✓ Çalışan gebelerin çalışmayan gebelere göre e-sağlık okuryazarlığı daha yüksektir.
- ✓ Meslek ile e-sağlık okuryazarlığı arasında ilişkinin olduğu ve işçi olan gebelerin e-sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksektir.
- ✓ Gebelerin ekonomik durumu yükseldikçe e-sağlık okuryazarlık düzeyinde yükseldiği tespit edilmiştir.
- ✓ Yaşanılan yer ve daha önce doğum yapmış olmak ile e-sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki bulunamamıştır.
- ✓ Çekirdek ailede yaşayan gebelerin e-sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur.
- ✓ Evlilik süresi arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyi azalmaktadır.
- ✓ İkinci gebeliği olan gebelerin diğerlerine göre e-sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksekken dört ve üzeri gebeliği olanların e-sağlık okuryazarlık düzeyi en düşük bulunmuştur.
- ✓ Yaşayan çocuk sayısı arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyi azalmaktadır.
- ✓ Ölü veya düşük doğum yapmak, gebelik haftası, isteyerek gebe kalma durumu ve gebelik süresince yaşanan sağlık sorunları ile e-sağlık okuryazarlığı arasında ilişki saptanmamıştır.
- ✓ Doğum bilgisi arttıkça gebelerin e-sağlık okuryazarlık düzeyide artmaktadır.

6.1.4. Gebelerin sosyodemografik özellik ve gebelik süreci ile psikolojik sağlamlık ölçeğine ilişkin sonuçlar

- ✓ Gebelerin yaşı, eşlerinin yaşı, meslekleri ve eşlerinin meslekleri ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.
- ✓ Gebelerin eğitim durumu ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında ilişki saptanmış, üniversite mezunu olan gebelerin psikolojik sağlamlık düzeyi en yüksek ortaokul mezunu gebenin psikolojik sağlamlık düzeyi en düşük bulunmuştur.

- ✓ Çalışan gebelerin psikolojik sağlamlık düzeyi yüksektir.
- ✓ Gebelerin ekonomik durumu ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında ilişki olduğu ve ekonomik durumu orta olan gebelerin en düşük psikolojik sağlamlık düzeyine ekonomik durumu iyi olan gebelerin ise en yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.
- ✓ Köyde yaşayan gebelerin ilde yaşayana göre ilde yaşayanın ise il de yaşayana göre psikolojik sağlamlık düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- ✓ Çekirdek ailede yaşayan gebelerin psikolojik sağlamlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur.
- ✓ Gebelerin doğum öyküsü, gebelik sayıları, ölü doğum öyküsü, düşük yapma öyküsü, gebelik haftası, gebelik boyunca sağlık sorunları yaşama durumu ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır.
- ✓ Bir çocuğu olan gebelerin diğerlerine göre psikolojik sağlamlık düzeyi en yüksek, üç çocuğu olan gebelerin ise psikolojik sağlamlık düzeyi en düşük bulunmuştur.
- ✓ Doğum bilgisi alan gebelerin almayanlara göre psikolojik sağlamlık düzeyi daha yüksektir.

6.1.5. Gebelerin sosyodemografik özellik ve gebelik süreci ile prenatal distress ölçeğine ilişkin sonuçlar

- ✓ Gebelerin sosyodemografik özellikleri ve gebelik süreci ile prenatal distress düzeyi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

6.1.6. Gebelerin e-sağlık okuryazarlığı, psikolojik sağlamlık ve prenatal distress puanları arasındaki ilişki sonuçları

- ✓ Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği toplam puanı ile e-sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği toplamı arttıkça e-sağlık okuryazarlığı ölçeği toplamı da artmaktadır.
- ✓ Prenatal distress ölçeği ile kısa psikolojik sağlamlık ölçeği toplamı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır, prenatal distress

ölçeği toplam puanı arttıkça kısa psikolojik sağamlık ölçeği toplam puanı azalmaktadır.

6.2. Öneriler

- ✓ E-sağlık okuryazarlık düzeyinin orta düzeyin üzerinde olmasının gebelerin bilgilere ulaşmalarına ve anne-bebek sağlığına olumlu yönde etki edeceği düşünölmektedir. Bu kapsamda gebelerin ve çocuk sahibi kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin arttırılması, sağlık okuryazarlığını etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi,
- ✓ Sağlık uzmanlarının paylaştıkları web sayfalarının ulaşılabilir, güvenli ve içeriği konusunda farkındalık oluşturulması,
- ✓ Sağlık okuryazarlığının yüksek düzeyde olması için eğitim programlarında ruh sağlığını arttırmaya yönelik bütöncöl bakımı kapsayan hizmetler verilmesi,
- ✓ Gebelerin destekleyici (egzersiz, meditasyon, yoga ve diğer destekleyici terapiler) uygulamalara teşvik edilmesi, stresle baş etme yöntemleri hakkında danışmanlık yapılması,
- ✓ Daha büyük örneklem grupları ile daha fazla araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abramova, O., Ushakova, V., Zorkina, Y., Zubkov, E., Storozheva, Z., Morozova, A. (2021). The behavior and postnatal development in infant and juvenile rats after ultrasound-induced chronic prenatal stress. *Front Physiol*, 12, 659366.
- Akbari Sajirani, F., Mousavi, S. F. (2016). The study of triple dimensions (subjective, psychological and spiritual) of well-being in prediction of fear of normal delivery in pregnant women. *J Clin Nurs Midwifery*, 5(3), 62-72.
- Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., Akbaş, M. (2020). Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 630–642.
- Akpınar, F., Ejder Apay, S. (2020). Gebelikte yaşanan distres ile gebelikteki yakınmalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *JGON*, 17(4), 550-561.
- Aktürk, S. O., Yılmaz, T. (2023). Gebelik, doğum ve ebeveynlik süreçlerinde psikolojik dayanıklılık. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 8(2), 260-269.)
- Aktürk, Ü. (2018). Bir aile sağlığı bölgesindeki 18- 49 yaş arası kadınların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Human Rhythm*, 4(1), 52-8.
- Atasever, İ., Çelik, A. S. (2018). Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 60-68).
- Avçin, E., & Can, Ş. (2023). The relationship between e-health literacy and attitude to vaccine: a descriptive study. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(2), 376–385.
- Ayçiçek, H., Çoban, A. (2021). Kadınların Prenatal Kayıp Durumunda Ebelerden Beklentileri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 29-37.
- Aydın, D., Aba, Y. A. (2019). Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme özyeterlilik algıları arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12 (1), 31-39
- Batman, D. (2018). Gebe kadınların gebelikleriyle ilgili araştırdığı konular ve bilgi kaynakları: nitel bir çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 63-69.
- Bert, F., Gualano, M. R., Brusaferro, S., De Vito, E., De Waure, C., La Torre, G. (2013). Pregnancy e-health: A multicenter Italian cross-sectional study on internet use and decision-making among pregnant women. *J Epidemiol Community Health*, 67(8), 1013.

- Betz, D., Fane, K. (2019). Human Chorionic Gonadotropin (HCG). *Treasure Island*. StatPearls Publishing.
- Bhatia, N., Chao, S. M., Higgins, C., Patel, S., Crespi, C. M. (2015). Association of mothers' perception of neighborhood quality and maternal resilience with risk of preterm birth. *Int J Environ Res Public Health*, 12(8), 9427–9443.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*, 191, 62–77.
- Bilgiç, G., Çıtak Bilgin, N. (2021). Relationship between fear of childbirth and psychological and spiritual well-being in pregnant women. *J Relig Health*, 60(1), 295-310. doi:10.1007/s10943-020-01087-4.
- Blanchard, D. S. (2006). Omega-3 fatty acid supplementation in perinatal settings. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 31(4), 250–256.
- Boakye-Yiadom, A., Shittu, S., O., Dutt, J. B., Dapare, P. P. M., Alhassan, A. (2015). Perceived stress and anxiety among Ghanaian pregnant women. *Journal of Medical and Biomedical Sciences*, 4(2), 29-37.
- Bryndal, A., Majchrzycki, M., Grochulska, A., Glowinski, S., Seremak-Mrozikiewicz, A. (2020). Risk Factors Associated with Low Back Pain among A Group of 1510 Pregnant Women. *Journal of personalized medicine*, 10(2), 51.
- Bussieres, E. L., Tarabulsy, G. M., Pearson, J., Tessier, R., Forest, J. C., Giguere, Y. (2015). Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A meta-analysis of prospective studies. *Developmental Review*. 36(1), 179-199.
- Carlin, A., Alfievic, Z. (2008). Physiological changes of pregnancy and monitoring. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 22(5), 801-823.
- Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.
- Chandra, S., Tripathi, A. K., Mishra, S., et al. (2012). Physiological changes in hematological parameters during pregnancy. *Indian J Hematol Blood Transfus*, 28(3), 144-146.
- Chen, Y., Ren H. (2017). The impact of resilience on psychological outcomes in women with threatened premature labor and spouses: a cross-sectional study in Southwest China. *Health Qual Life Outcomes*, 15, 26.
- Cornish, A. M., McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2006). Maternal depression and the experience of parenting in the second postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2), 121–132.

- Correia, L. L., Linhares, M. B. M. (2007). Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*, 15(4), 677–683.
- Currie, J., Barber, C. C. (2016). Pregnancy gone wrong: women's experienced of care in relation to coping with a medical complication in pregnancy. *NZ Coll Midwives J*, 52, 35-40.
- Çelik, A., Atasever, İ. (2020) Gebelerde algılanan stres düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Determination of The Level of Perceived Stress and Affecting Factors in Pregnant Women). *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 23(2), 267-276. doi: 10.17049/ataunihem.622304.
- Çelikkanat, Ş., Akbaş, M., Gökyıldız, S. Ş. (2020). Yetişkin kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi. *International Social Sciences Studies Journal*, 6(54), 19-27.
- Dadipoor, S., Ramezankhani, A., Alavi, A., Aghamolaei, T., & SafariMoradabadi, A. (2017). Pregnant women's health literacy in the south of Iran. *Journal of Family & Reproductive Health*, 11(4), 211-218.
- Dekel, S., Stuebe, C., Dishy, G. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in psychology*, 8(1), 560.
- DeMarco, J., Nystrom, M. (2010). The importance of health literacy in patient education. *J Consum Health*, 14(3), 294–301.
- Deuschle, M., Hendlmeier, F., Witt, S., Rietschel, M., Gilles, M., et al. (2018). Cortisol, cortisone, and BDNF in amniotic fluid in the second trimester of pregnancy: effect of early life and current maternal stress and socioeconomic status. *Development and Psychopathology*, 30 (3), 971-980.
- Di Benedetto, M. G., Bottanelli, C., Cattaneo, A., Pariante, C. M., Borsini, A. (2020). Nutritional and immunological factors in breast milk: A role in the intergenerational transmission from maternal psychopathology to child development. *Brain Behav Immun*, 85(1), 57–68.
- Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlık ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
- Dolatian, M., Mahmoodi, Z., Dilgony, T., Shams, J., Zaeri, F. (2017). The structural model of spirituality and psychological well-being for pregnancy-specific stress. *J Relig Health*, 56(6), 2267-75.
- Dorst, M.T., Anders, S.H., Chennupati, S., Chen, Q., Jackson, G.P. (2019). Health information technologies in the support systems of pregnant women and their caregivers: Mixed-methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), 1-12.

- Dündar, T., Özsoy, S., Aksu, H., & Toptaş, B. (2019). Obstetrik özelliklerin gebelikte distress üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 17-24.
- Erbaş, B., Dikmen, H. A. (2024). Yüksek riskli olan ve olmayan gebelerde belirsizliğe tahammülsüzlüğün algılanan stres, psikolojik sağlamlık, psikolojik kırılganlık ve annelik algısına etkisi, tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve karşılaştırmalı türde bir çalışma. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 5(3), 326-346.
- Ergün, S., Kızıl, S. H., Işık, R. (2019). Ergenlerde e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları: Balıkesir örneği. *JAREN*, 5(3), 194-203.
- Ertmann, R. K., Nicolaisdottir, D. R., Kragstrup, J., Siersma, V., & Lutterodt, M. C. (2020). Sleep complaints in early pregnancy. A cross-sectional study among women attending prenatal care in general practice. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 123.
- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) (2013). "What are some common signs of pregnancy?".
- Faisal-Cury, A., Menezes, P., Arayar, R., Zagaib, M. (2009). Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 12(5), 335-43.
- Filgueiras, J. C., Hippert, M. I. S. (1999). A polêmica em torno do conceito de estresse. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 19(3), 40-51.
- Fletcher, D., Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *Eur Psychol*, 18(1), 12-23.
- Foruzandeh Hafshejani, M., Foruzandeh Hafshejani, N., Darakhshandeh Hafshejani, S., Deris, F. (2018). Predicted coping styles with pregnancy-specific stress on basis of spiritual well-being. *J Clin Nurs Midwifery*, 7(1), 55-66.
- García-Duarte, S., Nievas-Soriano, B. J., Fischer-Suárez, N., Castro-Luna, G., Parrón-Carreño, T., & Aguilera-Manrique, G. (2023). Quality of Sexuality during Pregnancy, We Must Do Something-Survey Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 965.
- García-León, M. Á., Caparrós-González, R. A., Romero-González, B., González-Perez, R., Peralta-Ramírez, I. (2019). Resilience as a protective factor in pregnancy and puerperium: its relationship with the psychological state, and with Hair Cortisol Concentrations. *Midwifery*, 75(1), 138-145.
- Garrusi, B., Razavi Nematallahee, V., Etminan, A. (2013). The relationship of body image with depression and self-esteem in pregnant women. *J Health Dev*, 2(2), 117-127.

- Geldi, B. N. (2020). Gebe kadınlarda stres ve doğum korkusu ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Georgsson-Ohman, S., Grunewald, C., Waldenstrom, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 148-152.
- Gnoth, C., Johnson, S. (2014). Strips of hope: accuracy of home pregnancy tests and new developments. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 74(7), 661-669.
- Goradel, J.A., Mowlaie, M., Pouresmali, A. (2016). The role of emotional intelligence, and positive and negative affect on the resilience of primiparous women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(5).
- Goto, E., Ishikawa, H., Okuhara, T., Kiuchi, T. (2018). Relationship between health literacy and adherence to recommendations to undergo cancer screening and health-related behaviors among insured women in Japan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19 (12), 3409-3413.
- Gourounti, K. (2016). Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review. *Women Health*, 56(1), 98-118.
- Gök, M. Ş., Küçük, K., Kanbur, A. (2022). Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(6), 409-417.
- Grant, K. A., McMahon, C., Austin, M. P., Reilly, N., Leader, L., Ali, S. (2009). Maternal prenatal anxiety, postnatal caregiving and infants' cortisol responses to the still-face procedure. *Dev Psychobiol*, 51(8), 625-637.
- Greeff, A., Thiel, C. (2012). Resilience in families of husbands with prostate cancer. *Educ. Gerontol*, 38(3), 179-189.
- Grimes, H. A., Forster, D. A., Newton, M. S. (2014). Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*, 30(1), 26-33.
- Gronowski, A. M. (2004). *Handbook of clinical laboratory testing during pregnancy*. Totowa: Humana Press.
- Gunnar, M. R., Porter, F. L., Wolf, C. M., Rigatuso, J., Larson, M. C. (1995). Neonatal stress reactivity: predictions to later emotional temperament. *Child Dev*, 66(1), 1-13.
- Herrero, B. T., Martínez, M. R., Plaza, M. L., Gutiérrez, L., García, R. P., García, J. C., et al. (2001). Signos Y Síntomas Gastrointestinales Durante El Embarazo Y Puerperio En Una Muestra De Mujeres Españolas. *Atención. Primaria*, 28 (1), 53-58.

- Hsu, W., Chiang, C., Yang, S. (2014). The effect of individual factors on health behaviors among college students: the mediating effects of eHealth literacy. *J. Med. Internet Res.*, 16(12), 3542.
- Hyzam, D., Zou, M., Boah, M., et al. (2021). Factors associated with reporting good maternal health-related knowledge among rural mothers of Yemen. *J Biosoc Sci*, 55(1), 150–168.
- İşcan, G., İşcan, S. C., Koç, E. M., Karçaaltıncaba, D. (2018). Sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin gebelik depresyonuna etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4), 429-435.
- Jacka, F. N., Pasco, J. A., Mykletun, A., Williams, L. J., Hodge, A. M., O'Reilly, S. L., Berk, M. (2010). Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 305–311.
- Javanmardi, M., Noroozi, M., Mostafavi, F., et al. (2018). Usage among pregnant women for seeking health information: a review article, *Iran J Nurs Midwif Res*. 23(2), 79–86.
- Kapan, M., Yanikkerem, E. (2016). Kırsal ve kentsel alanda yaşayan gebelerin depresyon, yalnızlık ve şiddete maruz kalma durumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15 (5), 431-439.
- Kara, P., & Nazik, E. (2024). Yüksek riskli gebelerin gebelik deneyimleri ve prenatal distreslerinin belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 120-128.
- Kışlak, D. (2019). Gebelerdeki distresin sağlık uygulamaları üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kilfoyle, K. A., Vitko, M., O’Conor, R., Bailey, S. C. (2016). Health literacy and women’s reproductive health: a systematic review. *J. Women’s Health*, 25(12), 1237–1255.
- Kjærgaard, H., Wijma, K., Dykes, A. K., Alehagen, S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in sweden and denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 340-350.
- Kommalage, M. (2009). Use of the internet by patients attending specialist clinics in Sri Lanka: A cross-sectional study. *BMC Med Inform Decis Mak*, 9(1), 12.
- Koolhaas, J. M., Bartolomucci, A., Buwalda, B., et al. (2011). Stress revisited: a critical evaluation of the stress concept. *Neurosci Biobehav Rev*, 35(5), 1291–301.
- Koss, K. J., Mliner, S. B., Donzella, B., Gunnar, M. R. (2016). Early adversity, hypocortisolism, and behavior problems at school entry: A study of internationally adopted children. *Psychoneuroendocrinology*, 66, 31–38.

- Kubb, C., Foran H. M. (2022). Online Health Information Seeking for Self and Child: An Experimental Study of Parental Symptom Search. *JMIR pediatrics and parenting*, 5, e29618.
- Kurt Durmuş, M., Ören, B. (2022). Gebelerde sağlık okuryazarlığının incelenmesi. *J Health Pro Res*, 4(2), 88–94.
- Kurt, H., Aslan, D. (2020). Okul Öncesi Dönem Çocuğu Olan Annelerin Öz-Yeterlik, Psikolojik Sağlamlık ve Ebeveyn Tutumlarının İncelenmesi. *KADEM Kadın Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 211-240.
- Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A. M., Chastang, J., Robert, S., et al. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnan. Childbirth*, 18(1), 455.
- Lagan, B. M., Sinclair, M., Kernohan, W. G. (2011). A web-based survey of midwives' perceptions of women using the Internet in pregnancy: A global phenomenon. *Midwifery*, 27(2), 273–81.
- Lagan, B., Marlene Sinclair, M., & Kernohan, W. G. (2010). Internet use in pregnancy informs women's decision making: A web-based survey. *Birth*, 37(2), 106–115.
- Larsson, M. A. (2007). A descriptive study of the use of the internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25(1), 14–20.
- Li, G., Kong, L., Zhou, H., Kang, X., Fang, Y., Li, P. (2016). Relationship between prenatal maternal stress and sleep quality in Chinese pregnant women: the mediation effect of resilience. *Sleep Med*, 25(1), 8–12.
- Lippi, G., Albiero, A., Montagnana, M., et al. (2007). Lipid and lipoprotein profile in physiological pregnancy. *Clin Lab*, 53(3-4), 173-7.
- Liu, C., Wang, D., et al. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*, 8(2), 1-8.
- Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., et al. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychol*, 27(5), 604-15.
- Lu, M. C., Halfon, N. (2003). Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. *Matern Child Health J.*, 7(1), 13–30.
- Lupattelli, A., Picinardi, M., Einarson, A., et al. (2014). Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient Educ Couns*, 96(2), 171–178.
- Maharlouei, N. (2016). The importance of social support during pregnancy. *Womens Health Bull*, 3(1), 1–3.

- Manzari, N., Matvienko-Sikar, K., Baldoni, F., O’Keeffe, G. W., Khashan, A. S. (2019). Prenatal maternal stress and risk of neurodevelopmental disorders in the offspring: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(11), 1299-1309.
- Markin, R. D. (2018). “Ghosts” in the womb: A mentalizing approach to understanding and treating prenatal attachment disturbances during pregnancies after loss. *Psychotherapy*, 55(3), 275.
- Mason, Z. S., Briggs, R. D., & Silver, E. J. (2011). Maternal attachment feelings mediate between maternal reports of depression, infant social-emotional development, and parenting stress. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 382–394.
- Maxson, P. J., Edwards, S. E., Valentiner, E. M., et al. (2016). A multidimensional approach to characterizing psychosocial health during pregnancy. *Maternal Child Health J*, 20(6), 1103–1113.
- Mbiydenyuy, N. E., Hemmings, S. M., Qulu, L. (2022). Prenatal maternal stress and offspring aggressive behavior: Intergenerational and transgenerational inheritance. *Front Behav Neurosci*, 16, 977416.
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central role of the Brain. *Physiol Rev*, 87(3), 873–904.
- Michou, M., Panagiotakos, D. B., Lionis, C., Costarelli, V. (2021). Low health literacy and perceived stress in adults: is there a link?. *Central European Journal of Public Health*, 29, 195-200.
- Mikšić, Š., Uglešić, B., Jakab, J., Holik, D., Milostić, Srb. A., Degmečić, D. (2020). Positive effect of breastfeeding on child development, anxiety, and postpartum depression. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(8), 2725.
- Myers, K. M., & Elad, D. (2017). Biomechanics of the human uterus. *Wiley interdisciplinary reviews. Systems biology and medicine*, 9(5), 10.
- Nie, C., Dai, Q., Zhao, R., Dong, Y., Chen, Y., Ren, H. (2017). The impact of resilience on psychological outcomes in women with threatened premature labor and spouses: a cross-sectional study in Southwest China. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 15(1), 1-10.
- Norman, C. D., Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Int Res*, 8(4), 27, 1–7.
- Orr, S. T., Blazer, D. G., James, S. A., Reiter, J. P. (2007). Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *J Women's Health*, 16(4), 535-542.

- Ortiz-Andrellucchi, A., Doreste-Alonso, J., Henríquez-Sánchez, P., Cetin, I., Serra-Majem, L. (2009). Dietary assessment methods for micronutrient intake in pregnant women: A systematic review. *British Journal of Nutrition*, 102(1), 64–86.
- Özçetin, Y. S. Ü., & Erkan, M. (2019). Yüksek riskli gebelerde psikolojik sağlamlık, algılanan stres ve psikososyal sağlık. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 1017-1026.
- Parcells, D. (2010). Women's mental health nursing: depression, anxiety and stress during pregnancy. *J Psychiatr Mental Health Nurs*, 17(9), 813–20.
- Pauley, A. M., Moore, G. A., Mama, S. K., Molenaar, P. & Symons Downs, D. (2020). Associations between prenatal sleep and psychological health: A systematic review. *J. Clin. Sleep Med*, 16(4), 619–630.
- Pazarözyurt, A., Özkan, H. (2023). Gebelerin sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 91-102
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermik, D. L., Wilson, D., Alden, K. R., & Cashion, M. C. (2017). *Maternal Child Nursing Care*. Mosby Elsevier.
- Pervanidou, P., & Chrousos, G. P. (2012). Metabolic consequences of stress during childhood and adolescence. *Metabolism*, 61(5), 611-619.
- Pervanidou, P., Chrousos, G. P. (2018). Early-life stress: from neuroendocrine mechanisms to stress-related disorders. *Hormone research in paediatrics*, 89(5), 372-379.
- Phommachanh, S., Essink, D. R., Wright, P. E., et al. (2021). Maternal health literacy on mother and child health care: a community cluster survey in two southern provinces in Laos. *Plos One*, 16(3), 1-18.
- Polat, B. N., & Yaman, N. (2023). Annelerin ebeveyn bilinçli farkındalığı, psikolojik sağlamlığı ile çocukların sosyal yetkinlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Humanistic Perspective*, 5(3), 1119-1147.
- Rahmawati, W., Van der Pligt, P., Willcox, J. C., Worsley, A. F. (2021). Sources of nutrition information for Indonesian women during pregnancy: how is information sought and provided? *Public Health Nutr*, 24(12), 3859-3869.
- Ramiro-Cortijo, D., De La Calle, M., Gila-Diaz, A., MorenoJimenez, B., Martin-Cabrejas, M. A., Arribas, S. M., et al. (2021). Maternal resources, pregnancy concerns, and biological factors associated to birth weight and psychological health. *J Clin Med*, 10(4), 695.

- Rini, Christine. (1999). "Psychological Adaptation and Birth Outcomes: The role of personal resources, stress, and socio-cultural context in pregnancy". *Health Psychology*, 18(4), 333-345.
- Rodrigues, O. M. P. R., Schiavo, RdA. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 33(9), 252–7.
- Romano, A. M. (2007). A changing landscape: Implications of pregnant women's Internet use for childbirth educators. *J Perinat Educ*, 16(4), 18–24.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Dev. Psychopathol*, 24(2), 335-344.
- Santos, A. M., Castro, J. C. (1998). Stress. *Anál Psicol*, 16(4), 675-90.
- Satyapriya, M., Nagarathna, R., Padmalatha, V., Nagendra, H. R. (2013). Effect of integrated yoga on anxiety, depression and well being in normal pregnancy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(4), 230-236.
- Sayakhot, P., Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 65.
- Shay, M., MacKinnon, A. L., Metcalfe, A., Giesbrecht, G., Campbell, T., Nerenberg, K., Tomfohr-Madsen, L. (2020). Depressed mood and anxiety as risk factors for hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(13), 2128-2140.
- Smith, B. W., Dalen Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., Jennifer Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular journal of Africa*, 27(2), 89–94.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Srivastava, S., Gupta, A., Bhatnagar, A., Dutta, S. (2014). Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian Journal Of Public Health*, 58(1), 22.
- Sturgeon, J. A., Zautra, A. J. (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep*, 14(2), 105-112.

- Şahin, S., Güler, D.S., İlçioğlu, K., Ünsal, A. (2019). Gebelerde doğum ile ilgili bilgi düzeyi ve doğum korkusunun değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*, 15(1), 5- 14.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S., (2013). Using Multivariate Statistics (sixth ed.), Pearson, Boston.
- Tamer Gencer, Z. (2017). Norman ve skinner’ın e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin kültürel uyarlaması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, (52), 131-145.
- Turan Çolak, H., & Atak, H. (2024). Özel gereksinimli çocuğu olan annelerin kadınlık algısı: evlilik hoşnutsuzluğu ve psikolojik sağlamlığın yordayıcılığı. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(2), 303-319.
- Tusaie, K., Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 3–8.
- Van Haeken, S., Braeken, M., Nuyts, T., Franck, E., Timmermans, O., Bogaerts, A. (2020). Perinatal resilience for the first 1,000 days of life. Concept analysis and delphi survey. *Front Psychol*, 11, 563432.
- Van Haeken, S., Braeken, M. A. K. A., Horsch, A., Oosterman, M., Bogaerts, A. (2023). Development of a resilience-enhancing intervention during and after pregnancy: a systematic process informed by the behaviour change wheel framework. *BMC Psychol*, 11(1), 267.
- Vila-Candel, R., Soriano-Vidal, F. J., Mena-Tudela, D., et al. (2021). Health literacy of pregnant women and duration of breastfeeding maintenance: a feasibility study. *J Adv Nurs*, 77(2), 703–714.
- Yılar Erkek, Z., Öztürk Altınayak, S. (2024). Gebelerde E-Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam Davranışları Arasındaki İlişki. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 7(2), 282-292.
- Wadhwa, P. D., Entringer, S., Buss, C., Lu, M. C. (2011). The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. *Clin Perinatol*, 38(3), 351–384.
- Wagner, T., Thompson, E. L., Gadson, A., Stark, M., Bush, K., et al. (2020). Postpartum education and health literacy: new moms’ perspectives. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 24 (4), 346-359.
- Wilson, R. E., Latner, J. D., Hayashi, K. (2013). More than just body weight: The role of body image in psychological and physical functioning. *Body Image*, 10(4), 644–7.

- Wollast, R., Riemer, A. R., Sarda, E., Wiernik, B. M., Klein, O. (2020). How self-compassion moderates the relation between body surveillance and body shame among men and women. *Mindfulness*, 11(10), 2298-2313.
- World Health Organization (WHO). (2018). Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization,
- Yali, M. A., Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Psychosom Obstet Gynecol*, 20(1), 39-52.
- Yali, A. M., Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(3), 289–309.
- Yalnız Dilcen H., Öztürk A., Nebioğlu Yıldız M. (2021). Gebelikte sigara kullanımının algılanan sosyal destek, benlik saygısı ve psikolojik sağlamlık ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(2), 161-170.
- 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.
- Yıldız, N. Ç. (2015). Gebelikte distresin tanımlanması. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan.
- Yüksel, F., Akın, S., Durna, Z. (2011). The Turkish Adaptation of the “Revised Prenatal Distress Questionnaire”: *A Reliability/Validity And Factor Analysis Study*, 8(3), 43–51.
- Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., and Sawyer, M. (2012). Resilience and its association with depression, emotional and behavioural problems, and mental health service utilisation among refugee adolescents living in South Australia. *International Journal of Population Research*, 6(1), 1–9,
- Zibellini, J., Muscat, D. M., Kizirian, N., Gordon, A. (2021). Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: A systematic review. *Women Birth*, 34(2), 180-186.

EKLER

EK-1 GEBE TANITICI BİLGİ FORMU

1) Doğum Polikliniği()	Doğum Kliniği()
2) Yaşınız:.....	
3) Eşinizin Yaşı:.....	
4) Eğitim durumunuz: İlkokul() Ortaokul() Lise() Üniversite() Yüksek lisans/Doktora()	
5) Mesleğiniz nedir? Ev hanımı() Memur() İşçi() Serbest meslek() Emekli()	
6) Eşinizin mesleği nedir? Çalışmıyor() Memur() İşçi() Serbest meslek() Emekli()	
7) Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? İyi() Orta() Kötü()	
8) Yaşadığınız yerleşim yeri nedir? İl() İlçe() Köy/Kasaba()	
9) Aile yapınız nedir? Çekirdek() Geniş() Boşanmış()	
10) Ne kadar süredir evlisiniz?	

11) Daha önce doğum yaptınız mı? Evet () Hayır()
12) Kaçınıcı gebeliğiniz?.....
13) Yaşayan çocuk sayısı.....
14) Ölü doğum yaptınız mı? Evet() (Kaç tane.....) Hayır()
15) Daha önce düşük yaptınız mı? Evet() (Kaç tane.....) Hayır()
16) Kaç haftalık gebesiniz.....
17) İsteyerek mi gebe kaldınız? Evet() Hayır()
18) Gebelik süresince herhangi bir problem yaşadınız mı? Evet() Hayır()
19) Yaşanan sorunlar hangisi/leri? Bulantı-kusma() Aşırı kilo alma() Depresyon() Kan şekerinde yükselme()
20) Doğum bilgisi aldınız mı? Evet() Hayır()
21) Doğum bilgisi aldıysanız kimden aldınız? (birden fazla cevap işaretlenebilir) Doktor() Ebe() Hemşire() İnternet()
22) Gebelikle ilgili mobil uygulamaları (interneti) hangi bilgilere ulaşmak için kullanıldığınızı işaretleyiniz Anne karnındaki bebeğin gelişimi() Tahmini doğum tarihini hesaplama() Gebelikteki risk faktörleri() Gebelikte beslenme() Doğum sonrası iyileşme süreci() Gebelikte görülen değişiklikler() Genel doğum öncesi bilgiler() Yenidoğan bakımı() Emzirme() Diğer

EK-2 E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Aşağıdaki ifadelere katılım düzeyinizi işaretleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum.					
2.İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum.					
3.İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum.					
4.Sağlık hususunda sorularıma yanıt bulmak adına interneti nasıl kullanacağımı biliyorum.					
5.İnternette bana yardımcı olması adına bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum.					
6.İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim.					
7.İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim.					
8.Sağlığa ilişkin kararlar verirken internetten bilgi kullanımında kendime güveniyorum .					

EK-3 Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Aşağıdaki ifadelere katılım düzeyinizi işaretleyiniz.

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.					
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.					
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.					
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.					
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.					
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.					

EK-4 Prenatal Distress Ölçeği

Aşağıdaki ifadelere katılım düzeyinizi işaretleyiniz

	Hiç	Biraz	Çok Fazla
1. Gebeliğinizin bu döneminde yeni doğan bebeğin bakımı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
2. Gebeliğinizin bu döneminde yüksek tansiyon veya şeker hastalığı gibi devam eden sağlık sorunlarınızın gebeliğinize etkisi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
3. Gebeliğinizin bu döneminde enerjinizin düşük olması ve kendinizi yorgun hissetmeniz konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
4. Gebeliğinizin bu döneminde doğum sırasında hissedeceğiniz ağrı/sancı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
5. Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız sağlık bakım hizmetleri için yaptığınız harcamalar konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
6. Gebeliğinizin bu döneminde kilonuzda ve vücudunuzun görünümünde oluşan değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
7. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin çok erken doğma olasılığı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			

8. Gebeliğinizin bu döneminde gebelikte ortaya çıkan kusma, ayaklarda şişlik veya bel ağrısı gibi bedensel şikayetler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? (Evet ise; hangi şikayetler?)			
9. Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız tıbbi bakımın kalitesi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
10. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumu nedeniyle diğer insanlarla olan ilişkilerinizde yaşayacağınız değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? (Evet ise; özellikle kim?.....)			
11. Gebeliğinizin bu döneminde sağlıklı bir bebeğiniz olabileceği konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
12. Gebeliğinizin bu döneminde doğum sırasında neler olacağı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
13. Gebeliğinizin bu döneminde çalışma yaşamınız veya ailenizin bakımı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
14. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin giysileri, beslenmesi ve sağlık bakımı için yapacağınız harcamalar konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
15. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumundan sonra bir işte çalışmak durumunda olmanız konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			

16. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumundan sonra bebeğin günlük bakımı, diğer bakım konuları ve bebek bakımında destek alınan kişiler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
17. Gebeliğinizin bu döneminde kullandığınız sigara, alkol ya da ilaçlardan bebeğin etkilenmiş olup olmadığı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			

EK-5 Etik Kurul Onay Formu

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerin E-Sağlık okuryazarlığı, psikolojik sağlamlık ve prenatal stres düzeylerinin belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	128-SBKA EK

	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:X	☐	1)Helsinki Bildirgesine uyulacağına dair taahhütnameler 2)Araştırmanın daha önce etik kurul değerlendirmesine sunulmadığına ve etik kurul onayı olmaksızın yapılmayacağına dair taahhütname 3)Literatürler 4)Araştırmacı özgeçmişi 5)Başvuru formu 6)Bütçe formu 7)Anabilim dalı izni 8)Anket Formu
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/23-08	Tarih:07.12.2023	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.		

EK-6 Kurum İzni Maili



T.C.
AKSARAY VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-23240534-771-233808659
Konu : Tuğba AKTAŞ Araştırma İzni

10.01.2024

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 08.01.2024 tarihli dilekçe.

Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı Hemşireliği ABD'de öğrenim görmektedir olan Tuğba AKTAŞ'ın ilgi dilekçesinde; Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesinde; "Gebelerin E-Sağlık Okuryazarlığı, Psikolojik Sağlamlık ve Prenatal Stres Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu Bilimsel Araştırma Projesini uygulamayı planladığı belirtilmektedir. Söz konusu araştırma talebi Müdürlüğümüz Araştırma Talebi Değerlendirme komisyonu tarafından değerlendirilerek uygun mütalaa edilmiştir. Çalışmanın Hastane İşleyiş kurallarına riayet edilerek yapılması hususunu;

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Abdullah GÜLEÇ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Oluru.

Dağıtım:

Gereği:

Aksaray Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliğine

Bilgi:

Tuğba AKTAŞ

EK-7 E-Sağlık Okuryazarlık Ölçek İzni

EK-8 Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçek İzni

EK-9 Prenatal Distres Ölçek İzni



EK-10 Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın Katılımcı

Sizi Aksaray Üniversitesi Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ve Polikliniğinin (araştırmanın yapıldığı yer-merkez)'de yürütülen “Gebelerin E-Sağlık Okuryazarlığı, Psikolojik Sağlamlık ve Prenatal Stres Düzeylerinin Belirlenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Adı-Soyadı-Ünvanı-imza)
Doç. Dr. Arzu YÜKSEL

Araştırmanın Amacı:

(Çalışmanın araştırma amaçlı olduğu mutlaka belirtilmeli, gönüllünün anlayabileceği sade bir dil kullanılmalı ve kısaltılmış ifadeler açıklanmalıdır).

Bu çalışma siz gebelerin E-sağlık okuryazarlığını, gebeliğiniz sürecinde yaşayabileceğiniz sorunlar karşısında psikolojik sağlamlığınızı ve stres düzeyinizi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

(İzlenecek olan yöntem ve yapılacak bütün işlemler -invazif olsun veya olmasın- açık ve anlaşılır bir şekilde belirtilmeli, kan, idrar gibi hasta materyallerinin kullanıldığı çalışmalarda, bu örneklerin alınma sıklığı ve miktarları, alınma şekli, bu işlemlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuzluklar veya riskler mutlaka yazılmalıdır)

Size e-sağlık okuryazarlığı, kısa psikolojik sağlamlık ve prenatal distress sorularını içeren kâğıtlar verilecektir. Soruları okuduktan sonra sizin için en uygun olan seçeneği işaretlemenizi rica ediyorum.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Araştırma, Aksaray Üniversitesi Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Doğum Kliniği ve Polikliniği'nde gerçekleştirilecektir.

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Tuğba AKTAŞ

Araştırmanın Süresi: 5 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 264

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

(Gönüllülerin çalışmaya katılmasını teşvik edecek veya yönlendirecek ifadelerden kaçınılmalıdır)

Sizlerden alacağımız bilgiler doğrultusunda e-sağlık okuryazarlığı düzeyiniz, yaşamış olduğunuz psikolojik sağlamlık ve stres düzeyiniz tespit edilerek ihtiyaç durumunda danışmanlık yapabiliriz.

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:

(Gönüllünün başına gelebilecek, makul olarak öngörülebilir her türlü risk ve rahatsızlık (örneğin ağrı, enfeksiyon riski, tedavideki olası başarısızlık vb) açıkça belirtilmelidir. Minimal riskten fazla bir riski bulunan araştırmalarda bunun nasıl giderileceği veya tedavi edileceği açıkça belirtilmelidir.)

Bu çalışmadan dolayı herhangi bir zarar oluşmayacaktır. Ortalama 15-20 dk süre ayırmanız gerekecektir.

Katılma ve Çıkma:

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Masraflar:

(Bu bölümde çalışma masraflarının hangi kaynaktan karşılanacağı belirtilmelidir.) herhangi bir masraf bulunmamaktadır. Anketlerin hazırlanması araştırmacılara aittir.

İletişim Kurulacak Kişi(ler): (Çalışma ile ilgili olarak bilgi alma veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durumda günün 24 saatinde ulaşılabilir kişilerin isim ve telefon numaraları belirtilmelidir)

Tuğba AKTAŞ

Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı Hemşireliği ABD
Yüksek Lisans Öğrencisi

E-Posta:

Tel:

Doç. Dr. Arzu YÜKSEL

Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı Hemşireliği ABD

E-Posta:

Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı,

istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Çalışma Kapsamında Katılımcıdan Biyolojik Örnek Alınması Durumunda Aşağıdaki Bölüm Katılımcı Tarafından Doldurulmalıdır:

☐ Tarafımdan alınan kodlanmış* örneğin yalnızca önerilen çalışma için kullanımını onaylıyorum; ileride yapılması olası diğer çalışmalar için onay vermiyorum.

☐ Tarafımdan alınan kodlanmış örneğin, araştırma konusuyla bağlantılı diğer çalışmalarda kullanımını onaylıyorum, ancak farklı çalışmalar için tekrar bilgilendirilmek ve yeni onay vermek istiyorum.

☐ Tarafımdan alınan kodlanmış örneğin gelecekte her türlü genetik çalışmada (kimliğim ile bağlantısız) olarak kullanılmasını onaylıyorum.

*Kodlanmış örnek: Sizden alınan örneğe bir kod numarası verilir. Kod numarasını yalnızca araştırmacı bilir ve sizin kimlik bilgilerinize yalnızca araştırmacı ulaşabilir. Böylece kimlik bilgileriniz gizli tutulmuş olur.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../...

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../...

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../...

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../...

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	Tuğba AKTAŞ		
Akademik unvan/pozisyon	Yüksek Lisans Öğrencisi		
Görev yeri	Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü		
Telefon numarası			
E-posta adresi			
EĞİTİM BİLGİLERİ			
Yıl	Bölüm	Kurum	Derece
2020	Hemşirelik	Aksaray Üniversitesi	Lisans
2022-	Hemşirelik	Aksaray Üniversitesi	Yüksek Lisans öğrencisi
İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER			
Tarih Aralığı	Kurum	Görev	
2022-	Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi	Hemşire	

