

T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GEBELERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ  
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Kübra UĞURLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR

AYDIN-2024

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ders dönemi ve tez dönemi dahil olmak üzere bana rehber olan, emek veren, bu yolda yalnız bırakmayan kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR'a,

Yüksek lisans sürecinin ders dönemi boyunca bilgileri ile beni yetiştiren ve geliştiren tüm ebelik bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ayden ÇOBAN ve Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SÖKMEN'e,

Araştırmamın yapılmasına izin veren Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne, NST biriminde çalışan ebelere ve katılım gösteren gebelere,

Yüksek lisans eğitimine beraber başladığım, her zorlukta birbirimize destek olduğumuz, yorulduğumuz, tükendiğimiz anlarda birbirimize yardımcı olduğumuz ve hayatımız boyunca da olacağımızı bildiğim değerli arkadaşlarım Ebe Gizem Fikriye KIRGIZ'a, Ebe Fulya MATYAR'a, Ebe Canan YÖRÜKOĞLU'na, arkadaşım Abdullah YURDAKUL'a ve tüm arkadaşlarıma,

Tüm eğitim hayatım boyunca yanımda olan, okumama, kendimi geliştirmemi destekleyen canım annem Cevriye UĞURLU'ya, babam Sülhattin UĞURLU'ya, ablam Nur UĞURLU'ya ve kardeşim Merve UĞURLU'ya,

Son olarak da yüksek lisans eğitim sürecim boyunca hep yanımda olan, desteğini benden esirgemeyen sevgili arkadaşım Abdullah YURDAKUL'a sonsuz teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR DİZİNİ .....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	viii
TABLOLAR DİZİNİ .....	ix
ÖZET .....	x
ABSTRACT .....	xii
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırmanın Soruları .....	3
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Sağlık Kavramı .....	4
2.2. Okuryazarlık Kavramı ve Tanımı .....	5
2.3. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı .....	7
2.4. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması .....	8
2.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler .....	9
2.6. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi ve Kullanılan Ölçekler .....	11
2.6.1. Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi (The Test of Functional Health Literacy in Adults) .....	11
2.6.2. En Yeni Hayati İşaret Testi (The Newest Vital Sign) .....	12
2.6.3. Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (TSOY-32) .....	12
2.6.4. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (The Rapid of Adults Literacy in Medicine) .....	12
2.6.5. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (e-SOY) (E-Heals: The Ehealth Literacy Scale) .....	13

2.7. Sağlık Okuryazarlığının Önemi .....	13
2.8. Dünyada ve Ülkemizde Sağlık Okuryazarlığı .....	14
2.9. Dünyada ve Ülkemizde Kadın Okuryazarlığı .....	17
2.10. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Etkileri .....	18
2.11. Gebelik .....	19
2.11.1. Gebeliğin Fizyolojik Etkileri .....	20
2.11.2. Gebeliğin Psikolojik Etkileri .....	21
2.12. Gebelikte Sağlık Okuryazarlığının Önemi .....	21
2.13. Gebelikte Sağlık Okuryazarlığının Geliştirmede Ebenin Sorumlulukları .....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	27
3.1. Araştırmanın Şekli .....	27
3.2. Araştırmanın Amacı .....	27
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	27
3.4. Araştırmanın Zamanı .....	28
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	28
3.6. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri .....	28
3.7. Veri Toplama Araçları .....	28
3.7.1. Gebe Tanıtım Formu .....	29
3.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 .....	29
3.8. Ön Uygulama .....	30
3.9. Verilerin Toplanması .....	31
3.10. Verilerin Analizi .....	31
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri .....	31
3.12. Araştırmanın Değişkenleri .....	32
3.13. Araştırmanın Etik Yönü .....	32
4. BULGULAR .....	33
4.1. Gebelerin ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özellikleri .....	33
4.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri .....	35
4.3. Gebelerin Gebelik Sürecine İlişkin Özellikleri .....	37
4.4. Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Ölçeği Puan Ortalaması ..	39
4.5. Gebelerin Sağlık Okuryazarlıklarıyla İlişkili Faktörler .....	42
5. TARTIŞMA .....	55

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	64
6.1. Sonuçlar .....	64
6.2. Öneriler .....	65
KAYNAKLAR .....	67
EKLER .....	84
EK 1. Gebe Tanıtım Formu .....	84
EK 2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 .....	87
EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu .....	89
EK 4. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı .....	93
EK 5. Aydın İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı .....	94
EK 6. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 Ölçeği Kullanım İzin Yazısı .....	95
BİLİMSEL ETİK BEYANI .....	96
ÖZ GEÇMİŞ .....	97

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devleti
<b>AMA</b>	: The American Medical Association
<b>COVID-19</b>	: Coronavirus-19 Disease (Koronavirüs-19 Hastalığı)
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>E-SAĞLIK</b>	: Elektronik Sağlık
<b>HLS-EU</b>	: Health Literacy Europe (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu)
<b>ICM</b>	: International Confederation of Midwives
	: International Organization for Migration (Uluslararası Göç Örgütü)
<b>MİN</b>	: Minimum
<b>MAKS</b>	: Maksimum
<b>NST</b>	: Non-Stress Test
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>T.C.</b>	: Türkiye Cumhuriyeti
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>TR-SOYA</b>	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
<b>TSOY-32</b>	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UNESCO</b>	: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli.....	8
---	---



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b>	TÜİK Cinsiyete Göre Seçilmiş Göstergeler .....	19
<b>Tablo 2.</b>	TSO-32'nin 2X4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları .....	32
<b>Tablo 3.</b>	Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı .....	35
<b>Tablo 4.</b>	Gebelerin Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı ...	35
<b>Tablo 5.</b>	Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı .....	38
<b>Tablo 6.</b>	Gebelerin Sağlık Durumlarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı .....	40
<b>Tablo 7.</b>	Gebelerin TSOY-32 Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı .....	42
<b>Tablo 8.</b>	Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Alt Boyut Puanlarının Kategorik Dağılımı .....	42
<b>Tablo 9.</b>	Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Alt Boyut Bileşenlerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	43
<b>Tablo 10.</b>	Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 11.</b>	Gebelerin Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre TSOY-32 Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 12.</b>	Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre TSOY-32 Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 13.</b>	Gebelerin Sağlık Durumlarıyla İlgili Özelliklerine Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	54

## ÖZET

### GEBELERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Uğurlu K. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2024

**Amaç:** Bu çalışma; gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Araştırma, analitik kesitsel olarak, 15 Ekim 2022 – 30 Haziran 2023 tarihleri arasında, T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi NST Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bu polikliniğe başvuran gebeler, örneklemini de 206 gebe oluşturmuştur. Veriler; Gebe Tanıtım Formu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 24,0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler olarak yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerler verilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren veriler student t testi, One Way Anova testi, ileri analiz olarak Bonferroni testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması  $28,21 \pm 5,67$  olup, %35'inin üniversite mezunu olduğu, %32'sinin gelir getiren bir işte çalıştığı, %69,4'ünün gelirini giderine denk olarak algıladığı saptanmıştır. Gebelerin gebelik haftası ortalaması  $32,54 \pm 3,89$  olup 61,7'si en az iki kez gebelik yaşadığı, %73,8'inin bu gebeliği planlamış olduğu bulunmuştur. Gebelerin bu dönemde %76,7'sinin düzenli ilaç kullandığı ve en çok kullanılan ilacın (%42,2) demir preparatı olduğu görülmüştür. Gebelerin %85,9'unun düzenli sağlık kontrollerini yaptırdıkları saptanmıştır.

Gebelerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) toplam puan ortalaması 34,79±9,98, Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ortalaması 35,32±11,21, Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalaması ise 34,28±11,22 olarak belirlenmiştir. TSOY-32'ye göre gebelerin %15,5'inin yetersiz, %26,2'sinin sorunlu-sınırlı, %32,5'inin yeterli ve %25,7'sinin mükemmel sağlık okuryazarlık oranlarına sahip olduğu belirlenmiştir.

Kendileri ve eşlerinin 26-34 yaş grubunda olan gebelerin ve yine kendileri ve eşlerinin eğitim düzeyleri yüksek olanların, çalışanların, resmi nikahı ve sosyal güvencesi olanların, çekirdek aile tipinde yaşayanların, il merkezinde ikamet edenlerin, gelir durum algısı yüksek olanların, ilk kez gebe kalanların, ölü doğumu olmayanların, gebelik döneminde düzenli ilaç kullanan ve düzenli sağlık kontrollerini yaptıranların sağlık okur yazarlık oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Gebelerin sağlık okur yazarlıklarının yeterli düzeyde olduğu bulunmuş olup gebelerin okuryazarlık düzeyleriyle ilişkili sosyodemografik, obstetrik özellikleri dikkate alınarak gebelerin prekonsepsiyon ve prenatal dönemlerde sağlık okuryazarlıklarını yükseltmek için eğitimler planlanması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebe, Sağlık Okuryazarlığı, Ebelik Bakımı, Eğitim.

## ABSTRACT

### HEALTH LITERACY LEVELS OF PREGNANT WOMEN AND RELATED FACTORS

**Uğurlu K. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Midwifery Program, Master's Thesis, Aydın, 2024**

**Objective:** This study; It was conducted to examine the health literacy levels of pregnant women and related factors.

**Materials and methods:** The research was carried out as an analytical cross-sectional study between 15 October 2022 and 30 June 2023, T.R. It was carried out at the Ministry of Health Aydın Gynecology and Children's Hospital NST Clinic. The population of the study consisted of pregnant women who applied to this polyclinic, and the sample consisted of 206 pregnant women. Data; It was collected using the Pregnant Introduction Form and Türkiye Health Literacy Scale-32. SPSS 24.0 package program was used to analyze the data. In evaluating the data; Percentage, arithmetic mean, standard deviation and minimum-maximum values are given as descriptive statistics. The Kolmogorov-Smirnov test was applied to verify the suitability of numerical data for normal distribution. Normally distributed data were evaluated with student t test, One Way Anova test, and Bonferroni test as further analysis.

**Results:** The average age of the pregnant women participating in the study was  $28.21 \pm 5.67$  years , and 35% of them attended university. graduate , 32% have income bringing One at work working , 69.4% earn their income to the expense equivalent aspect perceived has been detected . pregnant women pregnancy week The average is  $32.54 \pm 3.89$  and 61.7 is the most little two times pregnancy lived , 73.8% of them pregnancy planned is has been found . pregnant women This During the period, 76.7% of them were regular medicine uses And - most A lot used (22.3%) of the drug is iron preparation is has been seen . 85.9% of pregnant women have regular health controls they made has been detected .

Pregnant women's Turkey Health Literacy Scale-32 (TSOY-32) total score average is  $34.79 \pm 9.98$  , Treatment and Service sub-dimension average score is  $35.32 \pm 11.21$  , Disease Prevention and Health Promotion sub-dimension average score is 34, It was determined as  $28 \pm 11.22$  . According to TSOY-32, pregnant women It was determined that 15.5% had inadequate, 26.2% had problematic-limited, 32.5% had sufficient and 25.7% had excellent health literacy rates .

Pregnant women and their spouses who are in the 26-34 age group, those who have a high level of education, those who are employed, those who have a civil marriage and social security, those who live in a nuclear family type, those who reside in the city center , those who have a high level of income perception, those who are pregnant for the first time. It was found that the health literacy rates of those who did not have a stillbirth, who used regular medication during pregnancy and who had regular health check-ups were higher ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** It has been found that the health literacy of pregnant women is at a sufficient level, and it is recommended to plan training to increase the health literacy of pregnant women during the preconception and prenatal periods, taking into account the sociodemographic and obstetric characteristics of pregnant women related to their literacy levels.

**Key Words:** Pregnant, Health literacy, Midwifery Care, Education.

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1946 yılında yaptığı tanımlama ile sağlık; hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bireyin zihinsel, fiziksel ve sosyal olarak tam bir iyi olma durumu olarak kabul edilmektedir (DSÖ, 1948). Tarihin geçmiş dönemlerinden beri sağlık kavramı için yapılan tanımlar arasında en geniş kapsamlı tanım DSÖ'nün yaptığı olsa dahi bireylerin sağlıklı olma hallerini etkileyen faktörlere yer verilmemiştir. İnsan sosyal bir canlı olarak yaşadığı olaylar ve toplumdan, kültürel faktörlerden, değişen dünya düzeni gibi birçok etmenden etkilenebilmektedir. Tüm bu etkiler çerçevesinde bireyin kendini iyi hissetmemesi veya bir hekim tarafından yapılan kontrollerle tanı alması ile kişi sağlıklı olma halini kaybeder ve hastalık durumları ortaya çıkar (Bolsoy ve Sevil, 2006; Çopurlar ve Kartal, 2015).

Çağımızın değişen ve gelişen teknoloji sistemleri ile bilgiye ulaşımın daha kolay hale gelmesiyle birlikte sağlık konusunda bireylerin doğru bilgiye ulaşması ve bunu kullanabilmesi kendi sağlıklarını sürdürmelerinde kilit noktadır. Bilgi düzeyi artmış bir topluma sahip olmak ise ülkelerin gelişmişliği adına son derece önemlidir. Kişilerin bedenlerindeki değişimleri takip edebilmeleri, gerekli durumlarda hangi sağlık kuruluşuna giderek yardım alabileceğinin farkında olmaları, verilen tedaviyi anlayabilmeleri ve kullanacağı ilaçlar hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Bu faktörlerin hepsine bakıldığında sağlık okuryazarlığı kavramı karşımıza çıkmaktadır (Aktaş, 2018; Gökoğlu, 2021; Yılmaz ve Tiraki, 2016).

Sağlık okuryazarlığı; terim olarak ilk kez Scott K. Simonds tarafından 1974 yılında "Health Education as Social Policy" adlı çalışmasında kullanmıştır (Simond, 1974). Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını; "sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi" olarak tanımlamıştır (DSÖ, 1998). Amerikan Tıp Derneği'nin tanımına göre ise; "bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi" şeklindedir (AMA, 1999). Ülkemize bakıldığında Sağlık Bakanlığı'nın tanımı; "bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve

koşullarında değişiklik yapabilmesinde gerekli bilgi, beceri ve kendine güven düzeyine ulaşması” şeklinde yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Gebelik dönemi; kadınlar açısından hem kendi hem de bebeklerinin sağlıkları için yakın tıbbi takip gerektiren bir süreç şeklinde yaşanmaktadır. Bu dönemin her an riskli duruma dönebilecek olması nedeniyle daha hassas olunması gerekliliği düşünülmektedir. Risk faktörlerinin yanı sıra ise tüm gebelik süreci, doğum anı ve doğumdan sonraki zamanı daha konforlu geçirmek adına kadınların daha bilinçli olması gerekmektedir. Bu nedenle kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenebilmesi ve bu düzeylerin artırılması için gerekliliklerin saptanması önemlidir (Bello ve diğerleri, 2022; Zibellini ve diğerleri, 2021).

Gebelik dönemi ve kadınlar üzerinde yapılan sağlık okuryazarlık düzeylerinin incelendiği birçok ulusal ve uluslararası çalışma görülmektedir. Taheri ve diğerlerinin (2021) Tahran’da gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini inceledikleri araştırmalarında gebelerin %48,9’unun sağlık okuryazarlık oranları sınırlı düzeyde olduklarını tespit etmişlerdir. Sajjadi ve diğerleri (2016) kırsal İran bölgesinde gebe kadınlarla yaptıkları araştırma sonucunda gebelerin %62’sinin sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olarak bulunmuştur. İran’da yapılan bir başka çalışma Abadi ve diğerleri (2017) tarafından yapılmış olup gebelerin %52’sinin yeterli okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu saptamışlardır. Nijerya’da ise Bello ve diğerleri (2022) gebelerin %41,6’sının yetersiz sağlık okuryazarlık oranlarına sahip olduğunu bulmuşlardır.

Ülkemizde, Akça ve diğerlerinin (2020) gebelerin sağlık algısı ve sağlık okuryazarlık düzeylerini inceledikleri çalışmalarında gebelerin yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları, eğitim ve gelir düzeyleri yüksek olan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Yazıcı Topçu (2019)’nun çalışmasında gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin %44’ünün yetersiz, %43,5’inin sorunlu-sınırlı ve %12,5’inin yeterli düzeyde olarak tespit etmiştir. Eser (2021) gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve akılcı ilaç kullanımı değerlendirmesi kapsamında yaptığı çalışma sonucunda gebelerin %41,2’sinin yetersiz, %39,8’inin sorunlu-sınırlı, %15,8’inin yeterli ve %3,2’sinin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlık oranları olduğunu saptamışlardır.

Kurt Durmuş ve Ören (2022) İstanbul’daki bir araştırma hastanesinde yaptıkları çalışmalarında gebelerin eğitim düzeyleri ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca gebelerin cinsellik, akılcı ilaç kullanımı ve zararlı davranışlar ile ilgili konularda bilgileri yetersiz olarak saptanmıştır. Filiz ve Bodur (2022)

gebe ve gebe olmayan kadınlarda sağlık algısı ve sağlık okuryazarlık ilişkisini inceledikleri çalışmada kadınların gebelik döneminde sağlık konusunda bilgi edinme ihtiyaı hissettikleri ve sağlık algılarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir

Kadınlarn sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması sorunsuz bir gebelik geçirmelerine ve sağlıklı bebeklerin doğmasına etki etmesi açısından önemli bir konudur. Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyleri gebelik döneminde kadınların sağlık davranışlarını da etkilemektedir. Lupatteli ve diğerleri (2014) 4999 gebenin katılımı ile yürüttükleri çalışmalarında düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip gebelerin ilaçları kullanma davranışlarında azalma, sigara kullanma gibi zararlı alışkanlıklara yatkınlık gibi durumlar tespit etmişlerdir. Duggan ve diğerleri (2014) İrlanda’da yaptıkları çalışmalarında gebelerin ilaç kullanmak istememe davranışları ile düşük sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır.

Gebelik dönemi kadınların; bilgiye daha açık ve öğrenmeye istekli olmaları, sağlık kuruluşları ve profesyonelleri ile etkileşimlerinin yüksek olması nedeniyle daha kolay ulaşılabilecek zamanlardır. Bu nedenle bu çalışma ile elde edilen veriler ışığında belli bir bölgede araştırılmış olsa dahi ulaşılan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. ıkan sonuçlardan alandaki ebelerin faydalanabileceği, gebelik esnasında ulaşılabilen her kadına uygulanabilecek gerekli eğitimin verilebilmesinin önemi açısından bir rehberlik edebileceği dşnlmektedir. Ayrıca elde edilen sonuçların ulusal ve uluslararası bilimsel bilgi birikimine katkı sağlaması da beklenmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

- Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri nasıldır?
- Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilişkili faktörler nelerdir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık okuryazarlığını anlayıp değerlendirebilmek için öncelikle “sağlık” kavramının ne olduğunu bilmek gerekir. Sözlük anlamıyla sağlık kelimesinin Türkçe karşılığının “sıhhat, esenlik” olduğu görülmektedir. Köken olarak bakıldığı zaman ise “sağaltım, sağ” kelimelerinden yola çıkarak ortak kullanımda sağlık şeklinde günlük konuşma dilinde kullanılmaktadır. Geçmişten günümüze her toplum sağlık kavramı için birçok tanım yapmaya çalışmıştır. Ancak bireyin yaşamında çok temel bir noktada olan sağlık çok boyutlu olarak ele alınması gereken ve çok fazla bileşenin oluşturduğu bir kavram olması sebebiyle tek bir yönüyle ele alınarak yapılan açıklamalar yeterli olmamaktadır (Sargutan, 2005).

Sağlık kavramı bireysel ve nesnel olarak değerlendirilmesi gereken bir olgudur. Bireysel açıdan bakıldığı zaman kişi kendisini sağlıklı hissetmesine rağmen sağlıklı olmayabilir veya kişi kendisini iyi hissedebilir ancak tıbbi olarak iyi değildir. Nesnel açıdan değerlendirildiği zaman ise bir hekim tarafından muayene edilerek, gerekli tanı ve tetkiklerinin yapılması sonucu tıbbi yönden olumsuz durumların varlığı ya da yokluğu durumudur. İki durumun da değerlendirilmesi ile kişi kendisini sağlıklı görüyorsa ve tıbbi açıdan değerlendirilmesi ile de iyilik haline yönelik tanı konulabiliyorsa sağlıklı kabul edilir (Bolsoy ve Sevil, 2006).

Tarihsel süreç boyunca sağlığın çeşitli tanımları olduğu bilinmekle birlikte; toplumlarda kabul gören ve yaygın olarak bilinen tanım ile sağlık; hastalık ve sakatlık durumunun olmayışıdır. Bu tanım nedeniyle dikkatleri hastalık kavramı çekmektedir. Bireylerin sağlık durumu hastalık durumları ile belirlenmiş ve sağlık durumlarında herhangi bir bozukluk veya sakatlıkları olmayan kişiler sağlıklı kabul edilmiştir. Fakat bu bakış açısı ile yapılan sağlık tanımı, sağlığı tek bir boyutuyla ele aldığından oldukça sınırlıdır. Kriter olarak değerlendirilen hastalık kavramı bireysel, toplumsal ve kültürel özellikler olarak değerlendirilmesi gereken bir olgudur. Her toplumda dönem dönem görülen ve yaygınlaşan hastalık durumları farklılık gösterebilmekte dolayısıyla hastalık kavramı algısı da değişebilmektedir. Örneğin 2019 yılında ilk olarak görülen Coronavirüs (Covid-19) hastalığı

tüm dünyayı etkilemiş bu sebeple Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edilmiştir. Öte yandan Türkiye’de 6 Şubat 2023 tarihinde yaşanan 7,7 ve 7,6 şiddetli depremler sonucunda büyük yıkımlar meydana gelmesi sonucu yaşanan can kayıpları ve hasarlar nedeniyle bölgede bazı salgın durumları ve hastalıklar ortaya çıkmıştır. Akbıyık ve diğerlerinin (2023) yaptığı araştırmada, deprem sonrası enfeksiyon hastalıklarında anlamlı artış gözlenmiştir. Verilen örneklerden de anlaşılacağı üzere sağlık kavramının sadece hastalık durumları ile tanımlanabilecek bir olgu olmadığı görülmektedir (Akbıyık ve diğerleri, 2023; Akdur ve diğerleri, 1998; Gürsoy ve Ercan, 2023; Öztürk ve Kıracı, 2020).

Sağlık tanımlamalarında hastalık kavramının yer alması, iki kavram arasında yaşanan karmaşa ve ortak bir tanımlama olmaması gibi sebeplerle bu kavramın tanımlanması ihtiyacı doğmuştur. Dünya genelinde amacı halk sağlığını, güveni ve barışı sağlamak-sürdürmek olan DSÖ tarafından yapılan tanım ile sağlık; hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bireyin zihinsel, fiziksel ve sosyal olarak tam bir iyi olma durumu olarak ifade edilmektedir. Bu tanım, 19-22 Haziran 1946 tarihinde yapılan Uluslararası Sağlık Konferansı’nda kabul edilmiş, 1948 yılında DSÖ’nün Anayasası’nın önsözünde yer almıştır (Demir, 2020; DSÖ, 1948; Ekizer, 2020; Hamzaoğlu, 2010). Bu tanım sağlığın ele alınan en geniş kapsamlı açıklaması olarak düşünülse de bu kavramı etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Bireysel, çevresel, toplumsal ve kültürel etmenler sağlığın ilk etkileyicileridir. Kişi sosyal bir varlık olarak toplumda yer alması sebebiyle insanlarla ilişkileri, sağlığını etkin sürdürme çabasını etkilemektedir. Kronik hastalıkların varlığı, ileri yaş durumları veya toplumsal yaşanan olaylardan etkilenerek kısa vadede değişen sağlık durumları DSÖ’ nün açıklamasındaki sağlıklı olma şartının tam iyilik haline ulaşma faktörünü kısıtlamaktadır. Bu kriterler de dikkate alınarak sağlık kavramı daha geniş kapsamda değerlendirilmeli ve yalnızca fiziksel bir olgu olmadığı kabul edilmelidir (Ekizer, 2020; Öztürk ve Kıracı, 2020; Yıldırım ve Bulut, 2023).

## **2.2. Okuryazarlık Kavramı ve Tanımı**

Okuryazarlık kavramına genel olarak bakıldığında okuma, yazma ve hesap yapma becerisi olarak tanımlanmaktadır. Toplumsal ilerleme, bilimsel gelişmeleri takip etme, sosyal kalkınmaya uyum sağlama açısından okuryazarlık son derece önemli bir olgudur. 21. yüzyıl (yy.) tüm dünyada akıl, bilim ve teknoloji çağı olarak bilinmekte dolayısıyla da bu döneme

toplumdaki her bireyin tam adaptasyonunun sağlanması için herkesin etkin bir okuryazar olması gerekmektedir (Gökoğlu, 2021; Önal, 2010; Sur, 2022).

Okuryazar kelimesini Türk Dil Kurumu, okuması-yazması olan kişi; okuryazarlığı ise okuryazar olma durumudur. (TDK, 2023). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Okuryazarlık Yasası'nda okuryazarlık; kişilerin kendi dillerinde okuma, yazma, konuşma yeteneği, potansiyelini artırmak amacıyla toplumda ve iş hayatında işlevsel olabilmesi için yeterli düzeyde hesap yapma ve problemleri çözümlenebilir becerisi olarak tanımlamaktadır (Public Law, 1991). United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO]'nun tanımına bakıldığında ise bu kavram sadece okuma, anlama becerisi olarak değil elde edilen kaynaklardan bilgileri derleyerek bir araya getirebilme ve yorumlayabilme yeteneği olarak ifade edilmektedir. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, sadece okuryazarlık kavramını tanımlamakla kalmamış, bu olgunun tüm dünyada gelişmesi, toplumdaki bireylerin eğitim seviyelerini artırmaları ve iyi birer okuryazar olabilmeleri adına 1946 yılından itibaren de çalışmalar yapmaktadır. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization' nun, okuryazarlığın gelişmesi adına 2030 yılındaki hedeflerine bakıldığında tüm dünyadaki temel okuryazarlık becerisi olmayan kişilerin (göçmenler, yerli halk, eğitim göremeyen gençler) öğrenme ihtiyaçlarına eğildiği görülmektedir (UNESCO, 2023).

Gün geçtikçe meydana gelen gelişmelerle birlikte tanımı değişen okuryazarlık kavramı zamanla okuryazarlık terimi olarak da kullanılmaya başlanmıştır. Anlama, okuma olarak basit tanımı ile bilenen okuryazarlık kavramının elde ettiği bilgileri sentezleyebilme yeteneği olan okuryazarlık terimi ile sık sık yer değiştirerek medya okuryazarlığı, finans okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı şeklinde olmak üzere birçok alanda karşımıza çıkmaktadır. Bu noktada dikkat çekilmesi gereken en önemli alanlardan biri sağlık okuryazarlığıdır. Toplumsal gelişimin ve ilerlemenin sağlanabilmesi adına her bireyin kendi sağlık durumunu takip edebilmesi, yaşanabilecek sağlık sorunları konusunda bilinçlenmesi yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülebilirliği açısından son derece önemlidir (Gökoğlu, 2021; Üstgörül, 2022).

### 2.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Tanımı

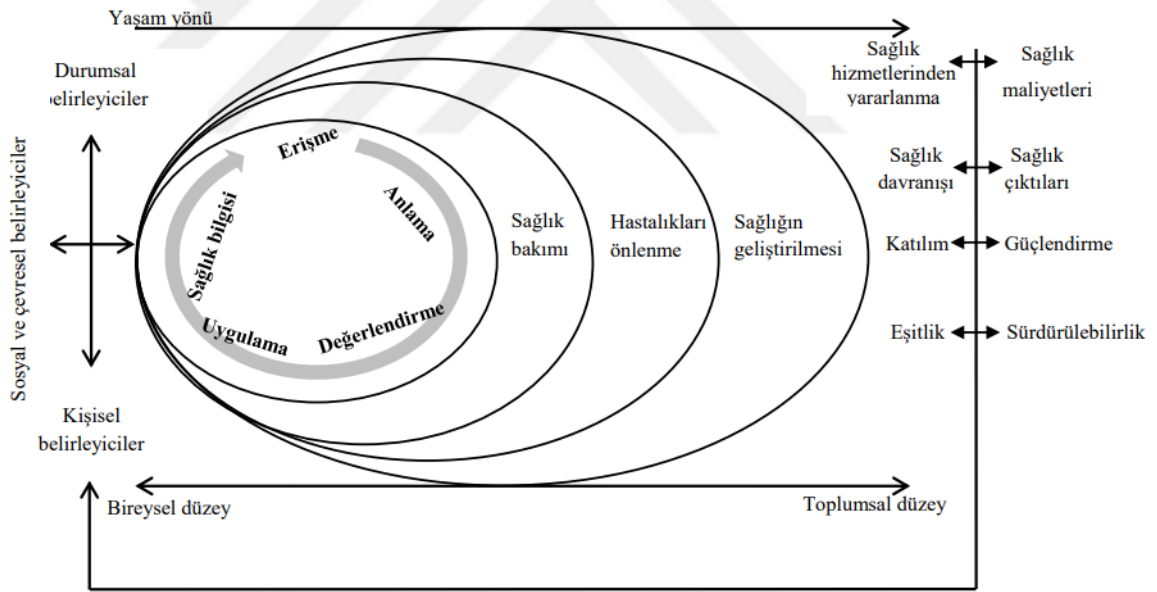
Sağlık okuryazarlığı; kişinin sağlığını iyileştirmek ve bu iyilik halinin devamlılığını sağlamak için gerekli bilgilere ulaşma, erişilen bilgilerin yorumlanıp, uygulanabilmesini ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığı, kişilerin hayatlarındaki özbakımlarını etkileyen en önemli unsurlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyanın belirli bölgelerinde sağlığa ulaşmadaki yetersizliklerin doğrudan hizmet almaya erişimi engellediği göz önünde bulundurulduğunda, kişinin kendi sağlığıyla ilgili farklı ve doğru kaynaklardan bilgi edinmesi ile bunu sentezleyebilmesinin kendi iyilik halini sürdürebilmesine katkıda bulunmasında etkili olması nedeniyle sağlık okuryazarlığı kavramının önemi artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin de yükselmesiyle birlikte, bireylerin kendi sağlık düzeylerinin bilincinde olmaları, koruyucu ve tedavi edici hizmetlere ulaşım yollarını bilmeleri sağlık alanındaki toplumsal gelişim daha hızlı gerçekleşecektir (Khatiwada ve diğerleri, 2022; Meldgaard ve diğerleri, 2022; Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019).

Sağlık okuryazarlığı, kavram olarak ilk kez Scott K. Simond tarafından kullanılmıştır. Scott K. Simond; 1974 yılında yayımlanan “Health Education as Social Policy” isimli makalesinde sağlık okuryazarlığını; “her öğrenim seviyesinde asgari şartları sağlayan sağlık eğitimi” olarak tanımlamıştır (Franco ve diğerleri, 2023; Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019; Simond, 1974). Dünya Sağlık Örgütü ise sağlık okuryazarlığını; “sağlığın korunması ve devamının sağlanması için kişinin sağlıklı olmak ve bu sağlıklı halinin devamının sürdürülmesi adına sağlıklı bilgilere erişme, anlama ve kullanma yeteneği” olarak ifade etmiştir (WHO, 1998). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu’na (HLS-EU) göre; yaşam boyunca kaliteli bir hayat sürdürülmesi, sağlık hizmetleri kapsamında gerekli kararların alınabilmesi için kişilerin bilgilere ulaşması, anlaması ve değerlendirme konusundaki istek ve yeterlilikleridir.” şeklinde tanımlanmıştır (Sorensen ve diğerleri, 2015). Amerika Tıp Enstitüsü, “Health Literacy: A Prescription to End Confusion (2004) isimli raporunda sağlık okuryazarlığın tanımı için Parker ve Ratzan’ın “Healthy People 2010” projelerindeki ifadeyi kullanmışlardır. Bu ifadeye göre sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlığı için doğru kararı verebilmesi için sağlıkla ilgili bilgileri anlayabilme, yorumlayabilme düzeyidir (IOM, 2004). The European Health Literacy Survey (HLS-EU) Consortium (2012) sağlık okuryazarlık kavramını; insanların sağlıklı karar verebilmeleri için bilgi ve hizmetlere erişmesi, anlaması ve değerlendirilmesi amacıyla kişisel

yeterlilik ve kaynakların kullanılabilirliği durumu olarak anlatmıştır (Ratzan ve Parker, 2010; Sorensen ve diğerleri, 2012).

Sağlık okuryazarlığı ulusal halk sağlığında önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Birliği Ofisi tarafından yayınlanan “Health 2020 European policy framework and strategy for the 21th century” için temel unsurlardan biri olarak sağlık okuryazarlığını kabul etmiştir (Meldgraad ve diğerleri, 2022). Sağlık okuryazarlığının gelişmesi için en önemli unsurların başında kişisel anlayabilme düzeyi gelmektedir. Bireysel algılama kapasitesi doğuştan gelen faktörlere bağlı olsa dahi eğitimle, dil ve sağlık sisteminin desteği ile artırılabilir (IOM, 2004).

Şekil 1’de HLS-EU’nun oluşturduğu kavramsal sağlık okuryazarlık modeline yer verilmiştir (Sorensen ve diğerleri, 2015).



**Şekil 1.** Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Kaynak: Sorensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European journal of public health*, 25(6), 1053-1058.

## 2.4. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığı, kişiden kişiye değişen yetenekler dizisi olması sebebiyle sınıflandırılarak ele alınmaktadır. Nutbaem, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesindeki en kilit rolün eğitim olduğunu vurgulamakta, toplumdaki her bir bireye eğitim verilerek sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerdeki bilinç düzeyinin artacağını düşünerek, toplumun bu

konuda teşvik edilmesi gerekliliğini savunmaktadır. Nutbeam, verilmesi gereken eğitimin toplumdaki her yaş grubu özelinde farklılaştırılarak verilecek bir çalışma ile daha etkin olacağına inanmış ve bu nedenle sağlık okuryazarlık kavramını sınıflandırmıştır (Meldgraad, 2022; Nutbeam, 2000).

- **Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı:** Bu sınıflandırma kapsamında; sağlık okuryazarlığının ilk düzey grubu fonksiyonel grup olarak kabul edilmektedir. Kişilerin sağlık bilgilerini temel düzeyde okuma-anlama yeteneğini kazanması hedeflenmektedir (Chinn, 2011; Nutbeam, 2000). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı grubunda hitap edilen kişiler için eğitim verilebilmesi adına materyallerin hazırlanması amaçlanmıştır. Bu sayede bireysel yarar sağlanarak kişilerin bilgi düzeyleri sağlık risklerini algılayabilme boyutunca artış gösterebilecektir (Nutbeam, 2000).
- **İnteraktif/ Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı:** Bireylerin temel düzeyde sağlık okuryazarlık bilgisine sahip ve anlama yeteneği var olduğu kabul edilen gruptur (Inoue ve diğerleri, 2013; Nutbeam, 2000). İnteraktif sağlık okuryazarlığında; bireylerin sağlık bakım hizmeti verenler ile iletişimde olması beklenmektedir. Öğrendikleri bilgiler doğrultusunda sağlıklarını koruyucu davranışlarda bulunmaktadırlar. Bu kapsam dahilinde spor yapmak, beslenmelerini düzenlemek ve bireysel ihtiyaçları doğrultusunda kararlar verebildikleri bilinmektedir (Kickbusch, 2004; Nutbeam, 2000).
- **Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı:** Bireylerin eğitim seviyelerinin daha yüksek kabul edildiği sınıflandırma grubudur. Ayrıca ileri seviyede eleştiri becerisi, algılama, sosyal yeteneklere de sahip olarak kabul edilmektedirler (Nutbeam, 2000). Eleştirel sağlık okuryazarlığında; bireylerin sağlıkla ilgili bilgilerin hayatın temel odak noktası olduğu bilince oldukları bilinmektedir. Elde ettikleri verileri doğru analiz edebilme, yorum yapabilme ve bu doğrultudaki politikaları anlayabilmektedirler. Sonuç olarak ise, bireysel olarak artan sağlık okuryazarlık sayesinde toplumsal düzeyde de yükselme gözlenecektir (Betz ve diğerleri, 2008; Nutbeam, 2000; Sykes ve diğerleri, 2013).

## 2.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Günümüzdeki sağlık sistemlerinde toplumdaki her bireyden kendi sağlık düzeyini bilmesi, sağlıkla ilgili güncel ve doğru verileri takip edebilmeleri, iyi birer okuryazar olmaları beklenmektedir. Bu kapsamda bireysel boyutta etkilenilen birçok faktör olmasının yanı sıra sağlık dünyasında hızla gelişen teknoloji, tanıların karmaşık olması, sağlık çalışanları ile etkili

iletişimde bulunamamaktan kaynaklı sorunlar yaşanabilmektedir. Bu etkenlerin ortadan kaldırılması, toplumsal boyutta gelişme açısından son derece önem taşımaktadır (Fertman ve Allensworth, 2012; Gözli, 2020).

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri; eğitim ve sağlık sistemleri ile toplum ve kültürel anlamda etkileşimi de içeren kompleks konudur. Bireyleri etkileyen faktörlere genel olarak bakıldığında; sosyodemografik (yaş, cinsiyet, ırk, medeni hal, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzeyi vb.) özellikler, kültürel ve psikososyal etmenler, sağlığı algılayış düzeyleri, okuryazarlık seviyeleri, geçirilen hastalıklardan edinilen deneyimler ve sağlık sistemlerine ilişkin konuların yer aldığı görülmektedir. (Bilir, 2014; Gözli, 2020; Zibellini ve diğerleri, 2021). Örneğin Paasche-Orlow ve Wolf (2007) tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlık modelinde sıralanan faktörler; sosyal etmenler (gelir seviyesi, kültür düzeyi vb.), yaş, eğitim, ırk gibi sosyodemografik etmenler, fiziksel ve bilişsel etmenler olarak belirtilmiştir.

Khawaja ve diğerleri tarafından 2022 yılında yapılan bir çalışmada da görüldüğü gibi diyabeti olan kişilerin %26-80'i, kardiyovasküler hastalığı olanların %51-83'ü, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanların ise %74-79'unda yetersiz sağlık okuryazarlığı saptanmıştır. Özellikle grup olarak değerlendirilmesi gereken bu bireylerin toplumda saptanması ve eğitimler verilerek sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması gerekmektedir (Khawaja ve diğerleri, 2022).

Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmada en önemli belirleyici dildir. Sağlık çalışanları ile konuşabilme ve onlar tarafından verilecek sağlık eğitimlerini algılayabilmek için dil ile ilgili sorunların olmaması gerekmektedir. Al Shamsi ve diğerleri (2020) tarafından yapılan sistematik derlemede de görüldüğü gibi sağlık hizmetlerine ulaşım, alınan hizmetin kalitesi ve hasta güvenliği açısından dil engeli sağlık hizmetlerinde aşılması gereken öncelikli hedefler arasına konulması gerekmektedir (Al Shamsi ve diğerleri, 2020). Günümüzde yaşanan küresel sorunlardan kaynaklı birçok insanın göç etmek zorunda kalması nedeniyle de dil sorunu farklı bir perspektiften tekrar sağlık hizmetleri sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Kostareva ve diğerleri (2022) yaptığı bir araştırmada ABD'deki eski Sovyet Birliği'nden göç eden kişilerin dil problemi yüzünden yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduklarını ortaya koymuşlardır (Kostareva ve diğerleri, 2022).

Sağlık okuryazarlığının bireysel ve toplumsal olarak gelişmesi için, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri belirlenmesi ve belirlenen faktörlere yönelik geliştirici adımlar atılması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından Sağlıklı İnsan (2020)'de her ülkenin sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler incelenerek düşük düzeyli gruplar belirlenmelidir. Böylece hedefe yönelik olarak eğitimler verilmeli, uygun politikalar oluşturulması ve toplumun gelişmesi amaçlanmalıdır (DSÖ, 2012).

## **2.6. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi ve Kullanılan Ölçekler**

Sağlığın belirleyicisi, toplumdaki bireylerin sağlık davranışlarını iyileştirmeye yönelik kilit nokta bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleridir. Yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı geleceği tehdit eden bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının ölçülmesi ve ölçüm araçlarının geliştirilmesi bir zorunluluktur. 2004 yılında Tıp Enstitüsü Sağlık Okuryazarlığı raporunda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için yeni ölçeklere ihtiyaç olduğunu ifade etmiştir. Yapılan bu açıklamadan sonra sağlık okuryazarlığı ölçek çalışmalarında artışlar yaşansa da standart bir ölçek henüz geliştirilememiştir. Sağlık okuryazarlığının kapsamının çok geniş olması, tek bir tanımı olmaması ve birçok bireysel etmeden etkilenmesi bu konunun zorlayıcı yönlerindedir (Kaya ve Sivrikaya, 2019; Nielsen Bohlman ve diğerleri, 2004; Yılmaz ve Tiraki, 2016).

### **2.6.1. Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi (The Test of Functional Health Literacy in Adults)**

Hastaların sağlıkla ilgili materyalleri okuma-anlama yeteneğini ölçmek için 1995 yılında Parker ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir. Test iki bölümden oluşmaktadır. Okuduğunu anlama bölümü 50 madde, sayısal bölüm 17 madde içermektedir. Testin Türkçe uyarlaması 2014 yılında Üçpunar tarafından yapılmıştır. Testin görülen dezavantajı ise kişilerin okudukları bilgileri değerlendirememeleri olarak düşünülmektedir (Mancuso, 2009; Parker ve diğerleri, 1995; Üçpunar, 2014).

### **2.6.2. En Yeni Hayati İşaret Testi (The Newest Vital Sign)**

Weiss ve diğerleri tarafından 2005 yılında geliştirilmiş ve ilk okuryazarlık testidir. Test yapılan kişilerin verilen bir besin etiketini okuma-anlama ve uygulama becerisini değerlendirir. Hızlı sonuç vermesi ile sağlık bakımı veren kişilerin kullanımına uygun bir testtir. Toplamda 6 soru bulunmaktadır. Sonucunda 4 puan ve daha altında alınması sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyini göstermektedir. 2010 yılında Özdemir ve diğerleri ölçeği Türkçe'ye uyarlamışlardır (Özdemir ve diğerleri, 2010; Weiss ve diğerleri, 2005).

### **2.6.3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)**

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. 32 madde içermektedir. Özellikle olarak sağlık bakımı ve hastalıkları önleme-geliştirme alanlarını ölçmeye yarar sağlamaktadır. Ölçek değerlendirmesinde alınan puan 0-25 aralığında ise yetersiz, >25-33 puan aralığında ise sorunlu-sınırlı, >33-42 puan aralığında ise yeterli ve >42-50 aralığında ise kişinin sağlık okuryazarlığı mükemmel düzeydedir. Ölçeği 2016 yılında Okyay ve diğerleri Türkçe'ye uyarlayıp geliştirmişlerdir (Okyay ve diğerleri, 2016; Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019).

### **2.6.4. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (The Rapid of Adult Literacy in Medicine)**

Hastaların kelimeleri okuma seviyelerini hızlı ölçen ve bu sayede hekimlere hastaları daha kolay değerlendirebilmelerini sağlayan bir ölçektir. Uygulama süresi 3-5 dakika süren testte hastalara 66 kelime verilmektedir. 3 ayrı listeden oluşan bu kelimeleri grupları hastalara okutularak telaffuzları ölçülmektedir. Bu ölçek anlam üzerine yoğunlaşmamıştır. Verilen kelimelerin 61 ile 66'sı doğru okunursa yeterli düzeyde, 45-60 tanesi doğru okunursa sınırlı, 0-44 kelime doğru okunursa düşük sağlık okuryazarlık düzeyi şeklinde kişiler sınırlandırılmaktadır. Tıpta yetişkin okuryazarlığının hızlı tahmini ölçeği Özdemir ve diğerleri tarafından 2010 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (Davis ve diğerleri, 1991; Mancuso, 2009; Özdemir ve diğerleri, 2010).

### 2.6.5. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (e-SOY) (E-Heals: The E-health Literacy Scale)

Norman ve Skinner tarafından 2006 yılında kişilerin sağlıkla ilgili problemlerinde internet üzerinden doğru bilgileri arama, bulma ve değerlendirme konusundaki yeteneklerinin değerlendirildiği bir ölçektir. 5'li likert içeren 8 maddeyi kapsamaktadır. Alınan puanın yüksekliği ile sağlık okuryazarlık düzeyi belirlenmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasını Coşkun ve Bebiş 2015 yılında yapmışlardır (Coşkun ve Bebiş, 2015; Norman ve Skinner, 2006).

### 2.7. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974 yılında kullanılsa da önem kazanması 1990'lı yıllara denk gelmektedir. Daha sonra yapılan çalışmalarla desteklenmiş ve 2000'li yıllardan itibaren de gelişmesi ciddi bir ivme kazanmıştır. Günümüz dünyasında ise sağlık okuryazarlığı kavramı toplumdaki her bireye sorumluluklar yüklemektedir. Örneğin; kronik hastalıklara sahip bireylerde sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması sağlıklı yaşam sürdürebilmeleri adına son derece önemli ve önceliklidir. Gelişen ve değişen sağlık sistemlerindeki teknolojiler, toplumların artan yaş oranlarına bağlı yaşlı nüfusun artması ve kronik hastalıkların yaygınlaşması, küresel boyutta yaşanan sorunlar (savaş, sel, yangın, deprem, göç) da yüklenen bu sorumluluğun nedeni olmaktadır (Gökoğlu, 2021; Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2019; Yılmaz ve Tiraki, 2016).

Kanj ve Mitic tarafından yapılan 2009 yılındaki çalışma ile sağlık okuryazarlığının önemi altı başlıkta ele alınmıştır. Bunlara bakıldığında;

- Etkilendiği birey sayısının fazlalığı,
- Kötü sağlık sonuçları,
- Kronik hastalıkların sayılarının artması,
- Sağlık giderleri,
- Sağlık bilgisine yönelik istekler,
- Eşitlik.

Toplumların sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olması ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin ilk aşamada koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanması beklenmektedir. Hastalık durumlarında ise

hangi kurum ve doktora başvuracağını bilmeleri, uygulanacak tedaviyi anlamaları, verilen ilaçları kullanabilmeleri, sağlık bakımı verenler tarafından anlatılan bilgilerin anlaşılması ve gerekliliği durumunda eksik yerlerin sorulması böylece uygun tedaviyi sürdürmeleri istenmektedir. Bireylerin sadece sağlık bakım hizmeti verenlerden değil sosyal medya, arkadaş ve aile ortamlarından edindikleri bilgilerin de güvenilirliklerini kontrol etmeleri, eleştirel birer okuryazar olmaları beklenmektedir. Bireyde sağlık okuryazarlığının düzeyinin düşüklüğü toplumsal alana yansımaktadır. Kişilerin sağlıklarını nasıl koruyacaklarına dair bilgi sahibi olmamaları hastaneye yatışların artması ile sonuçlanabilen bir durumdur. Bu bağlamda teşhis amacıyla yapılacak tetkik ve tedaviler ile hastanede kalış süresinin uzaması ciddi bir maliyet ve iş yükünü de beraberinde getirmektedir. Eichler ve diğerleri (2009) tarafından yapılan bir sistematik derlemede düşük sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlık maliyetlerinde %3-5 oranında artışa neden olduğu görülmektedir. 2011 yılında yapılan farklı bir çalışmada ise düşük sağlık okuryazarlık düzeylerinin hastaneye yatışlarda, acile başvuran sayısında artışa, daha az mamografi taramasına, daha az grip aşısı olunmasına ve yaşlılar arasında artan hastalıklar ile mortalite oranlarının artmasına zemin hazırladığı belirtilmektedir (Berkman ve diğerleri, 2011).

Sağlık okuryazarlığının gelişmesinin toplumsal ve bireysel olarak önemi göz ardı edilmemesi gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Gözlü, 2020).

## **2.8. Dünyada ve Ülkemizde Sağlık Okuryazarlığı**

Sağlık okuryazarlığı bireysel faktörlere bağlı olarak etkilense de ülkelerin genel sağlık okuryazarlık düzeylerine bakıldığında gelişmişlik durumları önemsenmeden düşük düzeyler ölçülmüştür. Dünyada en gelişmiş ülkelerden biri kabul edilen Amerika Birleşik Devletleri'nde 2006 yılında kapsamlı bir çalışmada yetişkin nüfusun %3'ünün sağlık okuryazarlığı orta düzeyde, %36'sı yetersiz, %22'si temel düzeyde şeklinde gruplandırılmıştır (Kutner ve diğerleri, 2006).

“Avrupa’da Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının Kapsamlı Sonuçları” isimli (2011) Yunanistan, İrlanda, İspanya, Avusturya, Almanya, Hollanda, Polonya ve Bulgaristan’ın dahil edilerek yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında ülkeler yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi şeklinde değerlendirilmiştir. Katılımcılardan %12’si yetersiz, %47’si ise yetersiz-sorunlu düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bulunmuştur.

Yetersiz-sorunlu grupta Hollanda'daki katılımcıların %29'u, Bulgaristan'daki katılımcıların %67'si bulunmaktadır. İrlanda'daki katılımcıların %60'ı, Hollanda'daki katılımcıların ise %72'si yeterli düzeyde ve çok iyi puanlar alındığı görülmüştür (Sorensen ve diğerleri, 2015).

Anderson ve diğerleri (2021) ABD'de azınlık gruplar, göçmenler ve mültecileri içeren bir grubun sağlık okuryazarlık düzeylerini araştırmışlardır. Sonuç olarak kişilerin %15,4'ünün sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduklarını belirlemişlerdir.

Khawwaja ve diğerleri (2022) Güney Asya (Bangladeş, Nepal, Hindistan, Pakistan) ülkelerindeki bulaşıcı hastalığı olmayan kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında çoğunluğu Pakistan'da olan kişilere ulaşmışlardır. Sonuç olarak Güney Asya'daki diyabeti olan kişilerin %26-80,8'inin yetersiz, %9-74'ünün yeterli sağlık okuryazarlık düzeyleri olduğunu tespit etmişlerdir.

Tefera ve diğerleri (2020) Etiyopya'daki tip 2 diyabet hastası 400 kişinin sağlık okuryazarlık düzeylerini araştırmışlardır. Katılanların %56,5'inin yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığa sahip olduğunu saptamışlardır.

En son yaşanan küresel salgın olan Covid-19 pandemisi sonrası Seng ve diğerleri (2023) kişilerin pandemi sağlık okuryazarlık düzeylerini incelemişlerdir. Sonuç optimalin altında bulunmuş olsa da katılımcıların eğitim düzeyi, ileri yaş ve cinsiyet faktörleri (kadınların erkeklerden daha yüksek oranda) sağlık okuryazarlığa sahip olduklarını tespit etmişlerdir.

Kayalkar ve diğerleri (2024) Amravati'deki ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerini incelemişlerdir. Bu kırsal bölgedeki ergenlerin %18,3'ü yetersiz, %43,5'i sorunlu, %34,4'ü yeterli ve %3,8'i mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Ergenlerin sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin; yaş, cinsiyet, eğitim durumları ve edindikleri bilgileri aileden, okuldan veya internetten edinme durumlarının olduğu saptanmıştır.

Türkiye'de sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeklerden biri olan Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılarak yapılan bir çalışma ile toplumun %30,9'u yetersiz, %38'i sorunlu-sınırlı, 23,4'ü yeterli, %7,7'si mükemmel düzeyde ölçülmüştür. Bu çalışma ile toplumun geneline bakıldığında on kişiden yedisinin sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz veya sınırlı olduğu görülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Araştırma kapsamlı incelendiğinde;

- Sağlık okuryazarlık oranlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip kadınların oranı %35,3 iken erkeklerde bu oranın %26,4'lere gerilediği izlenmiştir.
- Özellikle yaşlı nüfusun sağlık okuryazarlık düzeyi daha düşük bulunmuştur. 18-24 yaş aralığında yetersiz sağlık okuryazarlık sıklığı %14 olarak, 65 yaş ve üzeri gruplarda ise bu sıklık %65,5 olarak ölçülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planlama hedefleri arasında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini de eklemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması çalışması ile yetişkin nüfusun sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla 5 ili kapsayacak geniş çaplı bir araştırma yapılmıştır. Toplumun %24,'i yetersiz, %40,1'i sorunlu, %27,8'i yeterli ve %7,6'sı mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlık oranları tespit edilmiştir (Durusu Tanrıöver ve diğerleri, 2014).

Yiğitalp ve diğerleri (2021) Türkiye'deki farklı etnik grupların sağlık okuryazarlık düzeyleri incelemiştir. Mardin ilinde 18-65 yaş grubu arasında yapılan bu çalışmaya Türk, Arap, Kürt ve Süryani olarak dört etnik grup dahil edilmiştir. Toplam 600 kişi ile yapılan bu çalışmada katılımcıların %80,7'sinin sağlık okuryazarlık oranı nispeten düşük bulunmuştur. Etnik gruplar arasında bakıldığında ise sağlık okuryazarlık düzeyi en yüksek grup Süryani kökenliler, en düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip grup Kürt kökenliler olarak bulunmuştur.

Biçer ve Malatyalı tarafından 2018 yılında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyleri incelenmiş ve öğrencilerin %62,8'inin yeterli ve mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyleri ölçülmüştür.

Özdemir ve diğerleri (2020) çalışmalarında acil servis yeşil alana başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerine bakmışlardır. 285 kişi ile yapılan bu çalışma sonucunda %57,9'unun sağlık okuryazarlık düzeyi kötü olarak değerlendirilmiştir.

## **2.9. Dünyada ve Ülkemizde Kadın Okuryazarlığı**

Dünya ülkelerinde 15 yaş ve üzeri kadınların okuryazarlık oranlarına bakıldığında;

- Afganistan (2022) %22,6
- Arnavutluk (2022) 98,2
- Azerbaycan (2019) %100
- Brezilya (2022) %95
- Çin (2020) %96
- Gürcistan (2020) %100
- Hindistan (2022) %69
- İran (2022) %85
- Madagaskar (2022) %76
- Fas (2022) %69' dur (UNESCO) (2023).

Ülkemizden Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK] tarafından 2021 yılında yayınlanan verilere bakıldığından kadınların okuryazarlık düzeylerinin erkeklerden daha düşük olduğu görülmüştür.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 verilerine bakıldığı zaman ülkemizde nüfusun %49,9'unun kadınların oluşturduğu görülmektedir. Ulusal Eğitim İstatistikleri veri sonuçları; 2008-2021 yılları arasında 25 yaş ve üzerindeki kadınların en az bir eğitim düzeyini tamamlama oranlarında artış gözlemlendiğini belirtmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerinde; 2008 yılında en az bir eğitim düzeyini tamamlayan kadın oranı %74,6 iken 2021 yılında bu oran %87,3'lere çıktığı görülmüştür. Yüksekokul, fakülte, yüksek lisans ve doktora mezunu 25 yaş ve üzeri kadınların oranı 2008 yılında 7,6 iken, 2021 yılında %20,9 olarak bildirilmiştir.

**Tablo 1.** TÜİK Cinsiyete Göre Seçilmiş Göstergeler

	(%)		
	Toplam	Erkek	Kadın
Okuryazar olmayan nüfus oranı (25+ yaş)	3,5	1,0	6,1
Yükseköğretim mezunu nüfus oranı (25+ yaş)	23,0	25,1	20,9
İstihdam oranı (15+ yaş)	45,2	62,8	28,0
İşgücüne katılma oranı (15+ yaş)	51,4	70,3	32,8
İşsizlik oranı (15+ yaş)	12,0	10,7	14,7

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2021). *İstatistiklerle Kadın*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Kadın-2020-37221> internet adresinden 10.11.2023 tarihinde erişildi.

Türkiye İstatistik Kurumu “100 Yılın Göstergeleri” adlı bir çalışma hazırlayarak 1923’ten günümüze kadar olan süreci istatistiksel olarak derlemiştir. Çalışmada 2022 yılı itibarıyla okuma-yazma bilmeyen 6 yaş üzeri kız çocuğu ve kadınların sayısının 1 milyon 546 bin 18 olduğu ortaya konmuştur (TÜİK, 2023).

Bardakçı ve Oğlak (2022) Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi ve Türkiye isimli araştırmalarında eğitimsel kazanımlar kategorisinde 156 ülke arasında Türkiye 101. sırada yer alarak son sıralarda bulunduğunu tespit etmişlerdir. Bunun nedeninin ise; eğitim harcamalarındaki payın küçüklüğü, çocuk evliliklerinin fazlalığı, kız çocuklarının okula gönderilmemesi ve küçük yaşlarda çalışma hayatına başlayan çocuklar olarak sıralamışlardır.

Filiz ve Bodur (2022) çalışmalarına katılan 133 gebe olmayan kadının %57,2’sinin öğrenim düzeyinin lise ve üzeri olduğunu tespit etmişlerdir.

## **2.10. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığın Etkileri**

Bireylerin sağlık okuryazarlık oranlarının düşük olması toplum sağlığı üzerinde etkili olan ciddi bir konudur. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden ne şekilde yararlanacaklarını bilemedikleri, kişisel bakımlarını sürdürmede isteksiz davranışlar sergiledikleri, reçete edilen ilaçların kullanımını anlayamadıkları ve sağlık çalışanlarına tekrar sormaya utandıkları görülmektedir (Raingrubar, 2014).

Kronik hastalığa sahip bireyler dünyada ve ülkemizde her geçen yıl sayıca artmaktadır. Diyabet, kalp rahatsızlıkları, kronik böbrek yetmezliği, hipertansiyon, astım, kas-iskelet sistemi hastalıkları bunlardan bazılarıdır. Bu hastalıklar tanı alındıktan sonra bir ömür hasta ile beraber olan tablolardır. Bu nedenle ilk olarak bu hastalar daha fazla hastaneye başvurmak, daha fazla ilaç kullanmak durumunda kalırlar. İkinci olarak ise tedavilerini doğru ve düzgün almaları, etkin bir şekilde de devam ettirmeleri beklenmektedir. Dengeli ve doğru şekilde yürütülmeyen sağlık durumları nedeniyle birçok komplikasyon gelişmesi olasılığı mevcuttur. Dünya geneline bakıldığında kronik hastalıklar yüzünden yaşanan ölümler yaralanma ve bulaşıcı hastalıklar nedeniyle yaşanan ölümlerden sonra en yüksek oranlara sahiptir. Tüm bunlara bakıldığından kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitelerini artırmak, sağlıklarını sürdürmelerini sağlamak ve gelişebilecek olumsuz durumları önlemek adına iyi birer sağlık okuryazarı olmaları sağlanmalıdır (Atalay ve Çakır, 2021; Yüce ve Muz, 2023). Farley (2020) tarafından yapılan çalışmada düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip kronik

hastalığı olan bireylerin tedavilerinin yönetimlerini çok iyi yapamadıkları sonucuna varılmıştır.

Dost ve Durmaz tarafından (2022) bir üniversitede hastanesinde yatan ve kronik hastalığı olan yaşlı bir grubun sağlık okuryazarlık düzeyleri ölçülmüştür. 125 kişi ile yapılan bu çalışma sonucunda %36'sının sorunlu/sınırlı düzeyde olduğu görülmüştür. Kişilerin eğitim düzeyleri, meslekleri, hangi branştan randevu alacaklarını bilememe, kendi kendine meme muayenesi yapmak gibi birkaç durumun sağlık okuryazarlık düzeylerini etkiledikleri görülmüştür.

Yetersiz seviyede sağlık okuryazarlık düzeylerinin artan ölüm oranlarına, özbakım eksikliklerine, uzun süreli hastaneye yatışlara etki ettiği bilinmektedir. Zheng ve diğerleri (2018) tarafından sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisinin incelemek için sistematik inceleme yapmışlardır. Düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin kötü sağlık durumu, yaşam kalitesinde azalma ve ölüm oranlarında artışlarda anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Zheng ve diğerleri, 2018).

Sağlık okuryazarlık oranlarının düşük olması kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışlarını etkilemektedir. Sağlık durumları bozulan bireyler ile hastanelerin acil servisine başvuran ve yatışı yapılan hasta sayılarında artış olduğu görülmektedir. Verilen tedavilerin anlaşılabilmesi, ilaçların kullanılmaması, tedaviyi düzgün alamamalarına sebep olmaktadır. Birbiriyle bağlantılı olarak ise toplumda kronik hastalığı olan kişilerin sayısında ve mortalite oranlarında artışlar görülmektedir. Birçok çalışma ile bu bulgular desteklenmektedir (Williamson ve Chopak-Foss, 2015).

## **2.11. Gebelik**

Gebelik; kadınların fertil olarak aktif oldukları zaman boyunca (ortalama 15-49 yaş arası) yaşayabilecekleri doğal bir süreçtir. Fizyolojik olarak incelenirse, erkek üreme hücresi spermin kadın üreme hücresi ovumu döllemesi ile başlayan yaklaşık olarak 40 hafta, 280 gün süren bir dönemdir. Toplamda üç trimesterden oluşmaktadır. Gebelik her ne kadar doğal bir süreç olarak tanımlansa da kadınlar birçok fizyolojik ve psikolojik değişim geçirmektedirler. Tüm bu değişimlere ek gelen ebeveyn olma durumu ile kadınlar koruyucu sağlık hizmetlerinden yaralanmaya daha da ihtiyaç duymaktadırlar (Ayran ve diğerleri, 2023; Gök ve diğerleri, 2022).

### 2.11.1. Gebeliğin Fizyolojik Etkileri

Gebelik döneminde doğum sırasında gelişebilecek risklerin minimalde olması için ve fetüsün gelişmesi-büyümesi amacıyla annenin bedeninde birtakım fizyolojik değişimler yaşanmaktadır. Doğumdan sonraki 6-8. hafta içinde sistemlerin eski düzenlerine dönmesi beklenmektedir (Kepley ve diğerleri, 2023; Soma-Pillay ve diğerleri, 2016; Yılmaz ve diğerleri, 2023).

Vücut sistemlerine bakıldığında;

- ✚ **Kardiyovasküler sistem:** Gebelik boyunca fetüsün gereksinimlerini karşılamak ve doğumda yaşanacak kan kaybının tolere edilmesi için gebelik döneminde kadının kan hacminde artış yaşanmaktadır. Gebeliğin 34. haftası kan hacminin en çok arttığı dönemdir. Kadın bedeninin toplam sıvısında 8,7 litre, plazma volümünde 1,2 litre artış gözlenmektedir. Ayrıca gelişen fetüsten, büyüyen uterustan, artan yağ dokusu, meme kitlesinden de kaynaklı olarak kadın bedeninde ortalama 12,5 kilo artış doğal olarak yaşanmaktadır.
- ✚ **Endokrin ve Metabolik Sistem:** Prolaktin salgılayan hücrelerde hipertrofi ve hiperplazi olmaktadır. İlk trimesterde parathormonun azaldığı görülürken daha sonraki dönemlerde arttığı bilinmektedir.
- ✚ **Solunum Sistemi:** Metabolizma hızındaki %15'lik artış ve oksijen tüketimindeki %20 artış oranı ile birlikte gebelikte oksijene ihtiyaç oranının arttığı bilinmektedir. Bu da dakikada %40-50 ventilasyon artışı anlamına gelmektedir.
- ✚ **Üriner Sistem:** Kadının günlük idrar hacminde %25 artış yaşandığı bilinmektedir. Özellikle sağ böbrekte olmak üzere iki böbreğinde %30 hacim artışı olduğu görülmüştür.
- ✚ **Gastrointestinal Sistem:** Gebelik dönemine özgü olarak gastrointestinal sistemde önemli değişiklikler yaşanmamaktadır. Daha önceden var olan sorunlarda artış görülebilmektedir. Ayrıca yaşanabilecek sorunlar progesteronun artışına bağlı olarak motilitenin azalması olarak görülmektedir. Yaşanan sorunlar; konstipasyon, kolestaz, bulantı, kusma, mide boşalma süresinin artması şeklinde sıralanabilmektedir.
- ✚ **Genital Sistem:** Uterus hacminde artış yaşanmaktadır. Serviksin yumuşadığı ve morumsu bir renk aldığı bilinmektedir. Gebelik dönemi boyunca overlerde ovülasyon gerçekleşmez. Vajende artan bir damarlaşma görülmektedir ve buna bağlı olarak daha mor olarak izlenmektedir.
- ✚ **Deri:** Deride yaşanan değişiklikler; hiperpigmentasyon, palmar eritem, striva gravidarum, kloazma gibi durumlardır.

✚ **Meme:** Meme hacminde artıştan kaynaklı daha dolgun olarak görülmektedir. Meme başı daha koyu bir renk almaktadır. İkinci trimesterde kolostrum üretimi başlamaktadır (Kepley ve diğerleri, 2023; Soma-Pillay ve diğerleri, 2016; Yılmaz ve diğerleri, 2023;).

### **2.11.2. Gebeliğin Psikolojik Etkileri**

Gebelik döneminde yaşanan fizyolojik değişimlerin çoğu insanlar tarafından fark edilebilen ve yardımcı olunan durumlardır. Ancak yaşanan bu süreçte kadının sosyal yaşamında ve psikolojik durumunda da değişiklikler yaşanmaktadır. Bedeninde yaşanan değişiklikler kadınlığında ve cinselliğinde de birtakım değişiklikleri beraberinde getirmektedir. Ayrıca kazandığı yeni kimlik ile toplumdaki konumu da değişiklik göstermektedir. Tüm bu süreçte kadında ani ruh değişiklikleri, anksiyete, kararsızlıklar, uyku hali, çabuk yorulma, ambivalan duygular gözlenebilmektedir. Bebeğini, doğumu ve doğum sonu dönemi düşünmek kadın için büyük bir stres faktörüdür. Yaşanılan bu yoğun duygularla baş etmek kadını gebelik döneminde savunmasız bırakabilmektedir. Tüm bu süreçte boyunca başta eş desteği olmak üzere yakın çevresinden sosyal destek sağlanmalıdır (Bjelica ve diğerleri, 2018; Yılmaz ve diğerleri, 2023).

### **2.12. Gebelikte Sağlık Okuryazarlığının Önemi**

Toplum sağlığını geliştirmenin ilk adımı sağlıklı aileler oluşturmaktır. Bu aileleri oluşturabilmenin kilit adımı ana-çocuk sağlığını korumak ve yükseltmektir. Bu bağlamda kadınlar kendi sağlık düzeyinin farkında olarak korumaya yönelik gereklilikleri yerine getirdiği takdirde bu farkındalık gebelik sürecine de etki edecektir. Bir bireyin hayata sağlıklı başlaması prenatal dönemden itibaren olan süreci kapsamaktadır. Prekonsepsiyonel dönemden itibaren olmak üzere ebeveyn adaylarının ilgili danışmanlıkları alması ve kendi sağlık düzeylerinin bilincinde olarak gebeliği planlamaları, prenatal dönemde gebenin önerilen şekilde izlemelerini yaptırması, bilinçli ve doğru sağlık uygulamalarında bulunması toplumun sağlıklı bireylerden oluşmasındaki en önemli faktörleri olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Bu bağlamda toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesindeki ana rollerden birini de kişilerin konu özelinde kadınların sağlık okuryazarlığı seviyesinin yüksek olması üstlenmektedir (Karamolahi ve diğerleri, 2021; Meldgaard ve diğerleri, 2022; Zibellini ve diğerleri, 2021).

Her ülkenin kendi takip sistemine göre, gebenin risk düzeyine uygun şekilde prenatal izlemleri yapılarak bebeğin gelişim uygunluğu veya varsa anomali durumu, kan tetkikleri ile anne adayında gelişebilecek sağlık riskleri saptanabilmektedir. Özellikle gebelik döneminin yakın takip edilmesi gereken, her an riskli tabloların yaşanabileceği bir süreç ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin ülkelerin gebelerine ulaşabilecekleri ilk adım olduğu düşünüldüğünde kadınların konuya yönelik bilinç ve bilgiyi değerlendirme düzeylerinin yüksek olması sağlık risklerini en aza indirebilmektedir (Bello ve diğerleri, 2022; Karamolahi ve diğerleri, 2021; Meldgaard ve diğerleri, 2022).

Ülkemizde gebelerin sağlık okuryazarlıkları hakkında yapılan çalışmalara bakıldığında, Filiz (2015) çalışmasında gebelerin %29'unun sağlık okuryazarlık düzeyini düşük olarak tespit etmiştir. Eser (2021) gebelerin akılcı ilaç kullanma durumlarını sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilişkini incelemiş ve %41,2'sinin yetersiz, %39,8'inin sorunlu-sınırlı, %15,8'inin yeterli ve %3,2'sinin mükemmel sağlık okuryazarlığa sahip olduğunu saptamıştır. Gök ve diğerleri (2022) gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve sağlık uygulamaları arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini %12,8'inin yetersiz, %28,4'ünün yeterli %24,0'ının sorunlu-sınırlı ve %34,8'inin mükemmel olarak tespit etmişlerdir.

Duggan ve diğerleri (2014) İrlanda'daki gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini araştırmışlardır ve çalışmalarına katılan gebelerin %85'inin sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğunu saptamışlardır. Phammachanh ve diğerleri (2021) Laos'daki iki ilde yaptıkları çalışmalarında gebelerin %80'inin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Schendel ve diğerleri (2017) gebelerle yaptıkları çalışmalarında ise %6,8'inin sınırlı, %93,2'sinin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı olduğunu ortaya koymuşlardır.

Kadınların gebelik süreçleri boyunca sağlıklarına yaklaşımlarında etkili olan faktörlerden biri de sağlık okuryazarlık düzeyleridir. Özellikle bu dönemde bakım almaya daha istekli oldukları görülen kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri hızlıca ölçülebilir. Amaç annelerin durumları hakkında bilgi sahibi olmak, kadınları eğitmek, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde bebek ile ilişkisi ve vereceği bakımla alakalı becerilerini artırmaktır. Düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip kadınların sağlık bakımı alma, gebelik ve doğum sonu dönemde sağlık davranışlarını etkilediği görülmüştür (Nawabi ve diğerleri, 2021). Bu

kapsamda yapılan çalışmalara bakıldığında; Kilfoyle ve diğerleri (2016) çalışmalarında sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip kadınların doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında verilen bilgileri anlamakta zorluk yaşadıklarını ve bu nedenle de sağlık davranışlarının etkilendiği görülmüştür. Kaufman ve diğerleri (2001) gebelerin emzirme süreleri ve sağlık okuryazarlık durumları ilişkisini inceledikleri çalışmalarında; düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip kadınların %23'ünün, yüksek okuryazarlık düzeyindeki kadınların ise %54'ünün bebeklerini 2 ay süresince emzirdikleri tespit etmiştir. Lupatelli ve diğerleri (2014) çalışmalarında düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip kadınların gebelik döneminde kullanması gereken ilaçları alma davranışlarında yetersizlik saptamışlardır. Toksoy (2019) çalışmasında gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile emzirme davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığını ortaya koymuştur.

Sağlık okuryazarlık düzeyleri yüksek olan gebelerle ilgili yapılan çalışmalar da görülmüştür ki kadınlar daha iyi davranışlar sergilemek için çabalamaktadır. Örneğin sigara kullanımı konusunda yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip kadınların daha bilinçli hareket ettikleri görülmüştür. Bir diğer çalışmada ise kadınların doğum öncesi bakım alma, takviye besin kullanma gibi davranışlara daha yatkın oldukları izlenmiştir. Bu sayede anemik gebeler veya düşük doğum ağırlıklı bebeklere daha az rastlandığı saptanmıştır (Arnold ve diğerleri, 2001; Kharazi ve diğerleri, 2016).

You ve diğerleri (2012) gebelerin preeklampsiyi anlama düzeyleri hakkında yaptıkları çalışma sonucunda, sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek gebelerin preeklampsi hakkında daha fazla bilgi sahibi olduklarını saptamışlardır. Schendel ve diğerleri (2016) çalışmalarında non-invaziv testlerin değerlendirilmesinde gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilişkisini araştırmışlardır. Sonuç olarak gebelerin %89,8'inin testlerle ilgili bilgiye sahip olduğunu ve böylece gebelerin %77,9'unun bilinçli seçim yaptıkları tespit edilmiştir.

Durmuş (2023) çalışmasında yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip gebelerin üçüncü el sigara kullanım durumları hakkında farkındalıklarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Eser (2021) çalışmasında gebelik dönemlerine ilişkin ilaç kullanma, prospektüs okuma ve ilacın son kullanma tarihine dikkat etme davranışlarını sergileyen gebelerin yüksek düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyinde olduklarını tespit etmiştir. Filiz (2015) araştırmasında yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip gebelerin anemik olmadıkları, tetanos aşılarını

yaptırdıkları ve folik asit, D vitamini, demir preparatlarını kullandıkları sonucuna ulaşmışlardır.

Gebelik döneminde sağlık davranışlarına ek olarak kadınların doğum şekline karar verebilmelerinde de sağlık okuryazarlık düzeyleri son derece etki etmektedir. Günümüz değişen ve gelişen teknoloji sistemleri ve sosyal medya uygulamaları ile sağlık haberlerine her dakika ulaşılabilir. Televizyon dizileri, sinema sahnelerinde gösterilen vajinal doğum algısı nedeniyle gebe kadınlar kolayca etkilenebilirler. Toplumda bilinç düzeyi yüksek gebeler oluşturulursa gördükleri durumları algılayabilir, eleştirel yaklaşabilir ve kendi sağlık durumları için her zaman en uygun kararı verebilirler (Yazıcı Topçu, 2019).

Literatürde gebelik dönemi ve sağlık okuryazarlığı ilişkin yapılan çalışmalara bakıldığında gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin etki ettiği alanların çok geniş olduğu görülmektedir. Yaşadıkları bu gebelik dönemi boyunca ise doğru bilgiyi arama, anlama, karar verme ve uygulama adımlarının hepsi sağlık okuryazarlık düzeylerinin etkisinde gerçekleşmektedir. Tüm bunlara bakıldığında doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri gebelere ilk ulaşabilecek kurumlardır. Rutin izlemler sırasında gebe ile etkin bir iletişim kurularak sağlık okuryazarlık düzeyi belirlenmeli ve kadına eğitimler verilmelidir. Gebe ile her karşılaşmada bilgileri sorgulanmalı, sağlık hareketleri izlenmelidir. Böylece gebe ile başlanarak aile ve toplumun sağlık düzeyi yükseltilmesi kaçınılmaz bir gerçek olarak izlenecektir.

### **2.13. Gebelikte Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmede Ebeğin Sorumlulukları**

Ebeler, gebelere ilk elden dokunabilen kişilerdir. Aile sağlığı merkezleri, hastaneler, NST ve kan alma birimleri, gebe bilgilendirme sınıfları gebelerle ebelerin temas yerleridir. Gebelerin özellikle bu dönemde bilgiye daha çok gereksinim duydukları, sağlık davranışlarına ilgilerinin arttığı bir süreçtir. Ebeler, gebelere ihtiyaç duydukları mahremiyeti sağlayarak onlarla iletişim kuran, sağlıklarını geliştirme ve koruma konusunda yardım sağlayarak sağlık düzeylerini yükseltmelerine destek olan profesyonellerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Richey tarafından yapılan (2012) çalışmada yedi ebe ile görüşülmüş olup iletişimin kadınların ihtiyaçlarının belirlenmesi ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesinde önemli olduğundan bahsedilmiştir (Durgun ve diğerleri, 2018; Creedy, 2021; Gökoğlu, 2021).

Wilhelmova ve diğeri (2015) Çek Cumhuriyeti'ndeki gebelerin sağlık okuryazarlıklarını etkileyen temel belirleyicileri araştırmışlardır. Sonuç olarak, eğitim düzeyi yüksekliği ve doğum öncesi dönemde ebelerle görüşme yapmanın sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen faktörler olduklarını ortaya koymuşlardır.

Wilmore ve diğeri (2015) Güney Avustralya'da 21 ebe ile doğum öncesi dönemdeki kadınlara sağlanan eğitimlerin kalitesini araştırmışlardır. Sonuç olarak; ebelerin gebelerle yaptıkları görüşmeler sürecinde kullandıkları basılı materyallerin yeterli sayıda olmadığı ve gebelerin sağlık okuryazarlıklarının yükseltilmesi adına daha fazla kaynağa ihtiyaç duydukları belirlenmiştir.

Hughson ve diğeri (2017) Avustralya'da sağlık bakım vericilerin kadınlarla iletişim kurmada dil ve kültürel açıdan sorunları inceledikleri bir araştırma yapmışlardır. 18 sağlık profesyoneli (yedisi ebe olarak) ile görüşme sağladıkları çalışmalarını sonucunda yetersiz tercümanların olması, kadınların randevularına gelmemesi, kısıtlı zaman ve işgücü fazlalığı gibi faktörler saptamışlardır. İletişim konusundaki yetersizlik durumunun kadınların düşük sağlık okuryazarlıklarının olmasının bir göstergesi olarak belirlenmiştir.

Schendel ve diğeri (2017) sağlık okuryazarlık düzeyi sınırlı olan kadınların gebelik dönemlerinde yapılan non-invaziv testler konusunda testin öncesinde, sırası ve sonrasında sağlık profesyonellerinden destek almak istediklerini ortaya koymuştur. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek gebelerin ise testler konusunda daha bilinçli karar verebildikleri tespit edilmiştir.

Creedy (2021) çalışmasında anne sağlık okuryazarlığını değerlendirmek ve geliştirmek amacıyla 307 ebe görüşme yapmıştır. Ebelerin %77'sinin gebelerin sağlık okuryazarlıklarını resmi olarak değerlendirmedikleri, %75'inin sağlık okuryazarlığı konusunda eğitim almadığı, %30-60 arasındaki ebeğin ise gebelerin sağlık okuryazarlıklarını geliştirmek adına gereken teknikleri kullanmadıklarını tespit etmiştir.

Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre gebelerin doğum öncesi süreçte 4 kez izlenmesi gerekmektedir. Her izlemede iletişim, öykü alma, fiziksel değerlendirme, tahliller, kullandığı ilaçlar gibi faktörlerin değerlendirilmesinin yanında bilgilendirme ve danışmanlık adımı da yer almaktadır. Ebelerin gebelere yaptığı her izlemede

gebelik haftasına uygun bilgilendirmeleri yapması, gerekirse yazılı/baskılı kaynaklarla destek olması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Gebelerin ilk danışmanlık alacağı kişilerin başında ebelerin yer alması bilgi kirliliğinin önlenmesi, yanlış uygulamalardan kaçınılması adına gerekliliktir. Ancak literatüre bakıldığında, Pazarözyurt ve Özkan (2023) ve Güneş Öztürk ve diğerleri (2020) çalışmalarında gebelerin bilgi kaynağı olarak çoğunlukla internet ve televizyonu kullandıklarını saptanmıştır. Gebelerin hızlı bilgiye erişim isteği, sağlık kuruluşuna erişimin zor olduğu veya gidilemediği durumlarda internette bilgi edinme durumlarının yaygınlaşması halinde ebelerin erişilen bilgilerin doğruluğunun teyit edilmesi gerekliliğini konusunda danışmanlık vermesi gerekmektedir.

Visscher ve diğerleri (2018) AB’de sağlık okuryazarlığı eğitimlerinin etkili olması adına yaptıkları çalışma sonucunda; sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyindeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun eğitim verilmesi, bilgiye dayalı olan ve eleştirel okumanın da öğretilmesi ve sunulan bilginin anlaşılır olması sonuçlarına ulaşmışlardır.

Gebelik döneminde sağlık okuryazarlığın geliştirilmesi ebe, hemşire ve doktor gibi tüm sağlık profesyonellerini, devlet ve resmî kurumları kapsayan topyekün çalışma ile sürdürülmesi gereken bir konudur. Çünkü bu süreçte iletişime geçilen her bir gebe ile bir hayata dokunulmuş olup birey, toplum dengesinde büyük bir değişim oluşturularak gelecek dönemlerdeki toplum sağlık okuryazarlığının artırılması sağlanacaktır (Balçık ve diğerleri, 2014).

Bu nedenle başta ebeler olmak üzere;

- Gebelerle her fırsatta yazılı ve sözlü iletişim kurulmalı,
- Eğitimlerde basit ve anlaşılır, akıcı bir dil kullanılmalı,
- Gerekli alanlarla eğitimler verilmeli,
- Geri bildirimler alınarak eğitimlerin değerlendirilmesi sağlanmalıdır (Balçık ve diğerleri, 2014).

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma; analitik-kesitsel olarak yapılmıştır.

### 3.2. Araştırmanın Amacı

Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin Nonstres Test (NST) polikliniğinde yapılmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi; 27 Mayıs 2011 tarihinde 256 yatakla yeni hizmet binasında faaliyete geçmiştir. İlgili hastanede yaklaşık 700 personel çalışmakta olup, “acil sağlık hizmetleri, kadın-doğum ve çocuk acil servis” olarak iki bölümden oluşmaktadır. Klinik olarak doğum salonu, çocuk cerrahi, çocuk servisi, süt çocuğu, jinekoloji, obstetri, yenidoğan, yenidoğan yoğun bakım, genel yoğun bakım, çocuk yoğun bakım ünitesi, palyatif bakım merkezi (yetişkin ve çocuk) olmak üzere hizmet verilirken poliklinik hizmeti kapsamında ise çocuk nöroloji, çocuk nefroloji, çocuk psikiyatri, çocuk cerrahi, çocuk enfeksiyon, çocuk kardiyoloji, çocuk alerji ve immünoloji, çocuk hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, tıbbi genetik ve dahiliye poliklinikleri olarak hizmet vermektedir. Çalışmanın yapıldığı hastanede kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından yönlendirilen gebeler NST biriminde NST çektirmektedirler. NST birimi ve kadın doğum poliklinikleri hastanenin zemin katında bulunmaktadır. Hastanede kadın doğum polikliniğinde 15 kadın doğum uzmanı çalışmakta, NST birimi iki ebe ile faaliyetine devam etmekte ve dört adet NST cihazı bulunmaktadır. Hastane 1991 yılında “Bebek Dostu Hastane” unvanını almıştır. 2015 yılında “Anne Dostu Hastane” unvanını almak için başvuru yapmış ve bu unvanı alan ilk dal hastanesi olmuştur.

### **3.4. Araştırmanın Zamanı**

Araştırma 15 Ekim 2022 – 30 Haziran 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi NST polikliniğine 01 Ocak-30 Haziran 2022 tarihleri arasında 6 ay süre içinde 361 gebe başvurmuştur. Araştırmanın evrenini 361 gebe oluşturmaktadır. Örneklem alınacak en az gebe sayısı evreni bilinen örneklem hesabıyla hesaplanmış ve 187 bulunmuştur. (%5 hata payı ve %95 güven aralığında). Araştırmanın analiz gücünü artırmak için örneklem hacmini %10 artırarak olasılıksız örneklem (gelişi güzel) yöntemi ile çalışmaya 206 gebe alınmıştır (n=206).

### **3.6. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

#### **Araştırmaya Alınma Kriterleri:**

- 24 hafta ve üzerinde gebe olan,
- 18 yaş ve üzeri olan,
- Türkçe konuşup, anlayabilen,
- En az ilkokul mezunu gebeler araştırmaya alınmıştır.

#### **Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:**

- Çoğul gebeliği olanlar,
- Adli vakalar ve
- Araştırmanın yürütülmesine engel teşkil edecek fiziksel (işitme, görme ve bedensel engelliler) ya da ruhsal rahatsızlığı (algılama farklılıkları, zihinsel engellilik, depresyon vb.) olan gebeler araştırmaya dâhil edilmemişlerdir.

### **3.7. Veri Toplama Araçları**

Veriler, Gebe Tanırım Formu (Ek-1) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (Ek-2) kullanılarak toplanmıştır.

### 3.7.1. Gebe Tanıtım Formu (Ek-1)

Gebelerin sosyodemografik, obstetrik ve gebelik sürecine ait özelliklerini değerlendirmek amacıyla literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır (Akça ve diğerleri, 2020; Filiz ve Bodur, 2022). Gebe tanıtım formu, gebelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, gelir durumu, nikah durumu, çalışma durumu, aile tipi, sosyal güvenceleri, gelir düzey algıları, evlilik süreleri ve eşlerinin; yaşı, eğitim durumu ve çalışma durumu vb.) belirleyen 12 soru, obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, gebelik haftası, kaçınıcı gebeliği olduğu, yaşayan çocuk, düşük, kürtaj, erken veya ölü doğum sayıları vb.) belirleyen 9 soru, gebelik sürecine ilişkin özelliklerini (düzenli kullanılan ilaç veya vitamin varlığı, sigara kullanma durumu, doğum öncesi eğitim alma durumu vb.) belirleyen 8 soru olmak üzere toplam 29 sorudan oluşmaktadır.

### 3.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (Ek-2)

Okyay ve Abacıgil tarafından 2016 yılında, HLS-EU Çalışması Kavramsal Çerçevesi (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) temel alınarak geliştirilen 32 soruluk yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçeği olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)'nin güvenilirlik ve geçerliliği çalışmasıyla ortaya konmuştur. Ölçek 32 maddeden oluşmaktadır. 5'li likert (= Çok kolay, 2= Kolay, 3= Zor, 4= Çok zor, 5= Fikrim yok) tiptedir. Ölçeğin uyarlanmış halinde Tedavi ve Hizmet ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi olarak iki alt boyutu bulunmaktadır. Orijinal ölçekten farklı olarak; hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutlarının birleştirilmesine karar verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Ölçeğin puanlanması;

Sağlık okuryazarlığı,

- (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı
- (>25-33) puan: sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
- (>33-42) puan: yeterli sağlık okuryazarlığı
- (>42-50) puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Ölçeğin güvenilirliği Cronbach Alfa ile belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı; 0.927 olarak saptanmıştır. Her maddenin ölçeğin toplam skoru ile korelasyonunu gösteren

değerleri 0,347 ile 0,634 arasında yer almıştır. 2 boyutu bulunan ölçeğin birinci boyutu “Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu”nun Cronbach Alfa katsayısı 0,880 olarak bulunmuştur. İkinci boyut olan “Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu”nun Cronbach Alfa katsayısı 0,863 olarak ölçülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2016). Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı; 0,939; Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu’nun Cronbach Alfa katsayısı 0,932; Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu’nun Cronbach Alfa katsayısı 0,896 olarak bulunmuştur.

TSOY-32 Ölçeği, orijinal alındığı ölçekten farklılık yapılmış olup iki temel boyut alınarak, 2\*4’lük bir matris şeklinde yapılandırılmıştır. Matrisin iki boyutu (tedavi ve hizmet alt boyutu ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu) ile dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama) olmak üzere sekiz bileşeni içermektedir (Sağlık Bakanlığı,2016).

**Tablo 2.** TSOY-32’nin 2X4’lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
<b>Tedavi ve hizmet</b>	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
<b>Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi</b>	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı. (2016). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması* (Yayın No: 1025). Ankara, Anıl Matbaacılık (1. Baskı)

### 3.8. Ön Uygulama

Araştırmacılar tarafından geliştirilen gebe tanıtım formunun uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla uzman görüşleri alınmıştır. Uygunluk sonrası formu test etmek amacıyla (10) gebeye anket uygulanmış ve formun son hali oluşturulmuştur. Uygulama Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde yapılmıştır.

### **3.9. Verilerin Toplanması**

Çalışmanın yapılabilmesi için öncelikli olarak Etik kurul ve Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nden izinler alınmıştır. Katılımcılardan ise anket öncesi araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış ve bilgilendirilmiş olur formu ile yazılı onamları alınmıştır. Veriler NST odasında toplanmıştır. Gebe Tanıtım Formu yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuş olup Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini gebeler kendileri doldurmuşlardır. Formun uygulama süresi 15- 20 dakika sürmüştür.

### **3.10. Verilerin Analizi**

Araştırma kapsamında elde edilen veriler, SPSS for Windows (Version 24.0, Statistical Package for Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir. Verilerin dağılımı Skewnes ve Kurtosis değerlerine göre değerlendirilmiştir. Skewness ve Kurtosis değerleri +2.0/-2.0 sınır aralığında kaldığından normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir (George ve Mallery, 2010). Araştırmadaki sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma ve minimum, maksimum değerleriyle, kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir. Bağımsız grup karşılaştırmalarında ikili gruplarda bağımsız örneklem t testi (Independent Sample t Test), üç ve daha fazla gruplu olanlarda Tek yönlü ANOVA (One Way ANOVA) testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki fark analizi ise post hoc test "bonferroni düzeltme testi" ile yapılmıştır. Elde edilen veriler %95 güven aralığında değerlendirilerek, anlamlılık  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri**

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmada kullanılan veriler gebelerin öz bildirimlerine göre doldurulmuş olduğundan veriler sadece araştırmaya katılan gebeleri temsil etmektedir. Çalışma, sadece bir ildeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapıldığı için topluma genellenemez.

Verilerin toplandığı tarihlerde NST polikliniğe başvuran gebelerin bazıları anket formunu uzun bularak doldurulması konusunda isteksiz davranmışlardır. NST çekimi süresinden uzun süren form doldurma durumları olduğu takdirde gebeler sorulara cevap

vermekten vazgeçmişlerdir. Yaşanılan bu durumlar veri toplama sürecini güçleştirmiş ve süresinin uzamasına neden olmuştur.

### **3.12. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Sağlık okuryazarlık puan ortalaması

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: gebelerin obstetrik ve demografik özellikleridir.

### **3.13. Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırmada kullanılan Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32 yazarlarından (Ek-7) elektronik posta yoluyla yazılı izin alınmıştır. Araştırma protokolüne; araştırmanın yapılabilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u tarafından onay verilmiştir (Protokol No: 2022/048, Ek-4). Araştırmanın T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (20.01.2023, E-44021967-605.01-207555433, Ek-5). Araştırmaya dahil edilen tüm gebelere araştırmanın amacı ve araştırma sonuçlarının sağlayacağı yararlar konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır. Gebelerin araştırmaya gönüllü katılımları sağlanmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Gebelerin ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özellikleri

**Tablo 3.** Gebelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n = 206)

Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
18-25	73	35,4
26-34	102	49,5
35-44	31	15,1
Yaş ortalaması±SS*	28,21±5,67	(Min-Maks: 18-44)
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul mezunu	29	14,1
Ortaokul mezunu	45	21,8
Lise mezunu	60	29,1
Üniversite mezunu	72	35,0
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	66	32,0
Hayır	140	68,0
<b>Nikâh durumu</b>		
Yalnızca resmi nikâh	15	7,3
Yalnızca dini nikâh	8	3,9
Resmi ve dini nikâh	177	85,9
Boşanmış	6	2,9
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Var	177	85,9
Yok	29	14,1
<b>Evlilik süresi (yıl)</b>		
1-5	138	67,0
6-10	42	20,4
11-22	26	12,6
Evlenme yılı ortalaması±SS*	5,01±4,57	(Min.-Maks: 1-22)
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	186	90,3
Geniş aile	20	9,7
<b>İkamet Edilen Yer</b>		
İl	109	52,9
İlçe	76	36,9
Kasaba	2	1,0
Köy	19	9,2
<b>Gelir Durumu Algısı</b>		
Gelir giderden düşük	51	24,8
Gelir gidere denk	143	69,4
Gelir giderden fazla	12	5,8

\*Standart sapma

Tablo 3'te gebelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren dağılım gösterilmektedir. Araştırmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması  $28,21 \pm 5,67$  (min:18, maks:44) olup %49,5'i 26-34 yaş grubundadır. Gebelerin %14,1'i ilkokul, %21'8'i ortaokul, %29'1'i lise ve %35'i üniversite mezunudur. Gebelerin %68'inin çalışmadığı, %85,9'unun hem resmi hem dini nikaha sahip olduğu, %85,9'unun sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır. Gebelerin evlilik süresi yıl ortalaması  $5,01 \pm 4,57$  (min:1, maks:22) olup %67'si 1-5 yıl arası evlilik yaşantısına sahiptir. Gebelerin %90,3'ünün çekirdek aile tipinde yaşadığı, %52,9'unun ilde ikamet ettiği ve %69,4'ünün gelirinin giderine denk olarak algıladığı saptanmıştır (Tablo 3).

**Tablo 4.** Gebelerin eşlerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n = 206)

Eşlerin özellikleri	n	%
<b>Eşin yaşı</b>		
18-25	33	16,0
26-34	101	49,0
35-50	72	35,0
Eşlerin yaş ortalaması $\pm$ SS*	$32,12 \pm 6,46$	(Min-Maks:18-50)
<b>Eşlerin eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil/okuryazar	6	2,9
İlkokul mezunu	20	9,7
Ortaokul mezunu	44	21,4
Lise mezunu	55	26,7
Üniversite mezunu	81	39,3
<b>Eşlerin çalışma durumu</b>		
Evet	203	98,5
Hayır	3	1,5

\*Standart sapma

Tablo 4'te gebelerin eşlerine ilişkin özelliklerin dağılımı gösterilmektedir. Gebelerin eşlerinin yaş ortalaması  $32,12 \pm 6,46$  (min:18, maks:50) olup %49,0'ı 26-34 yaş grubundadır. Eşlerin %2,9'u okuryazar değildir/okuryazar, %9,7'si ilkokul, %21,4'ü ortaokul, %26,7'si lise, %39,3'ü üniversite mezunu olup %98,5'inin gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır (Tablo 4).

## 4.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri

**Tablo 5.** Gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı (n = 206)

Obstetrik özellikler	n	%
<b>Gebelik haftası</b>		
25-28	46	22,3
27-42	160	77,7
Gebelik haftası ortalaması±SS*	32,54±3,89	(Min-Maks:25-41)
<b>Gebeliğin planlanmış olma durumu</b>		
Evet	152	73,8
Hayır	54	26,2
<b>Gebelik Sayısı</b>		
İlk gebelik	79	38,3
2-8	127	61,7
Gebelik sayısı ortalaması±SS*	2,18±1,35	(Min-Maks:1-7)
<b>Doğum Sayısı</b>		
Canlı doğum yok	97	47,1
1-6	109	52,9
Doğum sayısı ortalaması±SS*	0,86±1,03	(Min-Maks:0-5)
<b>Yaşayan Çocuk Sayı</b>		
Hiç yok	96	46,6
1-6	110	53,4
Yaşayan çocuk sayısı ortalaması±SS*	0,85±1,02	(Min-Maks:0-5)
<b>Düşük sayısı</b>		
Hiç düşük yok	165	80,1
1-4	41	19,9
Düşük sayısı ortalaması±SS*	0,28±0,63	(Min.-Maks: 0-4)
<b>Ölü doğum sayısı</b>		
Hiç ölü doğum yok	199	96,6
1	7	3,4
Ölü doğum sayısı ortalaması±SS*	0,04±0,22	(Min.-Maks: 0-1)
<b>Küretaj sayısı</b>		
Hiç küretaj yok	194	94,2
1-2	12	5,8
Küretaj sayısı ortalaması±SS*	0,06±0,23	(Min.-Maks: 0-1)
<b>Erken doğum sayısı</b>		
Hiç erken doğum yok	204	99,0
1-2	2	1,0
Erken doğum sayısı ortalaması±SS	0,01±0,16	(Min.-Maks: 0-2)

\*Standart sapma

Tablo 5’de gebelerin obstetrik özelliklerini içeren dağılım gösterilmektedir. Gebelerin gebelik hafta ortalaması 32,54±3,89 (min:25, maks:41) olup %77,7’sinin 29-41. gebelik

haftaları arasında ve %73,8'inin gebeliğinin planlanmış olduğu saptanmıştır. Gebelerin %38,3'ünün ilk gebeliği olduğu, %47,1'inin hiç canlı doğumu olmadığı, %46,6'sının yaşayan çocuğu olmadığı, %19,9'unun en az bir kez düşük yaptığı, %3,4'ünün (n=7) ölü doğum yaptığı, %5,8'inin en az bir kez küretaj olduğu ve %1'inin (n=2) en az bir kez erken doğum yaptığı bulunmuştur. Gebelerin gebelik sayısı ortalaması  $2,18 \pm 1,35$  (min:1, maks:7), doğum sayısı ortalaması  $0,86 \pm 1,03$  (min:0, maks:5), yaşayan çocuk sayısı ortalaması  $0,85 \pm 1,02$  (min:0, maks:5), düşük sayısı ortalaması  $0,28 \pm 0,63$  (min:0, maks:4), ölü doğum sayısı ortalaması  $0,04 \pm 0,22$  (min:0, maks:2), küretaj sayısı ortalaması  $0,06 \pm 0,23$  (min:0, maks:1) ve erken doğum sayısı ortalaması  $0,01 \pm 0,16$  (min:0, maks:2)'dir (Tablo 5).



### 4.3. Gebelerin Gebelik Sürecine İlişkin Özellikleri

**Tablo 6.** Gebelerin sağlık durumlarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı (n = 206)

Özellikler	n	%
<b>Gebelikte düzenli ilaç kullanma</b>		
Evet	158	76,7
Hayır	48	23,3
<b>Kullanılan ilaçlar (109)</b>		
Demir preparatı	46	42,2
Vitamin ve demir preparatı	24	22,0
Vitamin	16	14,7
Demir preparatı ve folik asit	6	5,5
Folik asit	5	4,6
Vitamin ve folik asit	2	1,9
Diğer (tiroid, safra taşı, hipertansiyon, bulantı-kusma, kalp ilaçları, kan ilacı)	10	9,1
<b>Sigara kullanımı</b>		
Evet	32	15,5
Hayır	174	84,5
<b>Günlük sigara tüketim sayısı ortalaması±SS* (adet)</b>	1,07±2,93	(Min.-Maks:0-20)
<b>Günlük sigara tüketimi (adet)</b>		
1-5	15	7,3
6-15	16	7,7
16-30	1	0,5
Hiç kullanmıyor	174	84,5
<b>Gebelikte düzenli sağlık kontrollerini yaptırma durumu</b>		
Evet	177	85,9
Hayır	29	14,1

**Tablo 6.** Gebelerin sağlık durumlarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı (n = 206) (devam)

Özellikler	n	%
<b>Gebelik döneminde eğitim alma durumu</b>		
Evet	151	73,3
Hayır	55	26,7
<b>Eğitim alınan kişi (n=170)**</b>		
Doktor	120	70,6
Ebe	39	22,9
Hemşire	11	6,5
<b>Gebelik dönemine ilişkin alınan eğitimleri yeterli bulma durumu (n=206)</b>		
Yeterli	133	64,6
Yetersiz	12	5,8
Fikrim yok	6	2,9
Eğitim almadım	55	26,7
<b>Gebelikte rahatsızlık yaşama durumu</b>		
Evet	32	15,0
Hayır	174	85,0
<b>Yaşanılan rahatsızlık** (n=31)</b>		
Bulantı-kusma	5	16,1
Enfeksiyon (idrar yolu enfeksiyonu)	2	6,5
Kanama	2	6,5
Ağrı (bel,sırt, kas ve eklem, bölgesel)	3	9,7
Kronik hastalık varlığı (guatr, tiroid)	13	41,9
Gebelikte ilgili sorunlar (gebelik diyabeti, hipertansiyonu, kolestazi, düşük riski)	1	3,2
Anemi	4	12,9
Bebekle ilgili sorunlar (polihidroamniyos, oligohidroamniyos, gelişme geriliği)	1	3,2

\*Standart sapma, \*\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 6’da gebelerin sağlık durumlarıyla ilgili özelliklerin dağılımı gösterilmiştir. Gebelerin %76,7’sinin gebeliğinde düzenli ilaç kullandığı saptanmış olup ilaç kullanan gebelerin %42,2’sinin demir preparatı, %14,7sinin vitamin, %4,6’sının folik asit, %9,1’inin diğer (tiroid ilacı, safra taşı ilacı, hipertansiyon ilacı, bulantı-kusma ilacı, kalp ilacı, kan ilacı), %22,0’ının demir preparatı ve vitamin, %1,9’unun vitamin ve folik asit, %5,5’inin demir preparatı ve folik asit kullandığı bulunmuştur. Gebelerin %23,3’ünün ise herhangi bir ilaç kullanmadığı saptanmıştır. Gebelerin %15,5’i sigara kullandığını belirtmiştir. Sigara kullanan gebelerin günlük sigara kullanım ortalaması  $1,07 \pm 2,93$  (min:0, maks: 20)’dir. Gebelerin

%85,9'unun gebeliklerinde düzenli sağlık kontrollerini yaptırdığı, %73,3'ünün bu dönemde eğitim aldıkları bulunmuştur. Gebelik döneminde alınan eğitimin %70,6'sının doktorlar tarafından verildiği ve gebelerin %64,6'sının verilen bu eğitimi yeterli bulduklarını ifade ettiği saptanmıştır. Gebelerin %15,0'nın gebelikte rahatsızlık yaşadığı ve rahatsızlık yaşayan gebelerin en fazla kronik hastalık varlığı nedeniyle problem yaşadıkları (%41,9) tespit edilmiştir (Tablo 6).

#### 4.4. Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Ölçeği Puan Ortalaması

**Tablo 7.** Gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarının dağılımı (n=206)

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	Ortalama± SS*	Cronbach's Alpha
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	0,00	50,00	35,32±11,21	0,932
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu	0,00	50,00	34,28±11,22	0,896
TSOY-32 Ölçeği Toplam Puan	0,00	50,00	34,79±9,98	0,939

\*Standart sapma

Tablo 7'de gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) toplam puan ve alt boyut puanlarının dağılımı gösterilmektedir. Gebelerin TSOY-32 puan ortalaması 34,79±9,98, Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ortalaması 35,32 ± 11,21 ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalaması 34,28±11,22 olarak belirlenmiştir.

TSOY-32 Ölçeği'nin iç tutarlık katsayısı; 0,939 olarak saptanmıştır. Tedavi ve Hizmet alt boyutunun Cronbach Alfa katsayısı 0,932; Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutunun 0,896 olarak belirlenmiştir (Tablo 7).

**Tablo 8.** Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve alt boyut puanlarının kategorik dağılımı (n=206)

Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri	TSOY-32		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi		Tedavi ve Hizmet	
	n	%	n	%	n	%
Yetersiz (0-25)	32	15,5	43	20,9	35	17,0
Sorunlu-Sınırlı (26-33)	54	26,2	48	23,3	55	26,7
Yeterli (34-42)	67	32,5	59	28,6	55	26,7
Mükemmel (43-50)	53	25,7	56	27,2	61	29,6

\*Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)'ye göre gebelerin %15,5'inin yetersiz, %26,2'sinin sorunlu-sınırlı, %32,5'inin yeterli ve %25,7'sinin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutuna göre; gebelerin %20,9'unun yetersiz, %23,3'ünün sorunlu-sınırlı, %28,6'sının yeterli ve %27,2'sinin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır.

Sağlık Okuryazarlığı Tedavi ve Hizmet alt boyutuna göre ise; gebelerin %17'sinin yetersiz, %26,7'sinin sorunlu-sınırlı, yine %26,7'sinin yeterli ve %29,6'sının mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

**Tablo 9.** Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Alt Boyut Bileşenlerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı

<b>TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut Bileşenleri</b>				
<b>TSOY-32 Ölçeği Alt Boyutlar</b>	<b>Bilgiye Ulaşma</b>	<b>Bilgiyi Anlama</b>	<b>Bilgiyi Değerlendirme</b>	<b>Bilgiyi Kullanma</b>
	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortalama±SS</b>
Tedavi ve Hizmet	37,32 ± 12,73	37,03 ± 12,01	31,13 ± 12,69	35,74 ± 11,76
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	38,09 ± 11,64	38,37 ± 11,62	31,53 ± 13,82	29,07 ± 14,81

\*Standart Sapma

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) Tedavi ve Hizmet alt boyutu bileşenlerinden gebelerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puan ortalaması 37,32±12,73, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama puan ortalaması 37,03±12,01, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme puan ortalaması 31,13±12,69 ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma puan ortalaması 35,74±11,76 olarak belirlenmiştir.

Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (TSOY-32) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutunun bileşenlerinden gebelerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puan ortalaması 38,09±11,64, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama puan ortalaması 38,37±11,62, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme puan ortalaması 31,53±13,82 ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma puan ortalaması 29,07±14,81 olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

#### 4.5. Gebelerin Sağlık Okuryazarlıklarıyla İlişkili Faktörler

**Tablo 10.** Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=206)

Özellikler	n (%)	Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Ortalama ± SS	Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Ortalama ± SS	TSOY-32 Ölçeği Toplam Ortalama ± SS
<b>Yaş grubu</b>				
18-25 <sup>a</sup>	73 (35,4)	33,24±12,34	31,71±12,67	32,47±11,11
26- 34 <sup>b</sup>	102	36,55±10,23	35,64±10,17	36,09±8,83
35-44 <sup>c</sup>	(49,5)	36,19±11,18	35,87±10,06	36,03±10,05
F/p	31 (15)	1,989/0,139	3,034/0,05	3,144/ <b>0,045, b&gt;a</b>
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul/Ortaokul mezunu <sup>a</sup>	74 (35,9)	29,57±12,52	29,58±12,46	29,56±10,45
Lise mezunu <sup>b</sup>	60 (29,1)	35,56±9,32	34,09±10,18	34,82±8,63
Üniversite mezunu <sup>c</sup>	72 (35)	41,04±7,86	39,27±8,32	40,15±7,46
F/p		23,305/ <b>&lt;0,001, b&gt;a, c&gt;a, c&gt;b</b>	15,587/ <b>&lt;0,001, b&gt;a, c&gt;a, c&gt;b</b>	25,453/ <b>&lt;0,001, b&gt;a, c&gt;a, c&gt;b</b>
<b>Çalışma durumu</b>				
Evet	66 (32)	38,73±10,7	38,14±8,82	38,43±9,17
Hayır	140 (68)	33,71±11,12	32,46±11,78	33,08±9,91
t/p		-3,058/ <b>0,003</b>	-3,854/ <b>&lt;0,001</b>	-3,702/ <b>&lt;0,001</b>
<b>Nikah durumu</b>				
Resmi Nikah Var <sup>a</sup>	192(93,2)	35,75±10,71	34,57±11,08	35,15±9,63
Resmi Nikah Yok <sup>b</sup>	8 (3,9)	25,4±19,74	26,29±14,51	25,88±15,89
Boşanmış	6 (2,9)	34,75±7,67	35,78±8,26	35,25±7,57
F/p		3,360/ <b>0,037, a&gt;b</b>	2,170/0,117	3,403/ <b>0,035, a&gt;b</b>
<b>Sağlık güvencesi</b>				
Var	177(85,5)	37,02±10,02	35,89±10,02	36,45±8,66
Yok	29 (14,1)	24,98±12,69	24,44±13,16	24,72±11,62
t/p		5,762/ <b>&lt;0,001</b>	5,444/ <b>&lt;0,001</b>	6,415/ <b>&lt;0,001</b>
<b>Evlilik süresi (yıl)</b>				
1-5	138 (67)	35,71±11,45	34,48±11,51	35,09±10,2
6-10	42 (20,4)	36,02±9,69	33,18±10,61	34,6±8,93
11-22	26 (12,6)	32,12±12,08	34,99±10,88	33,54±10,65
F/p		1,231/0,294	0,275/0,76	0,274/0,761
<b>Aile tipi</b>				
Çekirdek aile	186(90,3)	36,2±10,99	34,53±11,13	35,36±9,79
Geniş aile	20 (9,7)	27,15±10,15	31,98±12,02	29,56±10,44
t/p		3,524/ <b>0,001</b>	0,964/0,336	2,501/ <b>0,013</b>

**Tablo 10.** Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=206) (devam)

Özellikler	n (%)	Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Ortalama $\pm$ SS	Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Ortalama $\pm$ SS	TSOY-32 Ölçeği Toplam Ortalama $\pm$ SS
<b>İkamet edilen yer</b>				
İl <sup>a</sup>	109(52,9)	37,57 $\pm$ 10,42	36,07 $\pm$ 10,51	36,81 $\pm$ 9,32
İlçe <sup>b</sup>	76 (36,9)	34,18 $\pm$ 10,27	32,74 $\pm$ 11,36	33,46 $\pm$ 9,66
Kasaba/Köy <sup>c</sup>	21 (10,2)	27,76 $\pm$ 14,65	30,58 $\pm$ 12,99	29,14 $\pm$ 11,8
F/p		7,861/ <b>0,001, a&gt;c</b>	3,325/ <b>0,038</b>	6,623/ <b>0,002, a&gt;c</b>
<b>Gelir durum algısı</b>				
Gelir giderden düşük <sup>a</sup>	51 (24,8)	28,23 $\pm$ 13,33	28,53 $\pm$ 12,02	28,36 $\pm$ 11,37
Gelir gidere denk <sup>b</sup>	143(69,4)	37,24 $\pm$ 9,38	36,04 $\pm$ 10,02	36,64 $\pm$ 8,4
Gelir giderden fazla <sup>c</sup>	12 (5,8)	42,56 $\pm$ 7,81	37,79 $\pm$ 13,57	40,17 $\pm$ 9,49
F/p		17,118/ <b>&lt;0,001,b&gt;a,c&gt;a</b>	9,839/ <b>&lt;0,001,b&gt;a,c&gt;a</b>	17,092/ <b>&lt;0,001, b&gt;a, c&gt;a</b>

p<0,05, t: Bağımsız Örneklem t Testi, F: Tek Yönlü ANOVA, TSOY: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Tablo 10’da gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

18-25 yaş arasındaki gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması 32,47 $\pm$ 11, 26-34 yaş arasındaki gebelerin 36,09 $\pm$ 8,83 ve 35-44 yaş arasındaki gebelerin 36,03 $\pm$ 10,05 olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin yaş gruplarına göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur (p=0,045). Bulunan anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan bonferroni düzeltme testinde, 26-34 yaş aralığındaki gebelerin 18-25 yaş aralığında olan gebelerden TSOY-32 Ölçeği toplam puanının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaş gruplarına göre Tedavi ve Hizmet alt boyutu ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 toplam puan ve Tedavi ve Hizmet alt boyutu ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamaları en yüksek üniversite mezunu gebelerde (sırasıyla: 40,15 $\pm$ 7,46; 41,04 $\pm$ 7,86 ve 39,27 $\pm$ 8,32) iken en düşük ilkokul/ortaokul mezunu (sırasıyla:29,56 $\pm$ 10,45; 29,57 $\pm$ 12,52 ve 29,58 $\pm$ 12,46) gebelerde bulunmuştur. Gebelerin eğitim durumlarının TSOY-32 Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği saptanmıştır (p=0,001). Analiz

sonucu elde edilen anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan bonferroni düzeltme testinde, lise mezunu gebelerin puanının ilkokul/ortaokul mezunu gebelerden, üniversite mezun gebelerin lise ve ilkokul/ortaokul mezunu olan gebelerden TSOY-32 Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gelir getiren bir işte çalışan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması  $38,43 \pm 9,17$  iken çalışmayan gebelerin  $33,08 \pm 9,91$ 'dir. Gebelerin çalışma durumlarına göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Çalışan gebelerin Tedavi ve Hizmet alt boyutu toplam puan ortalaması  $38,73 \pm 10,7$ , Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu toplam puan ortalaması  $38,14 \pm 8,82$ 'dir. Çalışan gebelerin Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamaları çalışmayan gebelere göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p=0,001$ ).

Resmi nikahı bulunan gebelerin TSOY-32 Ölçeği puan ortalaması  $35,15 \pm 9,63$ , resmi nikahı olmayan gebelerin  $25,88 \pm 15,89$  ve boşanmış gebelerin  $35,25 \pm 7,57$  olduğu bulunmuştur. Gebelerin nikah durumlarının TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını istatistiksel düzeyde etkilediği saptanmıştır ( $p=0,035$ ). Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ortalamasının gebelerin nikah durumundan etkilendiği ( $p=0,037$ ) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamasını ise etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır ( $p=0,117$ ). Ölçülen anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan bonferroni düzeltme testinde, resmi nikahı olan gebelerin olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksek TSOY-32 ölçeği toplam ve Tedavi ve Hizmet alt boyut puanına sahip oldukları görülmüştür.

Sağlık güvencesi bulunan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarında ( $36,45 \pm 8,66$ ) sağlık güvencesi olmayan gebelere ( $24,72 \pm 11,62$ ) göre artış olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,001$ ). Sağlık güvencesi bulunan gebelerin Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamaları bulunmayan gebelere göre yüksek olduğu ölçülmüş ve bu ölçümün istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ).

Evlilik süresi 1-5 yıl arasında olan gebelerde TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması ( $35,09 \pm 10,2$ ) en yüksek iken 11-22 yıl olan gebelerde en düşük ( $33,54 \pm 10,65$ ) bulunmuştur.

Gebelerin evlilik süresine göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,761$ ). Gebelerin evlilik süresinin gruplarının TSOY-32 Ölçeği alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Çekirdek aile tipine sahip gebelerin TSOY-32 Ölçeği puan ortalamaları  $35,36\pm 9,79$  iken geniş aile tipine sahip gebelerin  $29,56\pm 10,44$ 'tür. Gebelerin aile tipine göre TSOY-32 Ölçeği puan ortalamalarını arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,013$ ). Tedavi ve Hizmet alt boyut puanı ortalamaları ile gebelerin aile tipi arasında anlamlı fark ölçülürken ( $p=0,001$ ) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,336$ ). Yapılan bonferroni düzeltme testinde çekirdek aile yapısına sahip olan gebelerin geniş aileye yapısına sahip olanlardan TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ve Tedavi ve Hizmet alt boyut puanı anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 toplam puan ortalamaları en yüksek il merkezinde yaşayan gebelerde ( $36,81\pm 9,32$ ) iken en düşük kasaba/köyde yaşayan gebelerde ( $29,14\pm 11,8$ ) tespit edilmiştir. Gebelerin ikamet ettikleri yerlere göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,002$ ). Gebelerin ikamet ettikleri yerlerin Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını da istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,001$ ,  $p=0,038$ ). Gebelerin ikamet ettikleri yer değişkenlerindeki anlamlı farkı saptayabilmek için yapılan bonferroni düzeltme testinde TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ve Tedavi ve Hizmet alt boyut puanına göre, ilde yaşayan gebelerin kasaba/köyde yaşayan gebelerden anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Ancak gebelerin ikamet ettikleri yer ile Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puanı arasında anlamlı fark saptanmasına rağmen, bu anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan bonferroni düzeltme testinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Gelirini giderinden düşük olarak algılayan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları  $28,36\pm 11,37$ , gelirini giderine denk algılayan gebelerin  $36,64\pm 8,4$  ve gelirini giderlerinden fazla algılayan gebelerin  $40,17\pm 9,49$  olduğu saptanmıştır. Gebelerin gelir durum algılarına göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,013$ ). Gebelerin gelir durum algısının TSOY-32 Ölçeği alt

boyut puan ortalamalarına etkisi bakıldığında; Tedavi ve Hizmet alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği (p=0,001) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu puan ortalamalarını ise istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır (p=0,0336). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan bonferroni düzeltme testinde geliri giderine denk olanların ve geliri giderinden fazla olan gebelerin TSOY-32 toplam puanının ve alt boyut puanlarının geliri giderinden az olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05), (Tablo 10).

**Tablo 11.** Gebelerin eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre TSOY-32 Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=206)

Özellikler	n (%)	Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Ortalama ± SS	Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Ortalama ± SS	TSOY-32 Ölçeği Toplam Ortalama ± SS
<b>Eşlerin yaş grupları</b>				
18-25 <sup>a</sup>	33 (16)	30,29±14,59	29,51±13,93	29,89±12,99
26- 34 <sup>b</sup>	101 (49)	37,59±8,75	35,72±10,06	36,65±8,14
35-50 <sup>c</sup>	72 (35)	34,44±11,81	34,45±10,94	34,44±10,1
F/p		5,874/ <b>0,003, b&gt;a</b>	3,943/ <b>0,021, b&gt;a</b>	6,053/ <b>0,003, b&gt;a</b>
<b>Eşlerin eğitim durumu</b>				
Okuryazar				
Değil/Okuryazar/İlkokul mezunu <sup>a</sup>	26 (12,6)	24,77±16,19	27,62±12,79	26,2±13,17
Ortaokul mezunu <sup>b</sup>	44 (21,4)	34,98±9,39	33,3±10,85	34,13±8,02
Lise mezunu <sup>c</sup>	55 (26,7)	33,94±10,06	32,47±11,02	33,19±8,96
Üniversite mezunu <sup>d</sup>	81 (39,3)	39,83±8,15	38,18±9,66	39,0±8,26
F/p		14,838/ <b>&lt;0,001, b&gt;a, c&gt;a,d&gt;a, d&gt;c,d&gt;b</b>	7,577/ <b>&lt;0,001, d&gt;a, d&gt;c</b>	14,020/ <b>&lt;0,001, b&gt;a, c&gt;a,d&gt;a, d&gt;c,d&gt;b</b>
<b>Eşlerin çalışma durumu</b>				
Evet	203(98,5)	35,45±11,16	34,42±11,15	34,93±9,89
Hayır	3 (1,5)	26,78±14,33	24,67±14,15	25,67±14,18
t/p		-1,332/0,184	-1,500/0,135	-1,602/0,111

p<0,05, t: Bağımsız Örneklem t Testi, F: Tek Yönlü ANOVA testi, SS: Standart sapma, TSOY: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Eşinin yaşı 18-25 yaş arasında olan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması 29,89±12,99, 26-34 yaş arasında olanların 36,65±8,14 ve 35-50 yaş arasında olanların 34,44±10,1 olarak bulunmuştur. Gebelerin eşlerinin yaş gruplarına göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,003). Gebelerin eşlerinin yaş gruplarının gebelerin Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını etkilediği ve

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p=0,021$ ). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan bonferroni düzeltme testi sonucunda 26-34 yaş aralığındaki eşlerin, 18-25 yaş aralığında olan eşlerden anlamlı şekilde daha yüksek TSOY-32 Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarına sahip olduğu bulunmuştur.

Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında eşi üniversite mezunu olan gebelerin puan ortalaması en yüksek ( $39,0\pm 8,26$ ) iken eşi okuryazar değil/okuryazar/ilkokul mezunu olanların en düşük ( $26,2\pm 13,17$ ) bulunmuştur. Gebelerin eşlerinin eğitim durumuna göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarının gebelerin Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını etkilediği ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan bonferroni düzeltme testi sonucunda okuryazar değil/okuryazar/ilkokul mezunu grubunda yer alan eşlerin ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan eşlerden TSOY-32 ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının anlamlı şekilde daha düşük olduğu, üniversite mezunu olan eşlerin ise lise ve ortaokul mezunu olan eşlerden TSOY-32 ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının ise anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eşi gelir getiren bir işte çalışan gebelerin TSOY-32 Ölçeği puan ortalamaları  $34,93\pm 9,89$  iken eşi çalışmayan gebelerin  $25,67\pm 14,18$  olarak ölçülmüştür. Eşlerin çalışma durumlarının TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını istatistiksel düzeyde etkilemediği görülmüştür ( $p=0,111$ ). Gebelerin eşlerinin çalışma durumlarının gebelerin TSOY-32 Ölçeği alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo 11).

**Tablo 12.** Gebelerin obstetrik özelliklerine göre TSOY-32 Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=206)

Özellikler	n (%)	Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Ortalama ± SS	Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Ortalama ± SS	TSOY-32 Ölçeği Toplam Ortalama ± SS
<b>Gebelik haftası</b>				
25-28	46(22,3)	34,51 ± 11,53	34,17 ± 9,26	34,33 ± 8,83
29-41	160	35,56 ± 11,15	34,31 ± 11,74	34,93 ± 10,31
t/p	(77,7)	-0,558/0,577	-0,076/0,940	-0,36/0,719
<b>Gebeliğin planlanmış olma durumu</b>				
Evet	152 (73,8)	35,1 ± 10,97	34,14 ± 11,23	34,61 ± 9,78
Hayır	54 (26,2)	35,94 ± 11,96	34,68 ± 11,26	35,31 ± 10,6
t/p		-0,469/0,639	-0,303/0,762	-0,437/0,662
<b>Gebelik sayısı</b>				
1 <sup>a</sup>	79 (38,3)	37,81 ± 8,88	35,99 ± 10,76	36,89 ± 8,69
2 <sup>b</sup>	66 (32)	35,51 ± 11,69	33,87 ± 11,54	34,68 ± 10,26
3-7 <sup>c</sup>	61(29,6)	31,9 ± 12,6	32,51 ± 11,31	32,2 ± 10,73
F/p		4,985/0,008, a>b	1,736/0,179	3,918/0,021, a>b
<b>Doğum sayısı</b>				
Hiç doğum yapmamış	97 (47,1)	36,83 ± 10,18	34,35 ± 11,86	35,58 ± 10,08
1	63 (30,6)	35,46 ± 12,08	34,88 ± 10,71	35,16 ± 9,69
2	27 (13,1)	33,59 ± 11,33	35,62 ± 9,24	34,6 ± 9,56
3-5	19 (9,2)	29,61 ± 11,82	30,05 ± 11,89	29,83 ± 10,33
F/p		2,504/0,06	1,090/0,355	1,820/0,145
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>				
Hiç çocuk yok	95 (46,1)	37,04 ± 10,15	34,5 ± 11,9	35,76 ± 10,07
1	68 (33)	35,51 ± 11,92	34,69 ± 10,6	35,09 ± 9,64
2-5	43 (20,9)	31,24 ± 11,53	33,15 ± 10,77	32,2 ± 10,1
F/p		4,089/0,018, a>c	0,281/0,755	1,948/0,145
<b>Düşük sayısı</b>				
Hiç düşük yok	165(80,1)	36,02 ± 10,43	34,91 ± 10,58	35,46 ± 9,25
1-4	41 (19,9)	32,53 ± 13,72	31,75 ± 13,33	32,13 ± 12,28
t/p		1,520/0,135	1,410/0,164	1,622/0,111
<b>Ölü doğum sayısı</b>				
Ölü doğum yok	199(96,6)	35,61 ± 11,05	34,65 ± 11,12	35,12 ± 9,8
1-2	7 (3,4)	27,26 ± 13,82	23,83 ± 9,16	25,5 ± 11,29
t/p		0,351/0,053	2,540/0,012	2,541/0,012
<b>Küretaj sayısı</b>				
Hiç küretaj yok	194 (94,2)	35,29 ± 11,13	34,37 ± 11,2	34,82 ± 9,88
1	12 (5,8)	35,86 ± 13,03	32,82 ± 11,91	34,36 ± 12,0
t/p		-0,171/0,864	0,464/0,643	0,154/0,877
<b>Erken doğum sayısı</b>				
Hiç erken doğum yok	204 (99)	35,27 ± 11,24	34,22 ± 11,21	34,74 ± 9,98
1-2	2 (1)	40,58 ± 8,84	40,67 ± 13,2	40,67 ± 11,08
t/p		-0,666/0,506	-0,809/0,420	-0,836/0,404

Tablo 12’de gebelerin obstetrik özelliklerine göre TSOY-32 Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Gebelik haftası 25-28 hafta arasında olan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması  $34,33\pm 8,83$  ve 29-41 hafta arasında olanların  $34,39\pm 10,31$ ’dir. Gebelerin gebelik haftasına göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,719$ ). Gebelerin gebelik haftalarının, Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını istatistiksel düzeyde etkilemediği saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,577$ ,  $p=0,940$ ).

Gebeliği planlanmış olan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamasının  $34,61\pm 9,78$  olduğu, planlı olmayanların  $35,31\pm 10,6$  olduğu bulunmuştur. Gebeliği planlanmış olma durumunun TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır ( $p=0,662$ ). Gebelerin gebeliklerini planlamış olma durumlarının Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,639$ ,  $p=0,762$ ).

İlk gebeliği olan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması  $36,89\pm 8,69$ , ikinci gebeliği olanların  $34,68\pm 10,26$  ve 3-7 arasında gebeliği olanların ise  $32,2\pm 10,73$ ’tür. Gebelerin gebelik sayılarının TSOY-32 Ölçeği puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır ( $p=0,021$ ). Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında ilk kez gebe olanların  $37,81\pm 8,88$ , ikinci gebeliği olanların  $35,51\pm 11,69$  ve 3-7 arasında olanların  $31,9\pm 12,6$  olarak bulunmuştur. Gebelerin gebelik sayılarına göre Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunurken ( $p=0,008$ ) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır ( $p=0,179$ ). Gebelerin gebelik sayısı ile TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması ve Tedavi Hizmet alt boyut puan ortalaması arasındaki anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan bonferroni düzeltme testinde, bir kez gebelik yaşayanların TSOY-32 Ölçeği toplam ve Tedavi Hizmet alt boyut puan ortalamalarının iki kez gebelik yaşayanlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hiç canlı doğumu olmayan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması  $35,58\pm 10,08$ , en az bir kez doğum yapmış olanların  $35,16\pm 9,69$ , iki kez doğum yapmış olanların  $34,6\pm 9,56$  ve 3-5 kez doğum yapmış olanların ise  $29,83\pm 10,33$  olarak bulunmuştur. Gebelerin doğum sayılarının TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını istatistiksel olarak

etkilemediği bulunmuştur ( $p=0,145$ ). Gebelerin doğum sayılarına göre Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamaları arasında bir fark saptanmamıştır (sırasıyla  $p=0,06$ ,  $p=0,355$ ).

Hiç yaşayan çocuğu olmayan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları  $35,76\pm 10,07$ , bir çocuğu olanların  $35,09\pm 9,64$  ve 2-5 arasında olanların  $32,2\pm 10,1$  olarak bulunmuştur. Gebelerin yaşayan çocuk sayılarının TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını istatistiksel düzeyde etkilemediği görülmüştür ( $p=0,145$ ). Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ortalamaları hiç çocuğu olmayan gebelerde  $37,04\pm 10,15$ , bir çocuğu olanlar  $35,51\pm 11,92$  ve 2-5 arası çocuğu olanlarda  $31,24\pm 11,53$  olarak bulunmuştur. Gebelerin yaşayan çocuk sayılarının Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ortalamaları istatistiksel düzeyde etkilediği bulunmuştur ( $p=0,018$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltme testinde, hiç çocuğu olmayanların, 2-5 arasında çocuğu olanlara göre anlamlı şekilde Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerin yaşayan çocuk sayılarının Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını istatistiksel düzeyde etkilemediği saptanmıştır ( $p=0,755$ ).

Düşük öyküsü olmayan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması  $35,46\pm 9,25$ , 1-4 arasında olanların  $32,13\pm 12,28$  olduğu bulunmuştur. Gebelerin düşük sayısına göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,111$ ). Gebelerin düşük sayılarının Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,135$ ,  $p=0,164$ ).

Ölü doğum öyküsü olmayan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarının  $35,12\pm 9,8$ , 1-2 arasında olanların  $25,5\pm 11,29$  olarak bulunmuştur. Gebelerin ölü doğum sayısına göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p=0,012$ ). Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamaları hiç ölü doğumu olmayan gebelerde  $34,65\pm 11,12$  iken 1-2 arasında olan gebelerde  $23,83\pm 9,16$  olarak ölçülmüştür. Gebelerin ölü doğum sayısının Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır ( $p=0,012$ ). Gebelerin ölü doğum sayısının Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği görülmüştür ( $p=0,053$ ).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 toplam puan ortalaması hiç küretaj olmayan gebelerde  $34,82 \pm 9,88$  ve bir kez küretaj olan gebelerde  $34,36 \pm 12,0$  olarak bulunmuştur. Gebelerin küretaj sayısına göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,877$ ). Gebelerin küretaj sayılarının Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını istatistiksel düzeyde etkilemediği saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,864$ ,  $p=0,643$ ).

Erken doğum öyküsü olmayan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarının  $34,74 \pm 9,98$ , 1-2 kez erken doğumu olanların  $40,67 \pm 11,08$  olduğu saptanmıştır. Gebelerin erken doğum sayısına göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,404$ ). Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarının gebelerin erken doğum sayılarından etkilenmediği saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,506$ ,  $p=0,420$ ), (Tablo 12).

**Tablo 13.** Gebelerin sağlık durumlarıyla ilgili özelliklerine göre ile TSOY-32 Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=206)

Özellikler	n (%)	Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Ortalama ± SS	Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Ortalama ± SS	TSOY-32 Ölçeği Toplam Ortalama ± SS
<b>Gebelikte düzenli ilaç kullanımı</b>				
Evet	158(76,7)	36,28 ± 10,84	35,17 ± 10,87	35,72 ± 9,32
Hayır	48(23,3)	32,18 ± 11,96	31,35 ± 11,93	31,76 ± 11,48
t/p		-2,274/ <b>0,026</b>	2,084/ <b>0,038</b>	2,434/ <b>0,016</b>
<b>Gebelikte rahatsızlık yaşama durumu</b>				
Evet	32(15,5)	37,96 ± 9,36	34,9 ± 11,52	36,43 ± 9,16
Hayır	174(84,5)	34,84 ± 11,48	34,17 ± 11,19	34,49 ± 10,12
t/p		1,454/0,147	0,34/0,734	1,010/0,314
<b>Gebelik döneminde sigara kullanma durumu</b>				
Evet	32 (15,5)	34,16 ± 11,31	29,44 ± 10,79	31,79 ± 10,35
Hayır	174(84,5)	35,54 ± 11,22	35,17 ± 11,09	35,35 ± 9,84
t/p		-0,636/0,525	-2,696/ <b>0,008</b>	-1,867/0,063
<b>Günlük sigara tüketimi (adet)</b>				
Sigara kullanmıyor <sup>a</sup>	174(84,5)	35,54 ± 11,22	35,17 ± 11,09	35,35 ± 9,84
1-6 <sup>b</sup>	18 (8,7)	36,81 ± 11,08	31,31 ± 11,84	34,05 ± 10,59
7-20 <sup>c</sup>	14 (6,8)	30,75 ± 11,04	27,04 ± 9,14	28,88 ± 9,62
F/p		1,360/0,259	4,227/ <b>0,016 a&gt;b</b>	2,826/0,062
<b>Gebelikte düzenli sağlık kontrollerini yaptırma</b>				
Evet	177(85,9)	36,77 ± 10,35	35,78 ± 10,49	36,27 ± 9,11
Hayır	29 (14,1)	26,45 ± 12,34	25,15 ± 11,34	25,8 ± 10,51
t/p		4,839/ <b>&lt;0,001</b>	4,999/ <b>&lt;0,001</b>	5,610/ <b>&lt;0,001</b>
<b>Gebelik dönemine ilişkin eğitim alma durumu</b>				
Evet	151(73,3)	36,05 ± 11,02	34,91 ± 10,74	35,47 ± 9,23
Hayır	55(14,1)	33,31 ± 11,58	32,57 ± 12,37	32,94 ± 11,69
t/p		1,558/0,121	1,326/0,186	1,619/0,107
<b>Gebelik dönemine ilişkin Alınan eğitimi yeterli bulma durumu</b>				
Yeterli	133(64,6)	36,24 ± 10,95	34,91 ± 11,06	35,57 ± 9,49
Yetersiz	12 (5,8)	35,43 ± 10,4	37,96 ± 7,07	36,68 ± 5,53
Fikrim yok	6 (2,9)	33,17 ± 15,25	28,67 ± 7,21	30,92 ± 9,19
Eğitim almadım	55 (26,7)	33,31 ± 11,58	32,57 ± 12,37	32,94 ± 11,69
F/p		0,96/0,412	1,511/0,213	1,354/0,258

p<0,05, t: Bağımsız Örneklem t Testi, F: Tek Yönlü ANOVA testi, SS: Standart sapma, TSOY: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Tablo 13'te gebelerin sağlık durumlarıyla ilgili 6zelliklerine g6re TSOY-32 6l6eği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımlı verilmiştir.

Gebelikte d6zenli ila6 kullandığını belirten gebelerin TSOY-32 6l6eği toplam puan ortalamaları  $35,72\pm 9,32$ , kullanmayanların ise  $31,76\pm 11,48$  olarak bulunmuştur. Gebelerin gebeliklerinde d6zenli ila6 kullanma durumlarının TSOY-32 6l6eği toplam puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği saptanmıştır ( $p=0,016$ ). Gebelerin gebelik d6neminde d6zenli ila6 kullanma durumlarının Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını da istatistiksel d6zeyde anlamlı bir şekilde etkilediği bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,026$ ,  $p=0,038$ ).

Gebeliğinde rahatsızlık yaşayan gebelerin TSOY-32 6l6eği toplam puan ortalamalarının  $36,43\pm 9,16$ , yaşamayanların ise  $34,49\pm 10,12$  olduğu bulunmuştur. Gebelerin gebeliklerinde rahatsızlık yaşama durumlarının TSOY-32 6l6eği toplam puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur ( $p=0,314$ ). Gebelerin gebeliklerinde rahatsızlık yaşama durumları ile Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,147$ ,  $p=0,734$ ).

Gebelik d6neminde sigara kullanan gebelerin TSOY-32 6l6eği toplam puan ortalamasının  $31,79\pm 10,35$ , kullanmayanların ise  $35,35\pm 9,84$  olduğu bulunmuştur. Gebelerin gebelik d6neminde sigara kullanım durumlarının TSOY-32 6l6eği toplam puan ortalamalarını istatistiksel d6zeyde etkilemediği bulunmuştur ( $p=0,063$ ). Gebelerin gebelik d6neminde sigara kullanım durumlarının Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ortalamasını etkilemezken ( $p=0,525$ ) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır ( $p=0,008$ ).

T6rkiye Sağlık Okuryazarlığı 6l6eği-32 toplam puan ortalaması en y6ksek g6nde 1-6 adet sigara t6keten gebelerde ( $34,05\pm 10,59$ ) iken en d6ř6k 7-20 adet sigara t6keten gebelerde ( $28,88\pm 9,62$ ) bulunmuştur. Gebelik d6nemlerinde hi6 sigara kullanmayan gebelerin ortalaması  $35,35\pm 9,84$ 't6r. G6nl6k sigara t6ketiminin TSOY-32 6l6eği toplam puan ortalamasını istatistiksel d6zeyde etkilemediği bulunmuştur ( $p=0,062$ ). G6nl6k sigara t6ketimi ile Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ortalamasını etkilemezken ( $p=0,259$ ) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır ( $p=0,016$ ). Gebelik d6neminde g6nl6k sigara kullanım sayısı ile Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamaları arasındaki anlamlı farkın

hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan bonferroni testinde hiç sigara kullanmayanların puan ortalamasının günde 7-20 adet arasında sigara kullananlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlık kontrollerini düzenli yaptıran gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması  $36,27 \pm 9,11$ , yaptırmayanların  $25,8 \pm 10,51$  olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin düzenli sağlık kontrollerini yaptırmaya durumuna göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Tedavi ve Hizmet alt boyut puanı ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını sağlık kontrollerini düzenli yaptıran gebelerin arasında istatistiksel düzeyde etkilediği saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ).

Gebelik dönemine ilişkin eğitim alan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması  $35,47 \pm 9,23$ , almayanların  $32,94 \pm 11,69$  olduğu bulunmuştur. Gebelerin gebelik döneminde eğitim alma durumlarının TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ( $p=0,107$ ). Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarının gebelerin gebelik dönemine ilişkin eğitim alma durumlarını istatistiksel düzeyde etkilemediği tespit edilmiştir (sırasıyla  $p=0,121$ ,  $p=0,186$ ).

Gebelik dönemine ilişkin alınan eğitimleri yeterli bulan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarının  $35,57 \pm 9,49$ , yetersiz bulan gebelerin  $36,68 \pm 5,53$ , fikrim yok yanıtını veren gebelerin  $30,92 \pm 9,19$  olduğu saptanmıştır. Bu dönemde hiç eğitim almadığını ifade eden gebelerin toplam puan ortalamaları ise  $32,94 \pm 11,69$  olarak ölçülmüştür. Yapılan analiz sonucu ile gebelerin gebelik dönemlerine ilişkin alınan eğitimi yeterli bulma durumlarının TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ( $p=0,258$ ). Gebelik döneminde alınan eğitimi yeterli bulma durumlarının Tedavi ve Hizmet alt boyut puan ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puan ortalamalarını istatistiksel düzeyde etkilemediği saptanmıştır ( $p=0,213$ ), (Tablo 13).

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi NST polikliğine rutin izlem nedeniyle başvuran 206 gebe ile gerçekleştirilmiş olup elde edilen bulgular literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamızda gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 alt boyut puan ortalaması en düşük 0, en yüksek 50 olup çalışmamızdaki gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması  $34,79 \pm 9,98$  olarak tespit edilmiştir (Okuy ve Abacıgil, 2016). Sonuçlara göre araştırmamıza katılan gebelerin orta düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu sonuç araştırma sorularımızın ilki olan “Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri nasıldır?” sorusunun cevabını oluşturmaktadır. Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin araştırıldığı çalışmalara bakıldığında; Yılmaz ve diğerleri (2019) TSOY-32 Ölçeğini kullanarak gebelerin sağlık okuryazarlık toplam puan ortalamasını  $34,49 \pm 9,14$  olarak bulunmuştur. Ilgaz (2021) yaptığı çalışmada da aynı ölçek kullanılmış olup toplam puan ortalaması  $28,81 \pm 6,57$  olarak hesaplanmıştır. Yazıcı Topçu (2019) çalışmasındaki gebelerin toplam sağlık okuryazarlık puan ortalamasını  $25,76 \pm 7,16$  olarak bulmuştur. Literatürdeki çalışmalara kıyasla bizim çalışmamızdaki gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu farklılık gebelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim), yaşadıkları bölge, yapılan araştırmalardaki ölçülen kriterler gibi birçok faktörden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamız sonucunda araştırmaya katılan gebelerin %15,5’inin yetersiz, %26,2’sinin sorunlu-sınırlı, %32,5’inin yeterli ve %25,7’sinin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Yazıcı Topçu (2019) yaptığı çalışmasında gebelerin %44’ünün yetersiz, %43,5’inin sorunlu-sınırlı ve %12,5’inin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, mükemmel düzeye sahip hiçbir gebe bulunmadığını saptamıştır. Gök ve diğerleri (2022) çalışmalarında gebelerin %12,8’inin yetersiz, %24,0’ının sorunlu-sınırlı, %28,4’ünün yeterli ve %34,8’inin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını ortaya koymuştur. Sağlıklı nesillerin yetişmesi adına gebelik döneminde kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri ölçülmeli ve düşük düzeyde olanlara eğitim verilmesi gerekmektedir.

Yetersiz sağlık okuryazarlık sonuçları toplumu ciddi tehdit eden bir durumdur. Yee ve diğerleri (2014) ve Wilson ve diğerleri (2012) alışmalarındaki dūřuk gelirli gebelerin sağlık okuryazarlık dūzeylerini sınırlı olduklarını saptamışlardır. Lupatelli ve diğerleri (2014) alışmalarında dūřuk sağlık okuryazarlığa sahip gebelerin reçete edilen ilaçları kullanımda uyumsuzluk gōsterdiklerini tespit etmişlerdir. Shieh ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmayla dūřuk dūzeyde sağlık okuryazarlığa sahip gebeliğin gestasyonel diyabetli gebeler, ölü doğum veya konjenital malformasyonlu bebeklerin doğumu, anne stresi ve doğum sonu depresyon gibi sonuçları olabileceğini ortaya koymuşlardır. Tavananezhad ve diğerleri (2022) gebe kadınların sağlık okuryazarlık dūzeyleri ve güçlendirilmesi gerekliliği hakkında yaptıkları çalışma sonucunda gebelikte kadınların sağlık okuryazarlık dūzeylerinin artması için güçlendirilmesi arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir.

Çalışmamıza katılan gebelerin çoğunlukla 26-34 (%49,5) yař aralığında olup gebelerin yaşlarının sağlık okuryazarlık dūzeylerini etkilediği tespit edilmiştir. 26-34 yař aralığındaki gebelerin 18-25 yař aralığındaki gebelere gōre TSOY-32 lek puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur. Tavananezhad ve diğerleri (2022) alışmalarında yaşın gebe kadınların sağlık okuryazarlık dūzeylerinde etkili bir faktör olduğunu ortaya koymuşlardır. Bello ve diğerleri (2022) gebelerin sağlık okuryazarlığını etkileyen en önemli faktörlerden birini yař olarak belirlemiş ve çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında 25-34 yař grubu arasındaki gebelerin sağlık okuryazarlık dūzeylerini en yüksek olarak saptamışlardır. Sheinis ve diğerleri (2018) ileri yař (>35) gebeliği yaşayan kadınların gebelik komplikasyonları konusunda bilgili olduklarını dūřünmelerine rağmen doğru bilgileri anlamakta zorluklar yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. Literatürdeki bu veriler ve bizim çalışmamızın aksine Güler ve diğerlerinin (2021) alışmalarında 19 yař ve altındaki gebelerin sağlık okuryazarlık durumlarını daha yüksek olarak tespit etmişlerdir. alışmalar arasındaki bu farklılığın sebebinin gebelerin gebelik sayılarından kaynaklı olabileceği dūřnlebilir. Bu çalışmaya katılan gebelerin eşlerinin çoğunluğu (%49) 26-34 yař grubu aralığındadır. Gebelerin eşlerinin yaşının gebelerin sağlık okuryazarlık dūzeyini istatistiksel dūzeyde anlamlı bir şekilde etkilediği gōrlmřtir. Karamolahi ve diğerleri (2021) alışmalarında gebelerin eşlerinin yař ortalamasını  $33,6 \pm 5,7$  olarak saptamışlardır. 30 yař altı ve 31 yař üstü gebe eř yaşının karşılaştırıldığı çalışma sonucunda gebelerin eşlerinin yaşının sağlık okuryazarlık dūzeylerini etkilediği tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan gebelerin en fazla (%35) üniversiteden mezun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek üniversite mezunu gebelerde görülmüş olup gebelerin eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlıklarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Literatüre bakıldığında çalışmamızı destekleyen çalışmalar mevcuttur (Toksoy, 2019; Bello ve diğerleri, 2022; Durmuş ve diğerleri, 2022). Çalışmamıza katılan gebelerin eşlerinin üçte birinin üniversite mezunu oldukları bulunmuştur. Eşlerin eğitim düzeylerinin gebelerin TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalamasını anlamlı bir şekilde etkilediği ve gebelerin eşlerinin büyük çoğunluğunun (%98,5) gelir getiren bir işte çalıştığı, eşleri çalışan gebelerin TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalamalarının çalışmayanlara göre etkilemediği görülmüştür. Aral ve diğerleri (2021) çalışmalarında eşlerinin eğitim düzeyinin gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyini anlamlı bir şekilde etkilediği, üniversite veya daha yüksek bir öğrenimden mezun eşlerin ilköğretim mezunu eşi olan gebelerden daha yüksek bir sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öztürk Emiral (2018) çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Khorasani ve diğerleri (2018) İran'da 185 gebe ile yaptıkları çalışmaları sonucunda eşlerin eğitim seviyelerinin artmasının gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim düzeyinin artması ile bilgiye gereksinim duyduğunu anlama, doğru bilgiyi arama ve ulaşma davranışlarının artabileceği düşünülerek eğitim durumunun sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca Türk toplum yapısının daha ataerkil bir düzene sahip olduğu düşünülerek eşlerin eğitim düzeyinin yüksek olması ile gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artması arasında ilişki de açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerden gelir getiren bir işte çalışanların TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması çalışmayan gebelerden daha yüksek olup istatistiksel anlamlı bir şekilde sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediği bulunmuştur. Shieh (2010) çalışmasında düşük gelirli kadınların sağlıklı bilgiyi arama davranışlarında yetersiz oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Kurt Durmuş ve Ören (2022) ve Toksoy (2019) çalışma bulgularımız ile benzer sonuçları saptamışlardır.

Araştırmamıza katılan gebelerin %85,0'nun resmi ve dini nikahı bulunduğu ve gebeleri nikah durumlarının TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını istatistiksel düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Toksoy (2019) çalışmasında araştırmaya katılan her gebenin medeni durumlarının evli olduklarını saptamıştır. Semerci ve diğerleri (2023) çalışmasına katılan gebelerin %96,9'unun evli olduğu belirtilmiştir. Bello ve diğerleri (2022)

çalışmalarındaki gebelerin %74,6'sının evli olduğunu belirtmişlerdir. Jovic-Vranes ve diğerleri (2009) ve Mollakhalili ve diğerleri (2014) çalışmalarında sağlık okuryazarlık düzeylerinin medeni durumdan etkilendiğini ortaya koymuşlardır. Literatürde bu konu hakkında çok fazla bilgi olmamasının nedeni araştırılan bir kriter olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan anket ve araştırma soruları içerisinde alınan farklı yanıtlarla bu kriter değerlendirilmiş olabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %85,9'unun sağlık güvencesi bulunmaktadır. Sağlık güvencesi olan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puanı sağlık güvencesi olmayan gebelerden daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Akça ve diğerleri (2020) ve Coşkun ve diğerleri (2020) çalışmalarındaki gebelerin çoğunun sağlık güvencesi olduğunu tespit etmişlerdir. Şenol ve diğerleri (2019) sosyal güvencesi olan gebelerin olmayanlardan daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduklarını saptamışlardır. Bizim çalışma bulgularımızın aksine gebelerin sağlık güvencesi bulunma durumunun sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemediği sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur (Eser, 2021; Toksoy, 2019).

Araştırmamıza katılan gebelerin en çok (%67,0) 1-5 yıl arası evlilik süreleri olduğu bulunmuştur. Gebelerin evlilik sürelerinin sağlık okuryazarlık düzeylerini istatistiksel düzeyde etkilemediği saptanmıştır. Tavananezhad ve diğerleri (2022) çalışmalarında 353 gebeyi değerlendirmişlerdir ve evlilik süreleri ortalamalarını  $7,08 \pm 5,02$  yıl olarak saptamışlardır. Çalışma bulgularımız literatürdeki bazı araştırmalar ile paralellik göstermektedir (Akça ve diğerleri, 2020; Coşkun ve diğerleri, 2020).

Araştırmamızdaki gebelerin en çok (%90,3) çekirdek aile düzenine sahip olduğu tespit edilmiştir. Çekirdek aile yapısına sahip gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puanı geniş aile yapısındaki gebelerden daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgularımızla benzer sonuç olarak Eser (2021) araştırmasında gebelerin %91,4'ünün çekirdek aile düzeninde yaşadığını ve aile tipinin gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini istatistiksel olarak etkilediğini saptamıştır. Ancak Filiz (2015) çalışmasında gebelerin %66,2'sinin çekirdek aile düzeninde yaşadığını ve aile tipinin gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemediğini ortaya koymuştur. Türk toplumundaki kadının aile hayatındaki sorumluluklarının fazla olması nedeniyle çekirdek aile yapısındaki bir gebenin daha az sorumlulukları olacağı için kendine ve sağlığına daha fazla vakit ayırabileceği söylenebilir.

Çalışmamızdaki gebelerin yarısından fazlasının il merkezinde yaşadığı tespit edilmiştir. Gebelerin ikamet ettikleri yerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur. Araştırmamıza benzer sonuçlar Filiz (2015) ve Öztürk Emiral (2018) çalışmalarında gebelerin çoğunlukla ilde yaşadıklarını ve gebelerin ikamet ettikleri yerin sağlık okuryazarlık durumlarını etkilediğini saptamışlardır. Karamolahi (2021) ve diğerleri de çalışmaları sonucunda gebelerin ikamet ettikleri yerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediğini ortaya koymuşlardır. Literatürdeki çalışmaların sonuçlarına bakarak il merkezlerindeki sağlık kuruluşlarının ve ulaşım imkanlarının daha iyi olması nedeniyle aynı sonuçların alındığı düşünülebilir.

Çalışmamızdaki gebelerin çoğunluğunun gelirlerinin giderlerine denk olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Gebelerin gelir durum algısının sağlık okuryazarlık durumlarını istatistiksel düzeyde etkilediği saptanmıştır. Bello ve diğerleri (2022) çalışmalarında gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyinin gelir durumundan etkilendiğini tespit etmişlerdir. Sorensen ve diğerleri (2015) çalışmalarında kişilerin %47'sinin sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu bulmuştur ve mali yoksunluğun düşük sağlık okuryazarlığın en önemli nedeni olduğunu belirtmişlerdir. Ülkemizde de Filiz (2015) ve Öztürk Emiral (2018) yaptıkları çalışmalar ile gelir durum algısının sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediğini tespit etmişlerdir.

Çalışmamızda gebelerin büyük çoğunluğunun (%77,7) 29-41. gebelik haftalarında olduğu bulunmuştur. Gebelerin, gebelik haftasının sağlık okuryazarlık düzeylerini istatistiksel düzeyde etkilemediği saptanmıştır. Coşkun ve diğerleri (2020) çalışmalarındaki gebelerin %43,1'inin 3.trimesterde olduğunu ortaya koymuştur. Çalışma sonuçlarımız ile benzer sonuç bulan Eser (2021) de çalışmasındaki gebelerin en çok 3.trimesterde olduklarını ve gebelik haftasının sağlık okuryazarlık durumlarını etkilemediğini tespit etmiştir.

Çalışmamıza katılan gebelerin çoğunluğu (%73,8) gebeliklerini planladıklarını ifade etmiştir. Araştırmamız sonucunda gebeliğin planlama durumunun TSOY-32 Ölçeği toplam puanlarını etkilemediği saptanmıştır. Goossens ve diğerleri (2016) Belçika'daki kadınlarla yaptıkları çalışmalarında %83'ünün planlı gebelik yaşadıklarını saptamışlardır. Çalışma bulgularımızla paralel olarak Filiz (2015) çalışmasında da gebelerin gebeliklerini planlama durumlarının sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Gebeliğin planlı yaşanması anne ve çocuk sağlığının fizyolojik-psikolojik etkileri açısından bakıldığında önemli noktalardan biri olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızdaki gebelerin yarısından çoğunun 2-7 kez gebelik yaşadığı bulunmuştur. İlk kez gebelik yaşayan kadınların TSOY-32 toplam puan ortalaması iki ve daha fazla sayıda gebelik yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Semerci ve diğerleri (2023) ve Eser (2021) çalışmalarında da gebelerin gebelik sayılarına göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin etkilendiğini saptamışlardır. Musaoğlu (2021) çalışmasında üç ve daha az sayıda gebelik yaşayan kadınların sağlık okuryazarlık puanlarını daha yüksek bulmuştur. Kharazi ve diğerleri (2016) İran'da yaptıkları çalışmalarında gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir. Ancak Akça ve diğerleri (2020) yaptıkları araştırma sonucunda gebelik sayısının gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini istatistiksel düzeyde etkilemediğini bulmuşlardır. Bulunan farklı sonuçlar değerlendirildiğinde gebelerin sosyo-demografik özelliklerinden kaynaklı olarak değişken sonuçların elde edildiği düşünülebilir. Çalışmamız sonucunda ilk kez gebelik yaşayan kadınların sağlık okuryazarlık oranlarının daha yüksek olmasının nedeni ise yaşanan ilk tecrübe olarak merak edilmesi, heyecan hissedilmesi ve diğer gebeliklerde daha deneyimli olunması gibi duyguların etkisinden kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızdaki gebelerin yaklaşık yarısının 1-6 kez arasında doğum yaptığı bulunmuştur. Gebelerin doğum sayılarının TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır. Çalışma sonucumuz Akça ve diğerleri (2020)'nin çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin yaşayan çocuk sayısının sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir (Aktan ve Özdemir, 2020; Eser, 2021). Ancak çalışma bulgularımızın aksine Lupatelli ve diğerleri (2014) çalışmalarında yaşayan çocuğu olmayan kadınların daha düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduklarını saptamışlardır. Sajjadi ve diğerleri (2016) İran'da yaptıkları araştırmalarında gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile yaşayan çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir.

Çalışmamızdaki gebelerin düşük/küretaj olma durumlarının TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalamalarını istatistiksel düzeyde etkilemediği tespit edilmiştir. Çalışma bulgularımız değerlendirildiğinde Eser (2021)'in çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Ancak çalışma bulgularımızın aksine Semerci ve diğerleri (2023) çalışmasında düşük ve küretaj olma durumlarının gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediğini tespit etmiştir.

Araştırmamızdaki gebelerin ölü doğum öyküsü olmayanların TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ölü doğum öyküsü olan gebelerden daha yüksek bulunmuştur. Durmuş (2023) çalışmasında araştırmasına katılan gebelerin %95,4'ünün ölü doğum öyküsü olmadığı sonucunu tespit etmiştir. Çalışma bulgularımızın aksine Semerci ve diğerleri (2023) tarafından yapılan çalışmada ise ölü doğum öyküsünün gebelerin sağlık okuryazarlıkları düzeylerini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızdaki gebelerin çoğunluğunun (%99) erken doğum öyküsü yoktur. Araştırmamız sonucunda gebelerin erken doğum öyküsünün sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Bennet ve diğerleri (2006) Afro-Amerikalı kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında erken doğumun sağlık okuryazarlık üzerinde etkili olmadığı sonucunu tespit etmiştir. Bulgularımız bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan gebeler, gebelikleri boyunca düzenli ilaç kullandıklarını, kullanılan ilaçların en çok demir preparatı, ikinci sırada vitamin ve son olarak folik asit olduğu tespit edilmiştir. Düzenli ilaç kullanım durumlarının gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediği saptanmıştır. Pisa ve diğerleri (2015) İtalya'daki gebelerle yaptıkları araştırmalarında kullandıkları ilaçları araştırmışlar ve gebelerin %36,0'ının folik asit, %26,2'sinin demir preparatı kullandığını saptamışlardır. Zaki ve Albarraq (2014) Suudi Arabistan'daki gebelerin ilaç kullanım, tutum ve bilgisini araştırdıkları çalışmalarında gebelerin en çok (%13,2) parasetomal ve vitamin kullandıklarını ortaya koymuşlardır. Abduelkarem ve Mustafa (2017) Birleşik Arap Emirlik 'inde gebe kadınların reçetesiz ilaç kullanma deneyimlerini araştırmışlar ve sonuç olarak gebelerin %36,0'ının folik asit, %28,6'sının kalsiyum ve %35,1'inin demir preparatı kullandığını saptamışlardır. Filiz (2015) araştırmasında folik asit ve demir preparatı kullanan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğunu saptamıştır.

Çalışmamıza katılan gebelerin %15,5'inin gebelik dönemlerinde sigara kullandıkları, sigara kullananların ise günde en çok 6-15 adet tükettikleri bulunmuştur. Araştırmamızda gebelerin sigara kullanım durumlarının sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemediği bulunmuştur. Durmuş (2023) çalışmasındaki gebelerin onda birinin gebelik döneminde sigara içmeye devam ettiğini ve on gebeden sekiz tanesinin evinde sigara kullanan biri olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kurt Durmuş ve Ören (2022) çalışmalarındaki gebelerin %66,2'sinin sigara kullandıklarını tespit etmişlerdir. Caleyachetty ve diğerleri (2014) gebe

kadınların sigara kullanım durumlarını inceledikleri araştırmalarında en düşük prevalansın Afrika bölgesinde (%2), en yüksek Güney Doğu Asya bölgesinde (%5,1) olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışma bulgularımızın aksine Martin ve diğerleri (2012) ve Öztürk Emiral (2018) alışmaları bizim çalışma bulgularımızın aksine gebelerin sigara kullanım durumlarının sağlık okuryazarlık düzeylerini istatistiksel düzeyde etkilediğini tespit etmişlerdir. Wilhelmovala ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmalarında düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin gebelerde sigara kullanım durumunu istatistiksel olarak etkilediğini saptamışlardır. Literatürdeki bu farklı sonuçlara bakarak gebelik döneminde özellikle zararlı alışkanlıkların kullanımını konusunda kadınların daha doğru yönlendirilmesi gerekliliğinin olduğu düşünölmektedir.

Çalışmamızdaki gebelerin çoğunluğunun (%85,9) gebelik dönemlerindeki sağlık kontrollerini düzenli bir şekilde yaptırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Düzenli sağlık kontrollerine giden gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puanını etkilediği saptanmıştır. Kurt Durmuş ve Ören (2022) alışmalarına bakıldığında gebelerin iyi düzeyde sağlık okuryazarlık oranına sahip olduğu ve araştırmaya katılan gebelerin %74,8'inin düzenli sağlık kontrollerine gittiği belirtilmiştir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %73,3'ünün gebelik dönemlerinde eğitim aldığı ve eğitim alanların %64,6'sının bu eğitimi yeterli bulduğu tespit edilmiştir. Gebelik döneminde alınan eğitimin gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Bulgularımız Pazarözyurt ve Özman (2023)'in çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin gebelik dönemlerinde aldıkları eğitimin %70,6'sının doktorlardan, %22,9'unun ebelerden ve %6,5'inin hemşirelerden aldıklarını belirtmişlerdir. Yazıcı Topçu (2019) yaptığı çalışmada gebelerin gebelik ile ilgili bilgileri %98,9 oranında sağlık görevlisinden aldığını saptamıştır. Vamos ve diğerleri (2019) alışmalarında gebelerin gebelik dönemlerinde sağlıklı bilgiye erişmek için en önemli kaynak olarak sağlık profesyonellerini (doktor, ebe) tercih ettiğini tespit etmiştir. Literatürde alışma bulgularımızı destekleyen bu çalışmaların yanında aksini kanıtlayan çalışmalar bulunmaktadır. Pazarözyurt ve Özman (2023) ve Kavlak ve diğerleri (2012) alışma sonuçları ortak olarak gösteriyor ki gebeler gereksinim gördükleri bilgileri yüksek orandan internetten edinmektedirler. Günümüzde internet toplumdaki herkes tarafından çok yaygın bir kullanıma sahip olsa da elektronik sağlık (e-sağlık) okuryazarlık ve eleştirel okuryazarlık düzeyleri yüksek olmadığı sürece özellikle gebelerin doğru bilgiyi edinebilmesi adına zor bir kaynaktır. Gebelik dönemi

hassas ve doğru bir şekilde yönetilmesi gereken bir süreçtir. Bu nedenle gebelerin en iyi bilgiyi almak adına sağlık profesyonellerine ulaşmaları gerekmektedir. İnternet kullanım ve ulaşım kolaylığı nedeniyle tercih edilen bir kaynak haline gelmesi durumunda da sağlık profesyonelleri gebelere bu konuda eğitim vermeli ve gerekli şekillerde yönlendirmelidir (Pazarözyurt ve Özkan, 2023).

Çalışmamızdaki gebelerin çoğunlukla (%85,0) gebelik dönemlerinde rahatsızlık yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Rahatsızlık yaşayan gebelere bakıldığında ise en çok yaşanan sorunun kronik hastalıklarından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Araştırmamızda gebelerin, gebelik dönemlerinde rahatsızlık yaşama durumlarının TSOY-32 Ölçeği toplam puanını etkilemediği saptanmıştır. Bello ve diğerleri (2022) çalışmalarında gebelerin %29,2'sinin anemisi ve %24,9'unun gebelik hipertansiyonu olduğunu ortaya koymuşlardır. Al Hamimi ve diğerleri (2016) Oman'da yaptıkları çalışmalarında 105 gebenin 35'inin kronik hastalığı olduğunu ve %30,9'unun diyabet hastası olduğunu tespit etmişlerdir. Varghese ve diğerleri (2016) Hindistan'da yaptıkları çalışmalarında gebelerin hipertansiyon, bipolar bozukluk, anemi, idrar yolu enfeksiyonu, hipotiroidizm ve diyabet gibi kronik hastalıkları olduğunu saptamışlardır. Çalışma bulgularımızın aksine Tavananezhad ve diğerleri (2022) çalışmalarında gebelerin gebelik döneminde rahatsızlık geçirme durumlarının sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediği sonucuna ulaşmışlardır.

### **5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Yaptığımız araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma sırasında kullanılan bilgiler çalışmaya katılmayı kabul etmiş gebelerin kendi değerlendirmeleri ile doldurulmuş olup veriler sadece araştırmadaki gebeleri kapsamaktadır. Araştırma ülke genelindeki tek bir hastanede yapıldığı için tüm topluma genellenemez.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız araştırmamız 206 gebe ile gerçekleştirilmiştir. Sonuç olarak;

- Çalışmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması  $28,21 \pm 5,67$  olup, çoğunluğu 26-34 yaş aralığındadır. Gebelerin üçte birinin üniversite mezunu olduğu, büyük çoğunluğunun sağlık güvencesi olduğu, yarısından fazlasının gelir getiren bir işte çalışmadığı ve büyük çoğunluğunun resmi ve dini nikahı olduğu saptanmıştır.
- Gebelerin yarısından fazlasının 1-5 yıl arası evlilik süresine sahip olduğu ve il merkezinde yaşadığı, büyük çoğunluğunun çekirdek aile düzeninde yaşadığı ve yarısından fazlasının gelirlerini giderlerine denk olarak algıladığı tespit edilmiştir.
- Gebelerin eşlerinin çoğunlukla 26-34 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalaması  $32,12 \pm 6,46$  olduğu saptanmıştır. Eşlerin üçte birinin üniversite mezunu olup büyük çoğunluğunun gelir getiren bir işte çalıştığı bulunmuştur.
- Gebelerin, gebelik hafta ortalaması  $32,54 \pm 3,89$  olup büyük çoğunluğu 27-42. gebelik haftaları arasındadır. Gebelerin yarısından fazlasının gebeliklerini planlamış oldukları, 2-8 kez gebelik yaşadıkları ve 1-6 kez doğum yaptıkları tespit edilmiştir.
- Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması  $0,85 \pm 1,02$ , düşük sayısı ortalaması  $0,28 \pm 0,63$ , ölü doğum sayısı ortalaması  $0,04 \pm 0,22$ , küretaj sayısı ortalaması  $0,06 \pm 0,23$  ve erken doğum sayısı ortalaması  $0,01 \pm 0,16$  olarak tespit edilmiştir.
- Gebelerin çoğunluğunun gebeliklerinde düzenli ilaç kullandıkları, büyük çoğunluğunun gebeliklerinde sigara kullanmadığı ancak sigara kullanan gebelerin çoğunlukla günde 1-5 adet kullandıkları saptanmıştır.
- Gebelerin büyük çoğunluğunun gebelik dönemlerinde düzenli sağlık kontrollerini yaptırdıkları ve eğitim aldıkları, yarısından fazlasının eğitim aldığı kişinin doktor olduğu ve aldıkları eğitimi yeterli bulduklarını belirtmişlerdir.
- Gebelerin büyük çoğunluğunun gebelik sürecinde rahatsızlık yaşadığı, en çok yaşanan rahatsızlığın gebelikle ilgili sorunlar olduğu tespit edilmiştir.

- Gebelerin Sağlık Okuryazarlık (TSOY-32) Ölçeği toplam puanı  $34,79 \pm 9,98$ , Tedavi ve Hizmet alt boyut puanı  $35,32 \pm 11,21$  ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puanı  $34,28 \pm 11,22$  olarak bulunmuştur.
- Çalışmamızdaki gebelerin %15,5'inin yetersiz, %26,2'sinin sorunlu-sınırlı, %32,5'inin yeterli ve %25,7'sinin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.
- Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinden; yaş, eğitim durumu, çalışma ve nikah durumu, sağlık güvencesi varlığı, sahip olduğu aile tipi, ikamet ettikleri yer ve gelir durum algısının TSOY-32 Ölçeği toplam puanını etkilediği tespit edilmiştir.
- Gebelerinin eşlerinin yaş ve eğitim durumlarının gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ve TSOY-32 Ölçeği toplam puanını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
- Gebelerin obstetrik özelliklerinden gebelik sayısı ve ölü doğum sayısının okuryazarlık düzeylerini etkilediği tespit edilirken; gebelik haftası, gebeliğin planlanmış olması, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı ve erken doğum sayısının etkilemediği saptanmıştır.
- Gebelerin düzenli ilaç kullanım durumu ve düzenli sağlık kontrollerini yaptırma TSOY-32 Ölçeği toplam puanlarını etkilerken, gebelik döneminde sigara kullanım durumunun Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puanını etkilediği tespit edilmiştir.
- Gebelerin gebelik döneminde rahatsızlık yaşaması, eğitim alması ve alınan eğitimi yeterli bulma durumlarının sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilemediği bulunmuştur.

## 6.2. Öneriler

- Gebelik dönemi boyunca her gebeye ulaşılmalı ve sağlık okuryazarlık düzeyleri hakkında bilgi sahibi olunmalı, değerlendirilmeye çalışılması,
- Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerine uygun şekilde sağlık profesyonelleri tarafından eğitimler düzenlenmesi,
- Özellikle il merkezinde yaşamayan gebeler için aile sağlığı merkezinde görev yapan ebelerin her izlemlerinde kadınlara gerekli gördükleri eğitimleri vermesi,
- Hastane çalışma koşulları nedeniyle yoğunluktan eğitim verilemeyen kadınlar gebe okullarına veya aile sağlığı merkezlerine yönlendirilmesi,

- Verilecek eğitimlerin içeriği çok iyi düzenlenmeli, gebelikte beslenme, zararlı alışkanlıkların kullanımı, uygun vitaminlerin alınması gibi konulara özen gösterilmesi,
- Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek amacıyla her ilde benzer çalışmalar yapılmalı ve çalışma sonuçları ile ebelerin gebelere eğitim vermesi yönündeki engeller kaldırılmalı, her ebenin gebeye ulaşması sağlanması önerilmektedir.
- Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi toplumsal iyilik hali için kaçınılmaz bir gerekliliktir. Eğitim sistemi ile desteklenerek toplumun okuryazarlık oranları artırılmalıdır. Bunun yanı sıra sağlık çalışanları, devlet kurumları ve onlar tarafından desteklenecek yeni politikalar, akademisyenler, medya ekipleri gibi büyük bir grupla toplumsal kalkınma hedeflenmelidir



## KAYNAKLAR

- Abadi, A. S. M., Molaei, T. A., Ramezankhani, A., & Dadipoor, S. (2017). The health literacy of pregnant women in Bandar Abbas, Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 15(2): 121-132.
- Abduelkarem, A.R., & Mustafa, H. (2017). Use of over-the-counter medication among pregnant women in Sharjah, United Arab Emirates. *Journal of Pregnancy*, 2017, 1-8.
- Akbıyık, A., Tekindal, M.A. (2023). Deprem sonrası salgın oluşturma potansiyeline sahip enfeksiyon hastalıklarının belirlenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 489-499.
- Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., Akbaş, M. (2020). Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3); 630-642.
- Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., Durmuşoğlu, M., Tunçbilek, A. (1998). *Halk Sağlığı*. (Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, No:26). Ankara.
- Aktan, V.G., Özdemir, F. (2020). Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi. *Çukurova Medical Journal*, 45(1), 352-361.
- Aktaş, H. (2018). Sağlık ve eğitimi değerlendirmede bir ölçme aracı; sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Bilimleri Eğitim Dergisi*, 1(1); 12-16.
- Al Shamsi, H., Almutairi, A.G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of language barriers for healthcare: A systematic review. *Oman Medical Journal*, 35(2), e122.
- Al-Hamimi, J.Z., & Al Balushi, K.A. (2016). Patterns of prescription drugs use among pregnant women at Sultan Qaboos University Hospital and Sultan Qaboos University hospital family and community medicine clinic, Oman. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 8(4), 309-313.

- Anderson, M.D., Merkin, S.S., Everson-Rose, S.A., Widome, R., Seeman, T., Magnani, J. W., ... & Lutsey, P. L. (2021). Health literacy within a diverse community-based cohort: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23, 659-667.
- Aral, N., Aysu, B., Aydoğdu, F., Gürsoy, F. (2021). Annelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin incelenmesi: çocuk gelişimci perspektifi ile disiplinlerarası bir çalışma. *Gevher Nesibe Journal Of Medical & Health Sciences*, 6(14), 35-44
- Arnold, C.L., Davis, T.C., Berkel, H.J., Jackson, R.H., Nandy, I., & London, S. (2001). Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women. *Preventive Medicine*, 32(4), 313-320.
- Atalay, G.A., Çakır, Ö. (2021). Kronik hastalığa sahip bireylerin afetlerde zarar görebilirliği. *Hastane Öncesi Dergisi*, 6(2), 243-261.
- Ayran, G., Köse, S., Aydın, E. (2023). Gebelikte anne sağlığı okuryazarlığı envanterinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Karya Journal of Health Science*, 4(1): 11-18.
- Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okur-Yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4):321-326. doi: 10.5455/pmb1-1402386162
- Bardakçı, Ş., Oğlak, S. (2022). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi ve Türkiye. *Toplumsal Politika Dergisi*, 3(1); 71-90.
- Bello, C.B., Esan, D.T., Akerele, S.A., & Fadare, R.I. (2022). Maternal health literacy, utilisation of maternal healthcare services and pregnancy outcomes among newly delivered mothers: A cross-sectional study in Nigeria. *Public Health in Practice*, 3(April), 100266. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2022.100266>
- Bennett, I., Switzer, J., Aguirre, A., Evans, K., & Barg, F. (2006). 'Breaking it down': patient-clinician communication and prenatal care among African American women of low and higher literacy. *The Annals of Family Medicine*, 4(4), 334-340.

- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Betz, L.C., Ruccgone, K., Meeske, K. & Chang, N. (2008). Health literacy: A pediatric nursing concern. *Pediatric Nursing*, 34(3), 231-239.
- Biçer, E.B., & Malatyalı, İ. (2018). Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17(2), 1-15.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 61-68.
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy - A psychological view. *Ginekologia Polska*, 89(2), 102-106.
- Bolsoy, N., Sevil, Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.
- Caleyachetty, R., Tait, C.A., Kengne, A.P., Corvalan, C., Uauy, R., & Echouffo-Tcheugui, J. B. (2014). Tobacco use in pregnant women: analysis of data from demographic and health surveys from 54 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 2(9), e513-e520. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70283-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70283-9)
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.004>
- Coşkun, A.M., Arslan, S., Okçu, G. (2020). Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. *Koç Üniversite Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(1):1-8
- Coşkun, S., Bebiş, H. (2015). Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(4). 378-384.
- Creedy, D. K., Gamble, J., Boorman, R., & Allen, J. (2021). Midwives' self-reported knowledge and skills to assess and promote maternal health literacy: A national cross-sectional survey. *Women and Birth*, 34(2), e188-e195.

- Çopurlar, C.K., Kartal, M. (2015). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 42-47.
- Davis, T.C., Crouch, M.A., Long, S.W., Jackson, R.H., Bates, P., George, R.B., Bairnsfather, L.E. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adults primary care patients. *Family Medicine*, 23(6), 433-435.
- Demir, B. (2020). Sağlık kavramsallaştırılması ve insan odaklı sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon perspektifi. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 62-83.
- Dost, A., Durmaz, M.Ö. (2022). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 652-666.
- Duggan, L., McCarthy, S., Curtis, L. M., Wolf, M. S., Noone, C., Higgins, J. R., ... & Sahn, L. J. (2014). Associations between health literacy and beliefs about medicines in an Irish obstetric population. *Journal of Health Communication*, 19, 106-114.
- Durgun, S., Şen, S., & Tayhan, E. (2018). Ulusal ve Uluslararası Ebelik Etik Kodları. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(4):218-223.
- Durmuş, M.K., Besey, Ö. (2022). Gebelerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve kişisel özelliklerin sağlık okuryazarlığına etkisi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 4(2), 88-94.
- Durusu-Tanrıöver, M., Yıldırım H.H., Demiray-Ready F.N., Çakır, B. Akalın, H.E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması, *Sağlık-Sen Yayınları*, 6,42-47.
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 54, 313-324. doi: 10.1007/s00038-009-0058-2.
- Ekizer, A. (2020). Sağlık sosyolojisi ve tarihsel gelişimi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(1), 1-12.
- Eser, N. (2021). *Gebelerin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlık durumları ile arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisan Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Eskişehir.

- Farley, H. (2020). Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. *Nursing Open*, 7(1), 30-41. <http://doi.org/10.1002/nop2.382>
- Filiz, E. (2015). *Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya.
- Filiz, E., Bodur, S. (2022). Gebe ve gebe olmayan kadınlarda sağlık okuryazarlık ve sağlık algısı ilişkisinin değerlendirilmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 3(1), 17-33.
- Franco, J., Morris, N.S., & Fung, M K. (2023). Defining and identifying laboratory literacy as a component of health literacy: An assessment of existing health literacy tools. *Academic Pathology*, 10(4), 100096. <http://doi.org/10.1016/j.acpath.2023.100096>
- George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference (10a Ed.)*. Boston: Pearson. India
- Goossens, J., Van Den Branden, Y., Van der Sluys, L., Delbaere, I., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2016). The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Human Reproduction*, 31(12), 2821-2833.
- Gök, M.Ş., Küçük, K., & Kanbur, A. (2022). Gebelerde sağlık okuryazarlığı ile sağlık uygulamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(6), 409-417.
- Gökoğlu, A.S. (2021). Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık davranışlarına ve çocuk sağlığına etkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 132-148.
- Gözlü, K. (2020). Sağlıkın sosyal bir belirleyicisi: sağlık okuryazarlığı a social determinant of health: Health literacy. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 137-144.

- Güler, D.S., Şahin, S., Özdemir, K., Ünsal, A., & Uslu Yuvacı, H. (2021). Health literacy and knowledge of antenatal care among pregnant women. *Health & Social Care in the Community*, 29(6), 1815-1823.
- Güneş Öztürk, G., Ünlü, N., Uzunkaya, E., & Karaçam, Z. (2020). Gebelerin bilgi kaynağı olarak internet ve sosyal medya kullanım durumları. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 210-220.
- Gürsoy, Z., Ercan, Ö. (2023). Covid-19 pandemisinde yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler; Sağlık okuryazarlığı ve Covid-19 korkusu; Kesitsel bir araştırma. *Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 82-92.
- Hamzaoğlu, O. (2010). Sağlık nedir? Nasıl tanımlanmalıdır? *Toplum Hekim Dergisi*, 25(6), 403-410.
- HLS-EU Consortium. (2012). Comparative report on health literacy eight UE memberstates: the European health literacy survey HLS-EU, 2.
- Ilgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*, 8(2), 151-159.
- Inoue, M., Takahashi, M., Kaai, I. (2013). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: Across-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practise*, 14(40), 1-9.
- IOM. (2004). Health literacy—A prescription to end confusion. Institute of Medicine (IOM), The National Academies Press. Washington, DC.
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., & Marinkovic, J. (2009). Functional health literacy among primary health-care patients: Data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health*, 31(4), 490-495.
- Kanj, M., Mitic, W. (2009). Promoting health and development: closing the implementation gap. In *Unpublished conference document, 7th global conference on health promotion. Nairobi, Kenya: October.*

- Karamolahi, P.F., Khalesi, Z.B., Niknami, M. (2021). Efficacy of mobile app-based training on health literacy among pregnant women: a randomized controlled trial study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, Volume 12, 100133. <http://doi.org/10.1016/j.eurox.2021.100133>
- Kaufman, H., Skipper, B., Small, L., Terry, T., & McGrew, M. (2001). Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *Southern Medical Journal*, 94(3), 293-296.
- Kavlak, O., Atan, S.U., Güleç, D., Öztürk, R., & Atay, N. (2012). Pregnant women's use of the internet in relation to their pregnancy in Izmir, Turkey. *Informatics for Health and Social Care*, 37(4), 253-263.
- Kaya, E., Sivrikaya, S.K. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
- Kayalkar, V.D., & Dmello, M.K. (2024). Health literacy among rural adolescents in Amravati, Maharashtra: A community based cross-sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 26, 101532. <http://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101532>
- Kepley, J.M., Bates, K., & Mohiuddin, S.S. (2023). *Physiology, maternal changes*. StatPearls Publishing.
- Kharazi, S.S., Nooshin, P., Habibolah, E. (2016). Association between maternal health literacy level with pregnancy care and its outcomes. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 19(37). 40-50
- Khawwaja, B., Rajbhandari, B., Mistry, S.K., Parsekar, S., & Yadav, U.N. (2022). Prevalence of and factors associated with health literacy among people with Noncommunicable diseases (NCDs) in South Asian countries: A systematic review. *Clinical epidemiology and Global Health*. 18, 101174. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101174>
- Khorasani, E. C., Peyman, N., & Esmaily, H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the healthcare centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 6(1), 1157-1162.

- Kickbusch, I., Pelikan, J., & Maguire, P. (2004, October). Improving Health Literacy in the European Union: towards a Europe of informed and active health citizens. In *European Health Forum Gastein* (pp. 1-16).
- Kilfoyle, K.A., Vitko, M., O'Connor, R., & Bailey, S.C. (2016). Health literacy and women's reproductive health: A systematic review. *Journal of Women's Health, 25*(12), 1237-1255.
- Kostareva, U., Albright, C.L., Berens, E.M., Klinger, J., Ivanov, L.L., Guttersrud, Ø., ... & Sentell, T.L. (2022). Health literacy in former Soviet Union immigrants in the US: A mixed methods study. *Applied Nursing Research, 67*, 151598. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151598>
- Kurt Durmuş, M., Ören, B. (2022). Gebelerde sağlık okuryazarlığının incelenmesi. *Journal of Health Professions Research, 4*(2):88-94
- Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. *National Center for Education Statistics*.
- Lupatelli, A., Picinardi, M., Einarson, A., Nordeng, H. (2014). Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient Education and Counseling, 96*(2): 171-178.
- Mancuso, J.M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences, 11*(1): 77–89.
- Martin, L.T., Haas, A., Schonlau, M., Derose, K.P., Rosenfeld, L., Rudd, R., & Buka, S. L. (2012). Which literacy skills are associated with smoking? *Journal of Epidemiology Community Health, 66*(2), 189-192.
- Meldgaard, M., Gamborg, M., & Maindal, H.T. (2022). Health literacy levels among women in the prenatal period: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare, 34*, 100796.
- Mollakhalili, H., Papi, A., Zare-Farashbandi, F., Sharifirad, G., & HasanZadeh, A. (2014). A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of

- Medical Sciences in 2012. *Journal of Education and Health Promotion*, 3:66. doi:10.4103/2277-9531.134804
- Musaoğlu, E. (2021). *Gebe kadınlarda sağlık okuryazarlığı ile genital hijyen davranışları ve bunlarla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sakarya.
- Nawabi, F., Krebs, F., Vennedey, V., Shukri, A., Lorenz, L., & Stock, S. (2021). Health literacy in pregnant women: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3847.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., Kindig, D.A. eds; Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press; 2004
- Norman, C.D., Skinner, H.A. (2006). eHEALS: The eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3): 259–267.
- Okyay, P., Abacıgil, F. (2016). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*. (1. Baskı) Ankara: Anıl Matbaa, 43-61.
- Önal, İ. (2010). Tarihsel Değişim Sürecinde Yaşam Boyu Öğrenme ve Okuryazarlık: Türkiye Deneyim. *Bilgi Dünyası*, 11(1), 101-121.
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- Özdemir, S., Akça, H. Ş., Algın, A., & Kokulu, K. (2020). Health literacy in the emergency department: a cross-sectional descriptive study. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 94-7.

- Öztürk Emiral, G. (2018). *Sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirme aracı geliştirme ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Öztürk, Y.E., Kırac, R. (2020). Halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişki. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 23(2), 214-243.
- Paasche-Orlow, Michael, K., Wolf, M.S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19-26.
- Parker, R., Ratzan, S.C. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15(sup2); 20-33
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V., & Nurss, J.R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, 10; 537-541.
- Pazarözyurt, A., Özkan, H. (2023). Gebelerin sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 91-102.
- Phommachanh, S., Essink, D.R., Wright, P.E., Broerse, J. E., & Mayxay, M. (2021). Maternal health literacy on mother and child health care: A community cluster survey in two southern provinces in Laos. *Plos one*, 16(3), e0244181. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0244181>
- Pisa, F. E., Casetta, A., Clagnan, E., Michelesio, E., Vecchi Brumatti, L., & Barbone, F. (2015). Medication use during pregnancy, gestational age and date of delivery: agreement between maternal self-reports and health database information in a cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 310. doi: 10.1186/s12884-015-0745-3
- Raingruber, B. (2014). *Contemporary Health Promotion in Nursing Practice*. Jones & Bartlett Publishers. Pages 53-90.
- Richey, M. C. (2012). *Registered nurses' perceptions of health literacy and its effect on patient self-efficacy and patient healthcare decisions*. College of Saint Mary.

- Sajjadi, H., Hoseinpoor, N., Sharifian Sani, M., & Mahmoodi, Z. (2016). Health literacy and unintended pregnancy among rural Iranian women. *Journal of Research and Health*, 6(5), 537-542.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Sarıyar, S., Fırat Kılıç, H. (2019). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 126-131.
- Schendel, R. V., Page-Christiaens, G. C., Beulen, L., Bilardo, C. M., de Boer, M. A., Coumans, A. B., ... & Dutch NIPT Consortium. (2016). Trial by Dutch laboratories for evaluation of non-invasive prenatal testing. Part II—women's perspectives. *Prenatal Diagnosis*, 36(12), 1091-1098.
- Schendel, R.V., Page-Christiaens, G. L., Beulen, L., Bilardo, C. M., de Boer, M. A., Coumans, A. B., ... & Dutch NIPT Consortium. (2017). Women's experience with non-invasive prenatal testing and emotional well-being and satisfaction after test-results. *Journal of Genetic Counseling*, 26, 1348-1356.
- Semerci, V., Karkın, P.Ö., Bolsoy, N., & Sezer, G. (2023). Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin emzirme ve doğum şekline etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2): 443-449.
- Seng, J.J., Yeam, C.T., Huang, C.W., Tan, N. C., Low, L.L. (2023). Pandemic-related health literacy: A systematic review of literature in COVID-19, SARS and MERS pandemics. *Singapore Medical Journal*. DOI: 10.4103/singaporemedj.SMJ-2021-026
- Şenol, D., Göl, I., & Ozkan, S. (2019). The effect of health literacy levels of pregnant women on receiving prenatal care: a cross-sectional descriptive study. *International Journal Caring Sciences*, 12(3), 1717-24.
- Sheinis, M., Carpe, N., Gold, S., & Selk, A. (2018). Ignorance is bliss: Women's knowledge regarding age-related pregnancy risks. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38(3), 344-351.

- Shieh, C., Broome, M. E., & Stump, T. E. (2010). Factors associated with health information-seeking in low-income pregnant women. *Women & Health*, 50(5), 426-442.
- Shieh, C., Mays, R., McDaniel, A., & Yu, J. (2009). Health literacy and its association with the use of information sources and with barriers to information seeking in clinic-based pregnant women. *Health Care for Women International*, 30(11), 971-988.
- Simonds, S.K. (1974). Health education as social policy, *Health Education Journal*, 2, 1–25.
- Skyes, S., Wills, J., Rowlands, G., Popple, K. (2013). Understanding critical health literacy: A concept analysis. *BMC Public Health*, 13(1), 150. doi: 10.1186/1471-2458-13-150.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy: review articles. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), 89-94.
- Sorensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.
- Sur, E. (2022). Okuryazarlık kavramı ve Türkiye’deki okuryazarlık araştırmaları üzerine bir inceleme. *Ahmet Keleřođlu Eğitim Fakóltesi Dergisi*, 4(2), 445-467.
- T. C. Sağlık Bakanlığı [TC]. (2020). *Türkiye’nin Sağlık Okuryazarlığı Ölçüldü*. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html> internet adresinden 22.10.2023 tarihinde erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). *Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi* (Yayın No:925). Ankara, Sistem Ofset Baskı Yayıncılık

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı. (2016). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması* (Yayın No: 1025). Ankara, Anıl Matbaacılık (1. Baskı)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara: Anıl Matbaacılık (1. Baskı).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *2019-2023 Stratejik Planı Güncellenmiş Versiyon*. (2022). (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1223). Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Fertman, C.I., Allensworth, D.D., (Editörler), (2012). *Sağlığı geliştirme programları: teoriden pratiğe*. (Birinci Baskı). Ankara: Wiley Yayınları.
- Taheri, S., Tavousi, M., Momenimovahed, Z., Direkvand-Moghadam, A., Rezaei, N., Sharifi, N., & Taghizadeh, Z. (2021). Determining health literacy level and its related factors among pregnant women referred to medical and health centers of Tehran in 2019: A cross-sectional study. *Shiraz E-Medical Journal*, 22(10), e109592.
- Tavananezhad, N., Bolbanabad, A. M., Ghelichkhani, F., Effati-Daryani, F., & Mirghafourvand, M. (2022). The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 351.
- Tefera, Y.G., Gebresillassie, B.M., Emiru, Y.K., Yilma, R., Hafiz, F., Akalu, H., & Ayele, A. A. (2020). Diabetic health literacy and its association with glycemic control among adult patients with type 2 diabetes mellitus attending the outpatient clinic of a university hospital in Ethiopia. *PLoS One*, 15(4), e0231291.
- The American Medical Association, (1999). Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association*, February 10;281 (6):552-557.
- The National Literacy Act of (1991), Public Law 102-73, 105 Stat. 333 (JUL. 25,1991).
- Toksoy, K.H. (2019). *Primipar kadınlarda sağlık okuryazarlığı ve emzirme tutumu arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

- Türk Dil Kurumu [TDK]. (2023). *Okuryazar, okuryazarlık*. <https://sozluk.gov.tr/> internet adresinden 22.10.2023 tarihinde erişildi
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). *100. Yıl Göstergeleri*. Yayın No: 4710, ISBN 978-625-8368-49-9
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2021). *İstatistiklerle Kadın*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Kadin-2020-37221> internet adresinden 10.11.2023 tarihinde erişildi.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2022). *İstatistiklerle Kadın*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Kad%C4%B1n-2022-49668&dil=1> internet adresinde 10.11.2023 tarihinde erişildi.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2023). *Literacy promoting the power of literacy for all*. <https://www.unesco.org/en/literacy> internet sitesinden 22.11.2023 tarihinde erişildi.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2023). *Literacy rate, adult female (% of females ages 15 and above)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.FE.ZS> internet adresinden 23.11.2023 tarihinde erişildi.
- Üçpınar, E. (2014). *Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarlama çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Üstgörül, S. (2022). Cinsel sağlık okuryazarlık ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 164-176.
- Vamos, C.A., Merrell, L., Detman, L., Louis, J., & Daley, E. (2019). Exploring women's experiences in accessing, understanding, appraising, and applying health information during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(4), 472-480.
- Varghese, B. M., Vanaja, K., & Reshma Banu, R. B. (2016). Assessment of drug usage pattern during pregnancy at a tertiary care teaching hospital. *International Journal of Medicine and Public Health*, 6(3):130-135

- Vijscher, B. B., Steunenberg, B., Heijmans, M., Hofstede, J. M., Devillé, W., Van der Heide, I., & Rademakers, J. (2018). Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: A systematic review. *BMC Public Health*, 18:1414.
- Weiss, B.D., Mays, M.Z., Martz, W., Castro, K.M., DeWalt, D. A., Pignone, M.P., Hale, F.A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- Wilhelmova, R., Hrubá, D., & Veselá, L. (2015). Key determinants influencing the health literacy of pregnant women in the Czech Republic. *Slovenian Journal of Public Health*, 54(1), 27-36.
- Williamson, S.S., Chopak-Foss, J. (2015). Differences in health literacy knowledge and experiences among senior nursing students. *Journal of Georgia Public Health Association*, 5(2), 184-190.
- Wilmore, M., Rodger, D., Humphreys, S., Clifton, V. L., Dalton, J., Flabouris, M., & Skuse, A. (2015). How midwives tailor health information used in antenatal care. *Midwifery*, 31(1), 74-79.
- Wilson, F. L., Mayeta-Peart, A., Parada-Webster, L., & Nordstrom, C. (2012). Using the teach-back method to increase maternal immunization literacy among low-income pregnant women in Jamaica: A pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(5), 451-459.
- World Health Organization [WHO], (1948). *Constitution*. <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution> internet adresinden 22.10.2023 tarihinde erişildi.
- World Health Organization [WHO], (1998). *Health Promotion Glossary*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1> internet adresinden 22.10.2023 tarihinde erişildi.
- World Health Organization [WHO], (2013). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2012.

- World Health Organization [WHO]. (2020). *Basic Documents*. [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf#page=6](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6) internet adresinden 07.08.2022 tarihinde erişildi.
- Yazıcı Topçu, T. (2019). *Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile travmatik doğum algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
- Yee, L. M., Wolf, M., Mullen, R., Bergeron, A. R., Cooper Bailey, S., Levine, R., & Grobman, W. A. (2014). A randomized trial of a prenatal genetic testing interactive computerized information aid. *Prenatal Diagnosis*, 34(6), 552-557.
- Yıldırım, N., Bulut, M. (2023). Sağlık kavramına eleştirel bakış. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 33(2), 55-62.
- Yılmaz, A.N., Yüksekol, Ö.D., Baltacı, N., Ulucan, M. (2023). Gebelikte fizyolojik yakınmalarla yaşam kalitesi ve gebeliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bir üniversite hastanesi örneği. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 13(2), 408-418.
- Yılmaz, M., Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.
- Yiğitalp, G., Bayram Değer, V., Çifçi, S. (2021). Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: A cross-sectional study in Southeastern Turkey. *BMC Public Health*, 21(1), 1109.
- You, W.B., Wolf, A., Bailey, S.C., Pandit, A.U., Waite, K.H., Sobel, R.M., Grobman, W. (2012). Factors associated with patient understanding of preeclampsia. *Hypertension in Pregnancy*, 31(3), 341-349.
- Yüce, E.G., Muz, G. (2023). Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin kronik hastalığa uyum ile ilişkisinin incelenmesi: Kesitsel bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1115-1123.
- Zaki, N. M., & Albarraq, A. A. (2014). Use, attitudes and knowledge of medications among pregnant women: A Saudi study. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 22(5): 419-28.

Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., Li, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: A systemic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 16(201). DOI: 10.1186/s12955-018-1031-7

