



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE
SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Suna KARAOĞLU

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr.GÜLTEN GÜVENÇ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA 2022

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Suna KARAOĞLU

09/09/2022

GEBELERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Gebelerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği programı, Yüksek Lisans Tezi, ANKARA, 2022

Amaç: Araştırma gebe kadınların sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırmanın evrenini Aralık 2021- Mayıs 2022 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde rutin muayene ve izlem için gelen ve araştırmayı kabul eden 420 gebe oluşturmaktadır. Veriler “Anket Formu”, “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)”, “Sağlık Algısı Ölçeği” ve “Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği” formlarıyla toplanmıştır. Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 28 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma kapsamındaki gebelerin %3,6’sının sağlık okuryazarlığı yetersiz, %24’ünün sorunlu-sınırlı, %38,6’sının yeterli ve %33,8’inin ise mükemmel düzeydedir. Gebelerin sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması $38,10 \pm 7,56$, sağlık algısı toplam puan ortalaması $49,21 \pm 7,18$ ve sağlıklı yaşam davranışları toplam puan ortalaması $115,07 \pm 16,45$ tir. Çalışmada TSOY-32 Ölçeği puanları ile SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0,155$). TSOY-32 Ölçeği puanları ile GSYDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0,255$). SAÖ puanları ile GSYDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0,138$).

Sonuç: Çalışmaya katılan gebelerin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu söylemek mümkündür. Gebelerin sağlık okuryazarlığı artıkça sağlıklı yaşam davranışlarının arttığı ve gebelerin sağlık algıları artıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir. Ayrıca sağlık algısı daha fazla olan gebelerin daha fazla sağlıklı yaşam davranışları gösterdiği bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı, gebelikte sağlıklı yaşam davranışları, gebe



EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY, HEALTH PERCEPTION AND HEALTHY LIFE BEHAVIORS OF PREGNANCY

ABSTRACT

Examination of the relationship between health literacy, health perception and healthy life behaviors of pregnant women, University of Health Science, Institute of Gulhane Health Sciences, Obstetrics and Gynecology Nursing program, Master Thesis, ANKARA, 2022

Aim: This study was conducted in a descriptive type in order to determine the health literacy, health perception and healthy life behaviors of pregnant women and to examine the relationship between them.

Material and methods: The population of the study consists of 420 pregnant women who came for routine examination and follow-up at Gulhane Training and Research Hospital Gynecology and Obstetrics Polyclinic between December 2021 and May 2022 and accepted the study. Data were collected with the forms of "Survey Form", "Turkey Health Literacy Scale-32 (TSOY-32)", "Health Perception Scale" and "Healthy Life Behaviors in Pregnancy Scale". The data obtained were evaluated by using the IBM SPSS Statistics 28 package program.

Results: The health literacy of 3.6% of the pregnant women included in the study was insufficient, 24% of them problematic-limited, 38.6% of them sufficient and 33.8% of them at excellent level. The mean health literacy total score of the pregnant women was 38.10 ± 7.56 , the health perception mean total score was 49.21 ± 7.18 , and the healthy lifestyle behaviors total score was 115.07 ± 16.45 . In the study, there was a statistically significant low positive correlation between TSOY-32 Scale scores and SAI scores ($r=0.155$). There is a statistically significant low level of positive correlation between TSOY-32 Scale scores and GSASS scores ($r=0.255$). There is a statistically significant and low level of positive correlation between SAI scores and SRSS scores ($r=0.138$).

Conclusion: It is possible to say that the pregnant women participating in the study have a sufficient level of health literacy. It has been determined that as the health literacy of pregnant women increases, their healthy lifestyle behaviors increase and as the health perceptions of pregnant women increase, the level of health literacy increases. It was also found that pregnant women with a higher perception of health showed more healthy lifestyle behaviors.

Keywords: Health literacy, health perception, healthy lifestyle behaviors during pregnancy, pregnancy



TEŞEKKÜR

Tüm yüksek lisans eğitimim süresince hep yanımda olan, değerli bilgi ve birikimlerini sabırla paylaşan, desteğini esirgemeyen, tezimin her aşamasında emeği olan tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ’e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan ve manevi desteklerini esirgemeyen sayın hocalarım Doç. Dr. Gönül KURT ve Dr. Öğretim Üyesi Gülşah KÖK’e

Çalışmama gönüllü olup çalışmaya katılmayı kabul eden tüm annelere,

Her zaman olduğu gibi yüksek lisans eğitimim süresince de maddi ve manevi yanımda olan canım aileme,

Çalışmam boyunca desteklerini hissettiğim tüm sevdiklerim ve arkadaşlarıma,

Tüm yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman arkamda olan, desteğini, sabrını, güvenini esirgemeyen ve bana her zaman güç veren sevgili eşim Erdinç Kaan KARAOĞLU’na ve kızım Arya Ada’ya

Saygı ve sevgiyle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SUNA KARAOĞLU

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	III
ABSTRACT	V
TEŞEKKÜR	VII
İÇİNDEKİLER.....	VIII
TABLO LİSTESİ	XI
SİMGELER VE KISALTMALAR	XII
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	3
1.3 Araştırmanın soruları	3
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Sağlık Okuryazarlığının Tanımı	3
2.1.1 Sağlık Okuryazarlığın sınıflandırılması	5
2.2 Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	6
2.3 Sağlık okuryazarlığının önemi	7
2.4 Gebelik ve Sağlık Okuryazarlığı	9
2.5 Sağlık Algısı Ve Gebelik.....	12
2.6 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları	14
2.6.1 Gebelikte Beslenme	15
2.6.2 Hijyen	18
2.6.3 Gebelikte fiziksel aktivite ve egzersiz	19
2.6.4 Gebelikte uyku ve istirahat	20
2.6.5 Seyahat.....	21
2.6.6 Gebeliği kabullenme	21
2.6.7 Gebelik Sorumluluğu.....	23
2.7 Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini Yükseltmede, Sağlık Algısını ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarını Artırmada Hemşirenin Rolü	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1 Araştırmanın Tipi	25
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	26

3.4 Araştırmaya Dahil Edilme/ Edilmeme Kriterleri.....	26
3.4.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri :	26
3.4.2 Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:.....	27
3.5 Araştırmanın Değişkenleri.....	27
3.5.1 Bağımlı Değişkenler: Gebelerin TSOY-32 puan ölçeği, SAÖ ve GSYDÖ puan ortalamaları	27
3.5.2 Bağımsız Değişkenler: Gebelerin tanıtıcı özellikleri.....	27
3.6 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları.....	27
3.6.1 Veri Toplama Formu	27
3.6.2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	27
3.6.3 Sağlık Algısı Ölçeği.....	29
3.6.4 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği (GSYDÖ).....	30
3.7 Verilerin Uygulanması	31
3.8 Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	32
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
3.10 Araştırmanın Etik Boyutu.....	32
4.BULGULAR	33
4.1 Gebelerin bazı tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular	34
Tablo 4.1.1 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 4.1.2 Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	36
4.2 Gebelerin sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular	38
Tablo 4.2.1 Gebelerin TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	38
Tablo 4.2.2 Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı	38
Tablo 4.2.3 Gebelerin Sağlık Algısı Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 4.2.4 Gebelerin Sağlıklı Yaşam Davranışları Toplam Ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları	40
4.3 Gebelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları ölçekleri arasındaki farka ilişkin bulgular.....	41
Tablo 4.3.1 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre TSOY-32, SAÖ,GSYDÖ Ölçeği Puanlarının Farklılıklarının ve İlişkilerinin İncelenmesi.....	41
Tablo 4.3.2 Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Farklılıklarının ve İlişkilerinin İncelenmesi.....	43
4.4 Gebelerin sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları düzeyleri arasında bir ilişkiye ilişkin bulgular	46

Tablo 4.4.1 Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	46
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1 Sonuçlar	56
6.2 Öneriler	58
KAYNAKLAR	60
EKLER	67
EK-1 Veri Toplama Formu	68
EK-2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	70
EK-3 Sağlık Algısı Ölçeği	73
EK-4 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği (GSYDÖ)	74
EK-5 Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Belgesi	76
EK-6 Kurum İzin Belgesi	77
EK-7 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) Kullanım İzni	78
EK-8 Sağlık Algısı Ölçeği Kullanım İzni	78
EK-9 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği (GSYDÖ) Kullanım İzni	79
EK-10 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	79

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.1 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	35
Tablo 4.1.2 Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	37
Tablo 4.2.1 Gebelerin TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 4.2.2 Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4.2.3 Gebelerin Sağlık Algısı Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları	41
Tablo 4.2.4 Gebelerin Sağlıklı Yaşam Davranışları Toplam Ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	41
Tablo 4.3.1 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre TSOY-32, SAÖ,GSYDÖ Ölçeği Puanlarının Farklılıklarının ve İlişkilerinin İncelenmesi.....	42
Tablo 4.3.2 Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Farklılıklarının ve İlişkilerinin İncelenmesi.....	44
Tablo 4.4.1 Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	47

SİMGELER VE KISALTMALAR

AMA	American Medical Association
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSYDÖ	Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği
SAÖ	Sağlık Algısı Ölçeği
TSOY-32	Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği
Min	Minimum
Max	Maximum
n	Sayı
%	Yüzde
SS	Standart Sapma
χ^2	Ki-kare Testi
$\bar{x}$	Ortalama

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüz sağlık sisteminde bireylerden kendi sağlık sorumluluklarını almaları, kendisi ve ailesi için gerekli sağlık kararlarını yönetebilmeleri ve ihtiyaç duyduğu sağlık bilgilerini anlama ve kullanma yeteneğine sahip olmaları beklenmektedir (1). Sağlık okuryazarlığı kavramı, ilk kez 1970’li yıllarda literatüre girmiştir. Daha sonra 1986 yılında Ottawa’da yapılan “Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı” (International Conference on Health Promotion)’ndan sonra sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir etken olarak yaygınlaşmaya başlamıştır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığını “bireylerin kendi sağlığını geliştirmeleri için bilgiye ulaşmayı, anlamayı, kullanma yeteneğini ve motivasyonunu tanımlayan bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlamıştır (3). Kapsamlı araştırmalar sonucunda ise geniş bir tanım yapılmış ve sağlık okuryazarlığı “okuma yazma becerisiyle bağlantılı, insanların günlük hayatlarında sağlıklarıyla ilgili kararlar almak, yaşam kalitelerini sürdürebilmek ve yükseltmek için sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli bilgiye erişme, anlama, değerlendirmeyi sağlayacak bilgi ve yeterlilik” olarak ifade edilmiştir. (4).

Avrupa birliğine üye 8 ülkede yapılan geniş tabanlı bir araştırmada katılımcıların %12,4’ünün yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı’nın 2018 yılında yayınladığı faaliyet raporuna göre bu oranın %30,9 olduğu bulunmuştur (5,6,7).

Ülkemizde kadınların okuryazarlık düzeyi ise hala yeterli seviyede olmadığı, eğitim düzey ile anne-bebek ölüm oranları arasında bir ilişki olduğu düşünüldüğünde kadınların yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olması önemli bir sorundur (8). Annenin sağlık davranışı yalnızca kendi sağlığını değil aynı zamanda bebeğinin ve toplumun sağlığını da etkilemektedir. Toplumun sağlığını geliştirmek için kadınların eğitilmesi hayati önem taşımakta olup bu kapsamda kadınların sağlık okuryazarlığının artırılmasına öncelik verilmektedir (9,10).

Gebelik dönemi, kadınların sağlık sistemlerinden en sık yararlandığı, sağlık davranışı değişiklikleri yapmaya motive ve öğrenmeye açık bir dönem olduğundan sağlık okuryazarlık düzeyini artırmak için fırsat olarak görülebilir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan

gebeler koruyucu sağlık hizmetlerinden daha etkin faydalanarak hem kendilerinin hem de doğmamış çocuklarının sağlık durumları için uygun çözüm arayışında olurlar. Bu yüzden kadınların sağlığını etkileyen durumlar hakkında doğru karar verebilmeleri için sağlık okuryazarlık düzeylerinin yeterli olması önemli bir faktördür (9, 11).

Literatürde düşük sağlık okuryazarlığı olan gebelerin gebeliklerini planlamada sorun yaşadıkları, doğum öncesi tarama testlerini doğru bir şekilde yaptırmadıkları, yeterli folik asit kullanmadıkları, yeterli doğum öncesi bakım almadıkları ve gebelik sürecini yönetmede zorlandıkları belirtilmektedir. Bu durum hem gebenin hem de fetüs- yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilemektedir. Tüm bu durumlar gebelerde olumsuz sağlık algısının oluşmasına sebep olmaktadır (12).

Sağlık algısı, bireylerin sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkileyen yaşam kalitesinin güçlü göstergelerindendir. Sağlık algısı daha fazla olan gebelerde sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarında artması beklenmektedir (13). Bu nedenle gebelerin sağlıklı yaşam davranışları kazanması ve sürdürmesinde sağlıklarını nasıl algıladıkları önemli bir etkindir. Gebelikte gösterilen sağlıklı yaşam davranışları; yeterli ve dengeli beslenme, hijyen, egzersiz, uyku düzeni ve ruhsal sağlığın korunması gibi faktörlerden oluşmaktadır (14,15). Tüm bu faktörler kadının mevcut gebeliğini ve sonuçlarını, fetüsün ve yenidoğanın sağlığını doğrudan etkilemektedir. Yapılan alışmalar obezite ve aşırı gestasyonel kilo alımını, gestasyonel diyabet ve preeklemsi gibi olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkilendirmektedir (16). Başka bir çalışma gebelik boyunca gösterilen olumsuz yaşam davranışlarının düşük doğum ağırlığına sebep olabileceğini göstermektedir (17). Başka bir çalışmada Haider ve ark (2013) gebelikte beslenme yetersizliğinin; doğum kusurları, serebral gelişimin bozulması, preterm eylem, abortus, büyüme ve gelişme riskleri ile bağlantılı olduğunu belirtmiştir (18).

Bu referanslar doğrultusunda, gebelerin kendilerine ve bebeklerine ilişkin doğru ve faydalı sağlık kararları alabilmelerinde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışı durumları arasında ilişki olabileceği öngörölmüştür.

Literatürde gebelik döneminde sağlık okuryazarlığının, sağlık algısının veya sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur (9,10,16,17,19,20). Ancak literatürde gebelerde sağlık okuryazarlığının, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışlarını arasındaki ilişkiyi birlikte değerlendirildiği çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu alışma böyle bir ihtiyaç doğrultusunda planlanmıştır. Çalışmanın literatürde ilgili alandaki boşluğu dolduracağı düşünölmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma gebelerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

1.3 Araştırmanın soruları

Gebelerin sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları düzeyleri nasıldır?

Gebelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları arasında fark var mıdır?

Gebelerin sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Sağlık okuryazarlığı, tıp alanındaki artan gelişmeler ve sağlık kullanıcılarının giderek artan bilinç düzeyi ve sağlık algısı ile birlikte son zamanlarda önemi artan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (21). Modern sağlık sistemlerinin, sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerden beklentisi giderek artmaktadır. Bu nedenle bireylerden kendi sağlık sorumluluklarını almaları, kendisi ve ailesi için gerekli sağlık kararlarını yönetebilmeleri ve ihtiyaç duyduğu sağlık bilgilerini anlama ve kullanma yeteneğine sahip olması beklenmektedir (1). Tüm bu süreçlerde sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlık okuryazarlığı becerisi önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (6). Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bir birey, kendi sağlığının yanı sıra aile sağlığı ve toplum sağlığı için de sorumluluk alma becerisine sahiptir (4).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez Simond tarafından 1974 yılında kullanılmıştır (22). Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığı kavramının bu tarihten itibaren sınırlı kaldığı ve 1990’lı yıllardan sonra çalışmaların arttığı ve bu konunun yeniden tartışılmaya başlandığı görülmektedir (23). 1986 yılında sağlık okuryazarlığı kavramı Ottawa’da yapılan “Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı” (International Conference on Health Promotion)’ndan sonra yaygınlaşmaya başlamıştır (2). Sağlık okuryazarlığına ait farklı tanımlar mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığını “bireylerin kendi sağlığını geliştirmeleri için bilgiye ulaşmayı, anlamayı, kullanma yeteneğini ve motivasyonunu tanımlayan bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlamıştır (3). Amerikan Tıp Derneği’nin (AMA) tanımı ise “bireylerin sağlık hizmeti alırken gerekli olan temel okuma ve sayısal işlemleri uygulama yeteneğine sahip olması ve ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanlarının söylediklerini anlayabilmesi ve yerine getirebilmesi” şeklindedir (24). T.C. Sağlık Bakanlığı ve DSÖ tarafından hazırlanan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde ise sağlık okuryazarlığın tanımı “bireyin yaşam koşullarını iyileştirerek, kişisel ve toplum sağlığını geliştirmek amacıyla harekete geçmek için bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder” şeklinde yapmıştır (25). Sorenson ve ark. yaptığı kapsamlı araştırmalar sonucunda yeni tanım geliştirmiş ve sağlık okuryazarlığı “okuma yazma becerisiyle bağlantılı, insanların günlük hayatlarında sağlıklarıyla ilgili kararlar almak, yaşam kalitelerini sürdürebilmek ve yükseltmek için sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli bilgiye erişme, anlama, değerlendirmeyi sağlayacak bilgi ve yeterlilik” olarak ifade etmiştir (4).

Bireyler yaşamın her döneminde ve tüm alanlarında sağlık durumlarıyla ilgili doğru kararlar alabilmek, doğru yönetebilmek ve bilgili olmakla sorumludur. Sağlık okuryazarlığı, hekimin reçete ettiği ilaçların daha doğru ve dikkatli kullanılmasını, sağlık profesyonellerinin açıklamalarını anlayabilmelerini, hastalık durumunda doğru sağlık

bölümüne başvurabilmelerini, öz bakım uygulamalarını yerine getirebilmelerini, ortamdaki olası sağlık risklerini öngörme ve gerekli önlemleri alabilmelerini sağlar. Ayrıca tedavi süreçlerini analiz ederek etkin bir sağlık bakımı ve yönetimine sahip olmasını destekler (26,27).

2.1.1 Sağlık Okuryazarlığın Sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığı kavramı çok kapsamlı bir kavram olduğu için sınıflandırma yapılırken kavramın farklı yönleri ele alınmış ve farklı sınıflandırmalar yapılmıştır (4). Bu sınıflandırma arasında en yaygın olanı Nutbeam'dır ve sağlık okuryazarlığını “fonksiyonel (işlevsel), interaktif (etkileşimli), kritik (eleştirel)” olmak üzere üç şekilde sınıflandırmıştır (28).

1) Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin günlük sağlık sorunlarıyla baş etmelerine yardımcı olan temel okuma yazma becerisidir. Sağlık okuryazarlığın ilk düzeyi olarak görülmektedir. Bu düzeyde kişiler sağlığını tehdit eden riskler hakkında ve sağlık sistemini nasıl kullanılacağı konusundaki eğitim materyallerini okuyabilmektedirler (28,29).

2) İnteraktif (etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı: Bu sağlık okuryazarlığı daha fazla okuryazarlık, sosyal beceriler ve bilişsel kazanımlara sahip olunmasını gerektirir. Bu kazanımlarla birey bu düzeyde sosyalleşebilme becerisiyle bilgiyi elde edip, değişen sağlık koşullarında sahip olduğu bilgiyi kullanabilmekte, verilen sağlık mesajlarını anlayabilmekte, sağlık etkinliklerinden yararlanabilmektedir. Bireylerin kişisel kapasitesini, motivasyon ve öz yeterliliğini arttırmaya odaklanmıştır (28,6).

3) Kritik (eleştirel) Sağlık Okuryazarlığı: İleri düzeyde bilişsel ve sosyal becerilerin yanında eleştirel düşünme becerisi de gerektirir. Bu düzeyde birey hem kişisel hem de toplum sağlığını geliştirmek için sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edebilmekte, eyleme geçirmeyi ve doğru yorumlamayı yapabilmektedir (28,30).

2.2 Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Dünyada yaklaşık 776 milyon yetişkinin temel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmadığı bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerin başında olan Amerika’da Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı değerlendirmesinde yetişkin nüfusun %53’ünün sağlık okuryazarlığı orta düzeyde, %36’sının yetersiz, %22’sinin ise temel düzeyde olduğu bulunmuştur (31). Avrupa Birliğine üye 8 ülkede (Yunanistan, Avusturya, İrlanda, İspanya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan, Polonya) 2012 yılında geniş tabanlı yapılan araştırmada ülkeler alınan puanlara göre 4 grup (yetersiz, sorunlu, yeterli ve çok iyi) şeklinde değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda katılımcıların %16,5’nin mükemmel, %36’sının yeterli, %35,2’sinin sorunlu ve %12,4’ünün yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olan ülkeler arasında en düşük oran Hollanda (%1,8)’ya en yüksek oran ise Bulgaristan (%26,9)’a aittir. Yeterli ve çok iyi düzeyde sağlık okuryazarlık oranına sahip olan ülkeler daha fazla olup en düşük orana sahip olan ülkeler Avusturya (%9,9) ve İspanya’dır (%9,1) (5). Bu araştırmayla birlikte sağlık okuryazarlığı, ABD ve Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerin dahi sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu göz önünde bulundurularak, bir halk sağlığı sorunu olarak görülmüştür (32).

6 Asya ülkesinde (Endonezya, Kazakistan, Malezya, Myanmar, Tayvan ve Vietnam) yapılan başka bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığı puanı %31,86 olarak bildirilmiştir. Araştırmada en yüksek oranının Tayvan’da (%34,4), en düşük oranın ise Vietnam’da (%26,6) olduğu belirtilmiştir. Diğer ülkeler arasındaki benzer oranlar saptanmış ve bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur (33). Ülkemizde sağlık okuryazarlık durumuna bakıldığında, 2014 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlık Projesi kapsamında ilk geniş ölçekli çalışma yapılmış ve toplumun %64,6’sının yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır (34,35). Bu sonuçlara göre ülkemizin

sağlık okuryazarlığı ortalamaları Avrupa ortalamalarının altındadır. Okyay ve ark. 2016 yılında yaptıkları Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılarak yapılan değerlendirmede genel sağlık okuryazarlığı puanı 29,5 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %27,2'si yetersiz, %42,2'si sorunlu, %24,8'i yeterli ve %5,8'i mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu belirtmişlerdir (36). Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılında yayınladığı faaliyet raporuna göre sağlık okuryazarlığının % 30,9 yetersiz, % 38 sorunlu-sınırlı, % 23,4 yeterli, % 7,7 mükemmel düzeyde olduğu saptanmıştır (7).

Sonuç olarak ülkemizde yeni bir kavram olan sağlık okuryazarlığı ile ilgili literatür oldukça sınırlıdır ve yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olarak saptanmıştır (7,36-38).

2.3 Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Modern sağlık sistemlerindeki gelişmeler, bireylerin sağlık konusunda bilinç düzeylerini arttırmakta ve bireylerden öz sorumluluk almalarını, kendileri ve ailesi için karar alma süreçlerine aktif olarak katılmalarını beklemektedir (39).

Sağlık okuryazarlığı, bilgi ve kişisel beceriler kazanmanın yanı sıra, yaşam tarzını değiştirerek kişisel ve sosyal sağlık durumunu geliştirmek için faaliyetler yürütmeyi de sağlar. Bu yüzden sağlık okuryazarlığı bilgi aktarımı ile sınırlı kalmaz, bireylerin sağlıklarını iyileştirmek sağlık belirleyicilerini kontrol etmek ve özgüvenlerini geliştirmek için bilgileri izleme, doğrulama ve kullanma becerileri kazanmasını sağlar (10).

Bir ülkede toplumun sağlık okuryazarlık seviyesinin yüksek olması bireylerin sağlık hizmetlerini etkin ve doğru şekilde kullanmasına ve pozitif sağlık çıktılarının oluşmasına katkıda bulunmaktadır (40). Sağlık okuryazarlığının toplum açısından önemini Kanj ve Mitic (2009) etkilenen birey sayısı, olumsuz sağlık sonuçları, kronik hastalık oranlarındaki artış,

sağlık bakım maliyetlerindeki artış, sağlık bilgilerine artan talepler ve sağlıkta eşitsizlikler olarak altı genel temada toplamıştır (41).

Düşük okuryazarlığa sahip bireylerin daha kötü sağlık sonuçları ve uzun süre hastanede kaldıkları, gereksiz acil servise başvurdıkları, kronik hastalıklarının yönetmede daha az bilgi sahibi oldukları, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az aldıkları, verilen ilaçları doğru kullanmadıkları, verilen sağlık bilgisini doğru algılayamadıkları görülmektedir (42-44). Yapılan bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yaklaşık 90 milyon insanın sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu bunun da hastaneye yatış ve acil servislerin kullanımına daha fazla yol açtığı ve sağlık sistemine ağır bir ekonomik yük getirdiği bulunmuştur (45). Amerika'da 2017 yılında yapılan başka bir çalışmada ise yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerin hasta memnuniyetinin daha düşük olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerine daha az uyum gösterdiği, daha fazla sağlık hizmeti aldığı ve daha fazla sağlık harcaması yaptığı bulunmuştur (46).

Araştırmalarda görüldüğü gibi yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler tedaviye uyum göstermede, kaliteli sağlık bakımı alımında, sağlık bakım maliyetlerinin azaltılmasında ve hasta memnuniyetini artırılmasında sağlık sistemi için büyük öneme sahiptir (47). Bu nedenle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, bireylerin mevcut bilgi ve hizmetlerle ilişkili olarak, mümkün olduğunca sağlıklı yaşamalarına yardımcı olabilir (48). ABD, Kanada, Avustralya, Çin ve birçok Avrupa Birliği ülkesi, sağlık politikalarında ve uygulamalarında sağlık okuryazarlığını temel bir öncelik olarak kabul etmiştir (49). Ayrıca DSÖ sağlık okuryazarlığının yetersiz oluşunu küresel bir sorun olarak ortaya koymuş ve temel sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçası olarak görülmesi gerektiğini vurgulamıştır (50). Eğer sağlık okuryazarlığının önemi yeterince anlaşılmazsa sağlık eşitsizlikleri daha fazla artmaya, kalitesiz sağlık bakımı ve olumsuz sağlık sonuçları ve sağlık hizmetlerinin maliyetleri artmaya

devam edecektir (43). Küresel araştırma çalışmaları da bunu destekleyerek, sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasıyla hem bireysel hem de toplumsal sağlığın olumlu yönde etkilenebileceğini göstermektedir (9, 51). Bu yüzden sürdürülebilir bir sağlık sistemi için sağlık okuryazarlığının artırılması sağlıklı bir toplum için oldukça önem arz etmektedir (47).

Bu bağlamda düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sistemi üzerindeki bu önemli yükü göz önüne alındığında, hasta-sağlayıcı etkileşimlerini ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için öncelikli olarak hedef kitlenin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve bu konuda farkındalığın artırılması oldukça önemlidir.

2.4 Gebelik ve Sağlık Okuryazarlığı

Dünyada her gün yaklaşık 800 kadın gebelik, doğum ve lohusalık ile ilgili olarak önlenebilir sebeplerden dolayı yaşamını kaybetmektedir (52). Her yıl yaklaşık 210 milyon kadının gebe kaldığı göz önünde bulundurulursa anne sağlığının önemsenmesi gereken bir konu olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca kadınların okuryazarlığı da Türkiye'de hala önemli bir sorundur. Türkiye'de kadınların okuryazarlık düzeyi yeterli seviyede olmayıp, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre; 2013 yılında lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip kadınların oranı %31 iken, 2018 yılında bu oran %41'e yükselmiştir. Kadınların sağlıklı ilgili bilgilere ulaşmasında önemli etkiye sahip kitle iletişim araçlarını kullanımları ise %26 olarak bulunmakta ve kadınların %9'u herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır (8). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen bir çalışma ile sağlık okuryazarlığı düzeyi ulusal düzeyde ortaya konmuş ve kadınların %35,3'ünün yetersiz sağlık okuryazarlık oranına sahip olduğu bulunmuştur (7). Bu oran özellikle hassas durumlarda daha da önemli hale gelmektedir. Kadınlar için gebelik süreci de hassas bir dönemdir. Çünkü gebelik hem fiziksel hem de ruhsal değişimlerin fazla olduğu bir süreçtir ve kadınlar bu süreçte çok

fazla yeni bilgi ile karşı karşıya kalmaktadır. Tüm bu değişiklikler, kadınları ve ebeveynleri koruyucu sağlık bilgileri konusunda daha duyarlı hale getirmektedir. Ancak bu bilgilerin çok fazla ve karmaşık olması, kadınların hangi bilgilerin kendileri ile ilgili olduğunu anlamalarını ve etkin karar vermelerini zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla bu aşamadaki davranışlar gebenin, fetüs-yenidoğanın ve ailenin sağlığını etkilemektedir (20,44,53,54). Kadınların eğitim düzeyi ile bebek ve çocuk ölüm oranları arasında bir ilişki olduğu düşünüldüğünde, kadınların okuryazarlık düzeylerinin düşük olması bu yüzden önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (8).

Gebelerde sağlık okuryazarlığı iki sebepten dolayı öneme sahiptir. Birincisi, gebelik bir kadının sağlık sistemiyle ilgili karşı karşıya kaldığı ilk deneyimi olabilir. Bu yüzden sağlık okuryazarlığı düşük olan kadınlar yeni bilgi edinme veya verilen talimatları yerine getirme konusunda daha fazla sorunla karşılaşır. İkincisi, sağlık bilgisi ve düzeyinin gebelik öncesi, gebelik ve postpartum dönemde kadının ve bebeğinin sağlık durumunu doğrudan etkileyecek olmasıdır (10,11). Bu yüzden toplumun sağlık durumunu yükseltmek için kadınları eğitmek esas olduğundan, sağlık okuryazarlığına artan vurgu için kadınlara öncelik verilmiştir (9,10).

Gebelerin hem kendi sağlıkları için hem de bebeklerinin sağlıklarını etkileyebilecek kararları verebilmeleri için yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmaları gerekir (9). Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olan gebeler doğum öncesi bakım, bakım sürecinde karar verme ve yapılan müdahaleleri zamanında kabul etme ve hatta doğumda ağrı yönetimi gibi uygulamalara etkin bir şekilde katılırlar (53).

Yapılan araştırmalarda yeterli sağlık okuryazarlığına sahip gebelerin kaliteli doğum öncesi bakma alma, gebelikte tehlike belirtilerini fark etme, hematokrit düzeyi, demir ve folik asit kullanım sıklığı, doğum tercihleri, gebelikte kilo alımı ve emzirme konularında da sağlık okuryazarlığı düşük gebelerden daha iyi oldukları belirlenmiştir. Ayrıca yeterli sağlık

okuryazarlığına sahip gebelerin daha az prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdukları, yenidoğan ölümlerinin daha az olduğu ve anne sütüyle besleme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (10,12,54). Lori ve ark yaptıkları (2014) nitel bir çalışmada, gebelerin sağlık okuryazarlığı ile ilişkili gebelik risk belirtilerini, doğuma hazırlık sürecini, doğum komplikasyonlarını ve yenidoğan bakımını anlama konusundaki algılarını incelemiştir. Araştırma sonucunda kadınların gebelik risklerinin farkında olduklarını ancak doğum öncesi bakım sırasında sağlanan temel bilgileri uygun şekilde yorumlayıp uygulayamadıklarını göstermiştir (55). Yapılan bir başka çalışmada annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça emzirme öz-yeterlilik düzeyinin de arttığı bulunmuştur (56).

Gebelerde sağlık okuryazarlığı ile ilgili sınırlı literatür bulunmaktadır (12). Maternal sağlık okuryazarlığının prenatal bakım ve gebelik sonuçlarına etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı olan gebelerin, gebeliklerini planlamada sorun yaşadıkları, doğum öncesi tarama testlerini doğru bir şekilde yaptırmadıkları, yetersiz folik asit tüketimi olduğu, yetersiz doğum öncesi bakım aldıkları, gebelik sürecini ve kronik hastalıkları yönetmede zorlandıkları belirtilmiştir (12). Yapılan araştırmalar, annelerin sağlık okuryazarlığının fetüs üzerinde doğrudan etkisi olduğunu, düşük sağlık okuryazarlığı ile istenmeyen gebelik arasında pozitif bir ilişki olduğunu, düşük sağlık okuryazarlığının kadınların kontraseptif davranışlarını, sağlık faaliyetlerini etkilediğini, ayrıca çocuk bakımı ve çocukluk dönemi aşıları hakkında bilgi ile ilişkisi olduğunu göstermiştir (9).

Kadınların sağlık davranışlarının aile üyelerinin sağlık durumları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmasından dolayı, kadınlar toplum sağlığını geliştirmede anahtar bireylerdir. Bu yüzden gebelik dönemi birçok kadının sağlık hizmetlerinden daha sık yararlandığından, sağlık davranışı değişiklikleri yapmaya motive ve bu süreçte öğrenmeye açık olduğundan sağlık okuryazarlığını ele almak ve sağlık okuryazarlık düzeyini artırmak için

uygun bir zaman olarak görülebilir. Sağlık algısı da bireylerin sağlık arama davranışlarını ve sorumluluklarını etkileyen bir faktör olduğundan ve sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık algısının arttığı bilindiğinden, sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ilişkilerini anlamak önemlidir.

2.5 Sağlık Algısı ve Gebelik

Sağlık sistemi, eğitim sistemi, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, kültür ve toplum gibi temel faktörler, insanların sağlığına olan davranış ve tutumların kazanılmasını ve sağlık hizmetlerine yönelik taleplerini etkiler (58). Bu nedenle sağlık okuryazarlığını değerlendirirken, insanların sağlıkları hakkındaki algılarına ve bu algılarını etkileyen faktörlere de odaklanmak önemlidir (59).

Algı, bireyin duyuşal uyaranları anlamlı bilgilere dönüştürdüğü bir süreçtir. Literatürde sağlık kavramının tanımı yapılmaya çalışılsa da her bireyin sağlık ve hastalığa ve dolayısıyla kendi sağlığına ilişkin bireysel bir bakış açısı vardır (60). Sağlık algısı, “bireyin kendi sağlığı ile ilgili kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin birleşimi” olarak tanımlanmaktadır. Öznel bir kavramdır ve sağlığın çok yönlülüğünü ortaya çıkaran, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik durumunu yansıtan yaşam kalitesinin güçlü bir göstergesidir (13).

Sağlık algısının değerlendirilmesi sağlığın objektif ve subjektif boyutlarını ölçmek için kullanılabilecek uygun bir yöntemdir. Subjektif olarak sağlık; bireyin fiziksel, ruhsal, duygusal ve sosyal yönden kendi sağlık durumunu algılamasıdır. Buna göre birey sağlıklı olduğu halde hasta, hasta olduğu halde kendini sağlıklı olarak da algılayabilir. Objektif olarak sağlık ise; tıbbi muayene ve tanı testlerine göre belirlenen veya şüphe duyulan bir hastalığın herhangi bir patolojik durumun kişide olmayışıdır. Bir kişiye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendisini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak sağlıklı olması

gerekmektedir (61). Ayrıca sağlık algısı bireyin kendi sağlık durumunu değerlendirmesiyle ölçülür. Bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin olumsuz inançları “kötü sağlık”, olumlu inançları ise “iyi sağlık” algısı olarak belirtilmektedir (62-64).

Sağlık algısı kişinin yaşamı boyunca sağlıklı davranışlar göstermesi ve bu davranışların devamlılığının sürdürülmesini amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreciyle yakından ilişkilidir. Ayrıca bireylerin kişisel bakım sorumluluğu almasını sağlayarak kendi sağlıklarıyla ilgili doğru kararlar alması için bireyi destekler (13). Yapılan bir çalışmada gebelerin sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Gebelerin daha iyi bir sağlık algısına sahip olmalarının nedenleri arasında yüksek eğitim düzeyine sahip olmaları, sosyal güvencelerinin olmaları, daha önce olumsuz gebelik deneyimleri yaşamamaları gibi faktörler bulunmuştur (64).

Sağlığın nasıl algılandığı bireylerin sağlık davranışları ve sorumluluğunu etkilemektedir. Sağlık algısı daha fazla olan bireylerde sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarının artması beklenir. Bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını kazanması ve sürdürmesinde sağlık algısı bu yüzden önemlidir (63,64). Morgan ve Eastwood 2014 yılında gebelerle yapmış olduğu bir çalışmada kötü sağlık algısı olan gebelerin gelir düzeyi ile, planlanmamış gebelik ve gebelikte sigara kullanımıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (19).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ile ilgili yapılan bu çalışmalarda gebelerin sağlık algısı oranlarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Kadının yaşamında gebelik dönemi, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları ve sağlıkla ilgili bilgileri öğrenmeye en istekli oldukları bir dönemdir. Bu yüzden gebenin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algı düzeylerinin nasıl geliştirilebileceğinin bilinmesi ve bu konuda gebelerin desteklenmesi önemlidir.

2.6 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları

Sağlık davranışı, sağlıklı bireylerin hastalıkları önlemek için yaptıkları sağlıklı olduklarına inanılan tüm davranışlar ve faaliyetler olarak ifade edilir (65). Bu nedenle, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesinin ve sağlığın korunmasının temelidir. Böylelikle bireyler mevcut sağlık durumlarını koruyabilir, sürdürebilir ve geliştirebilirler (66). Sağlıklı yaşam davranışları bireyin yaşamının her döneminde önemlidir. Ancak kadının hem fiziksel hem de ruhsal değişimlerinin fazla olduğu gebelik döneminde önemi daha da artmaktadır. Çünkü sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemiş olan gebeler daha az sorunla karşılaşmakta, sağlıklı bir gebelik süreci yaşamakta ve sağlıklı bebekler dünyaya getirmektedir (67).

Gebelikte sağlık davranışları, kadının mevcut gebeliğini, doğum ve doğum sonundaki sağlık durumunu, fetüs ve yenidoğanın sağlığını kapsayan faaliyetler olarak tanımlanmaktadır (68). Kadınların gebelikte benimsedikleri yaşam biçimi ve davranış değişiklikleri kendi sağlığını ve bebeğinin sağlığını doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla bir toplumun sağlıklı olabilmesi için kadınların sağlıklı davranışlar göstermesi önemli bir etkindir (68,69). Sağlıklı davranışlar olumlu gebelik sonuçlarıyla bağlantılıyken, riskli ve sağlıksız davranışlar olumsuz gebelik sonuçları ile ilişkilidir (67). İlgili literatür çalışmaları gebelikte sağlıklı yaşam davranışlarının; dengeli beslenme, egzersiz yapma, düzenli doğum öncesi bakım alma, sigara, alkol gibi zararlı maddelerden kaçınma, stresle baş etme yöntemlerini kullanma, ağız ve diş sağlığını sürdürme, psikolojik sağlığın koruma ve sağlık sorumluluğu alma gibi birçok davranışı içerdiğini belirtmektedir (70,14).

Gebelikte sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesi ve ideal davranış modellerinin geliştirilmesinde sağlık profesyonellerinin gebelere rehberlik edip, onların bu konuda bilgi düzeylerini arttırmaları önemlidir (71).

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarını Etkileyen Faktörler

2.6.1 Gebelikte Beslenme

Son yıllarda yapılan çalışmalarda gebelik öncesi, gebelik dönemi ve laktasyon sürecinde annenin doğru beslenmesinin fetal-maternal sağlık açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (72,73). Bu nedenle gebelik döneminde alınan besinler hakkında sağlık çalışanları tarafından annelere beslenme konusunda danışmanlık hizmeti vermeleri önemlidir (72). Gebelik öncesi doğru kilo, gebelikte uygun kilo alımı ve fiziksel aktivite, çok çeşitli gıdaların tüketimi, vitamin ve mineral takviyesi, alkol ve sigaradan uzak durulması perinatal sonuçları etkileyen faktörler arasındadır (74).

Gebelikte yetersiz beslenme ya da düşük kaliteli beslenme maternal obezite, gebeliğe bağlı hipertansiyon, preeklampsi, gestasyonel diyabet, artan sezaryen oranı, kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok sonuca yol açabilir. Ayrıca yetersiz beslenmenin doğum kusurları, abortus, preterm eylem, prematüre, düşük doğum ağırlıklı yenidoğan, fiziksel ve zihinsel gelişim bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (75,76). Düşük doğum ağırlıklı yenidoğanın en önemli sebeplerinden biri de gebelerdeki beslenme bozuklarıdır. Perinatal mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak da bebeğin doğum kilosuna bulunmuştur. Buna bağlı olarak da yenidoğanın ideal kilosunda doğması perinatal risklerin azalmasına sebep olacaktır (77). Bu yüzden yenidoğanların sağlıklı dünyaya gelmesi ve anne-bebek sağlığının korunup sürdürülmesi için annenin yeterli ve dengeli beslenmesi, bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu sayede sağlıklı bir yaşam tarzını teşvik etmek gebenin ileriki yaşamında gebelik ile ilişkili hastalık komplikasyon riskinin azaltması mümkün olabilir (78).

Gebeler, gebelikle birlikte yaşanan fizyolojik değişimler nedeniyle enerji, makro ve mikro besin öğeleri gereksinimlerine daha fazla ihtiyaç duyarlar. Bu yüzden gebelik

döneminde kalori, protein, yağ, karbonhidrat, vitamin, mineral, posa vb. besin öğelerinin yeterli ve doğru zamanda alımı anne sağlığı ve fetal gelişim için gereklidir (79,80). Gebelikte maternal beslenmenin önemini destekleyen kanıtlara rağmen, az sayıda kadının yeterli diyet uyguladığı belirtilmektedir (81,82).

Gebelik döneminde yeterli A vitamini alımı normal fetal büyüme gelişmenin sürdürülmesi, görme, kemik metabolizması ve bağışıklığın güçlenmesi açısından önemlidir ve en fazla gebeliğin üçüncü trimesterında ihtiyaç duyulmaktadır. A vitamini alımının yetersiz olmasının; preterm eyleme, düşük doğum ağırlığına ve enfeksiyon riskinin artmasına neden olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda fazla doz alımının teratojenik etkiye yol açabileceği ifade edilmektedir. Bu nedenle A vitaminin kullanımına dikkat edilmelidir (83-85).

D vitamini güneş ışığının cilt üzerindeki etkisinden elde edildiği için kış aylarında çoğunlukla D vitamini düzeyi düşüktür. Bu durum fetal düşük serum kalsiyumuna yol açar ve daha şiddetli eksikliklerde neonatal kemik metabolizması olumsuz yönde etkilenir.

Bu yüzden D vitamini dengesini korumak fetal kemik gelişimi için önemlidir (79,85). ACOG D vitamini eksikliği durumunda gebelerde günde 1000-2000 IU D vitamini alınmasının güvenli olduğunu belirtmektedir (86). Ülkemizde ise doğum öncesi ve sonrası dönemde gebelere günlük tek doz olmak üzere 1200 IU (dokuz damla) D vitamini önerilmektedir (87). Ek olarak gebelikte yetersiz D vitamini alımı erken gebelik döneminde preeklampsi riskini arttırmaktadır (85,88,89).

Kalsiyum, kemik mineralizasyonu için temel bir besindir ve hücre zarlarını korumak için önemli bir hücre içi bileşendir. Gebelikte kalsiyum plasenta boyunca aktif olarak taşınır ve özellikle üçüncü trimesterde annenin kalsiyum ihtiyacı artar. Artan kalsiyum ihtiyaçları diyetle karşılanabilir ve bunun için süt ve süt ürünlerinin artırılması yeterlidir. DSÖ

tarafından hazırlanan 2013 tarihli bir raporda kalsiyum takviyesinin tüm kadınlarda preeklampsi riskini %50'den fazla azalttığı belirtilmiştir (81).

C vitamini ihtiyacı gebelikte bir miktar artar. Antioksidan olarak enfeksiyonlara karşı koruma, aneminin önlenmesi, yara yeri iyileşmesi gibi rolleri bulunmaktadır. Günlük C vitamini ihtiyacı normal bir yetişkin için 60-75 mg olarak tavsiye edilmektedir (72,84).

Gebelik döneminde antioksidan özelliği olan E vitaminine ihtiyaç artmaktadır. E vitamini fetusta üçüncü trimesterde depolanmaktadır. Günlük ihtiyaç 5-30 mg arasında değişmektedir (72). Gebelikte rutin olarak vitamin E takviyesi önerilmemektedir. Ayrıca DSÖ, E vitamini desteğini gebe kadınların maternal ve perinatal sonuçlarını iyileştirmede önermemektedir. Bu nedenle gerekli E vitamininin besinler ile birlikte alınması tavsiye edilmektedir (90).

Folik asit takviyesi nöral tüp defekti riskine karşı koruyucu olduğu için prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik boyunca yeterli alımı birçok çalışma ile desteklenmektedir. Gebelikte eksikliği nöral tüp defekti, orofasiyal yarıklar, kardiyak anomaliler gibi doğumsal malformasyonlara sebep olabilir. Bu nedenle gebe kadınların tüm besinlerden alınan günlük 600 mcg folik asit tüketmeleri önerilir. Ayrıca gebelik düşünen kadınların gebelik öncesinden gebeliğin 3. Trimesterine kadar 400 mcg /gün folik asit almaları gerekmektedir (91). Son yıllarda yapılan çalışmalarda folik asit alımı ile nöral tüp defektleri arasında ilişki olduğu belirtilmiş ve günde 400 mcg folik asit alımının nöral tüp defektlerini %70 oranında azalttığı bulunmuştur (72). Gebelik döneminde iyot, çinko ve tiamin, demir gibi besin öğeleri için önerilen alım miktarları gebe olmayan kadınlara göre %25 daha fazladır (92).

Sağlıklı bir gebelik için vitamin ve mineraller kadar sıvı alımı da göz ardı edilmemelidir. Gebe bir kadının günlük ortalama 2 lt sıvı alması ve çoğunluğunun su olarak alınması önerilmektedir.

Sonuç olarak gebelikte farklı besin gruplarından besinler tüketerek vitamin ve minarelerin çeşitliliğini sağlanmalıdır. Az az sık sık beslenmeye, et, süt, yumurta, taze sebze ve meyve, balık tüketimine özen gösterilmelidir. Sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı ve aşırı kafein tüketimi fetüsün gelişimi ve büyümesi üzerine zararlı bir etkiye sahip olduğu için uzak durulması önerilmektedir. Gebelikte artan sıvı gereksinimini karşılamak için yeterli sıvı alımı önemlidir. Mümkün olduğunca hazır gıda tüketmemeye özen gösterilmelidir (75,77,93).

2.6.2 Hijyen

Gebelik, kadında önemli fizyolojik değişikliklerin yaşandığı bir dönem olduğu için bu dönemde gebeliğe bağlı oluşan değişiklikler gebeyi, genital ve üriner enfeksiyonların gelişmesi açısından riskli hale getirmektedir. Bu enfeksiyonlarında abortus, erken doğum gibi doğum komplikasyonlarına sebep olduğu görülmektedir. Gebelikte vajinal akıntıda artma yaygın görülen bir semptomdur. Vajinal akıntının fazla olması ve sekresyonların asiditesinin artması vajinal enfeksiyonların yaygınlığını arttırır (72,94,95). Bundan dolayı gebelerin genital hijyen alışkanlıkları üriner sistem enfeksiyonu oluşumunu da etkilemektedir. Bu yüzden tüm bu enfeksiyonlardan korunmak için genital hijyen davranışlarını iyi bilmek ve bu konuda eğitim vermek önemlidir. Gebelerin tuvaleti kullanmadan önce ve sonra el yıkama alışkanlığının olması, perine temizliğini yukarıdan aşağıya doğru yapmaları, uygun iç çamaşırı kullanmaları, vajinal duştan kaçınmaları gibi aktiviteler olumlu hijyen davranışları olarak sıralanabilir. Ayrıca sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitimlerle de enfeksiyonların oluşması, tekrarlamaı önlenabilir ve doğru genital hijyen alışkanlıkları kazandırılabilir (95,96).

Gebelikte meydana gelen hormonal değişimlerden diş ve diş eti de etkilenmektedir. Kızarıklık, ödem ve kanama eğiliminde artış ile kendini gösteren diş eti iltihabı ve periodontitis gibi ağız hastalıklarının görülme sıklığını artırma eğilimindedir (97). Yapılan çalışmalarda hormonal değişikliklerin etkisinin yanı sıra, ihmal edilen ağız hijyeni, doktor kontrollerinin azlığı ve uygun ağız hijyeni hakkında bilgi düzeylerinin düşük olması hamilelik sırasında periodontal durumun kötüleşmesine neden olmaktadır (98). Bu yüzden ağız ve diş sağlığına önem verilmelidir. Dişler günde iki kez yumuşak bir diş fırçasıyla fırçalanmalı, diş fırçası sık sık değiştirilmeli ve 6 ayda bir düzenli diş kontrolüne gidilmelidir. Gebelik dönemindeki periodontal inflamasyonlar fetal maternal sağlığı da olumsuz yönde etkilemektedir. Birçok araştırma gebelikte periodontal hastalıkların preeklampsi, düşük doğum ağırlığı ve yenidoğanın yoğun bakım ünitesinde yatış süresinin artması gibi olumsuz komplikasyonlarla ilişki olduğunu ortaya koymuştur (97,99,100).

2.6.3 Gebelikte Fiziksel Aktivite ve Egzersiz

Gebelikte yapılan egzersizler kadının sağlığını ve kas tonüsünü sürdürmesine, enerji artışına, uykusunun düzenlenmesine, barsak fonksiyonlarının düzenlenmesine, psikolojik olarak rahatlamasına yardımcı olur (72). ACOG, anne ve bebek sağlığına olumlu etkisinden dolayı, tüm sağlıklı gebelerin rehberler eşliğinde her gün yaklaşık 30 dakika fiziksel aktivite ve egzersiz yapmalarını tavsiye etmektedir (101). Gebelik döneminde egzersiz yapmanın kilo kontrolünün sağlanması, sırt ağrısının hafifletilmesi ve konstipasyonun önlenmesi, kas, kalp ve kan damarlarının güçlendirilmesi, sezaryen doğum olasılığında azalma, doğum sonu dönemde kilo kaybının sağlanmasında önemi vurgulanmaktadır (102).

Yapılan araştırmalarda egzersizin gebenin sağlıklı yaşam davranışları göstermesine katkı sağladığı ve gebenin yürüyüş, yüzme, aerobik, gebeliğe uygun pilates ve

yoga gibi bağımsız olarak yapabileceği egzersiz türlerini yapmaları için desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Gebelere herhangi bir risk yoksa haftanın en az 3 günü 30 dk hafif seviyede fiziksel aktive, yürüyüş, üriner inkontinans riskini azaltmak için kegel egzersizi gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları yapmaları önerilmektedir (101,103). Egzersizin diyabete bağlı gelişen risklere karşı etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya göre, gebelik öncesi ve gebelik süresince yapılan egzersizin gestasyonel diyabet ve makrozomili bebek riskini azalttığı belirtilmiştir (104).

Yapılan başka bir çalışmada gebelikte düzenli olarak yapılan egzersizin sağlık algısının pozitif yönde etkilediği bulunmuştur (105). Gebeler herhangi bir egzersiz programına başlamadan önce tıbbi ve obstetrik kontrendikasyonlar açısından değerlendirilmelidir. Doktorlar fiziksel aktivitenin sınırlandırılması gerektiğini düşündükleri durumlarda gebeyi mutlaka bilgilendirmelidir. Sağlık çalışanları tarafından riskli gebelikleri olmayan gebelerin; gebelik öncesinde, gebelikte ve sonrasında sağlıklı bir yaşam tarzının parçası olarak egzersiz yapmaları konusunda teşvik edilmelidir.

2.6.4 Gebelikte Uyku ve İstirahat

Uyku, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam etkinliklerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır (106). Gebelikte hormonal, solunum, kardiyovasküler değişiklikler, fetal hareketlerin artması ve büyüyen bir uterusun neden olduğu sık idrara çıkma nedeniyle uyku sorunları yaşanmakta ve uyku kalitesi bozulmaktadır (107). Çoğu anne adayları gebelik sırasında uyku bozukluğu şikayetlerini bildirmektedir. Kötü uyku kalitesinin hem doğum öncesi hem de postpartum dönemde depresyon için olası bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (108). Uyku bozuklukları hem anneyi hem de çocukları için önemli komplikasyonlara ve morbiditelere neden olabilir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelerde uyku kalitesinin iyi olmadığı tespit edilmiş ve bu oran oldukça yüksek bulunmuştur (109-114). Sağlık çalışanları, düzenli kontrol ve izlemlerle gebelerin ihtiyaçlarını veya sorunlarını belirleyerek gebeliklerini daha kolay geçirmelerine yardımcı olarak yaşam kalitelerini yükseltmeye çalışmaktadırlar (106).

Gebelikte uyku kalitesini artırmak için gebelere günde en az 8 saat uyuması, rahatlama tekniklerini kullanması, ılık duş alması, kafeinli içeceklerden uzak durması, loş ve gürültüsüz ortamda uyuması gibi uykuya geçişi kolaylaştırıcı teknikler önerilebilir (112).

2.6.5 Seyahat

Gebelikte riskli bir durum olmadıkça seyahat kısıtlaması yapılmamaktadır. Fakat gebelerin seyahatte oluşabilecek riskler konusunda bilinçli olmaları önemlidir. Gebelerin seyahat etmeleri için en güvenli zaman ikinci trimesterdir. Çünkü birinci ve üçüncü trimesterdeki gebeler daha fazla maternal fetal komplikasyon yaşama eğilimindedir (115,116). Ayrıca gebelikte emboli ve derin ven trombozu riski artmaktadır. Bu nedenle kısa mesafeli yorucu olmayan, sık sık hareket edebildikleri yolculuklar önerilmektedir. Seyahat boyunca emniyet kemeri kullanılmalı, kemer omuz ve kalçanın her iki yanını destekleyecek şekilde takılmalıdır. Uzun süren yolculuklarda varis çorabı giyilmesi önerilmektedir (117,118). Seyahat edilen ülkelerde malarya, kolera, sıtma gibi bulaşıcı hastalıkların görülme olasılığı yüksek ise gebelere genellikle seyahat önerilmez. Bu yüzden gebeler bulaşıcı hastalıklara karşı dikkatli olmalıdır. Rutin aşılar ve seyahat aşıları tamamlanmalı ve kişisel koruyucu önlemler alınmalıdır (119).

2.6.6 Gebeliği Kabullenme

Gebelik fizyolojik, psikolojik, hormonal ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumun gerekli olduğu önemli bir dönemdir (120). Gebenin fiziksel ve psikolojik durumuna uyum sağlamasında eşlerin ve sosyal çevresinin desteği önemlidir. Eğer gebenin bu

destek sistemleri annenin beklentilerini yeterli bir şekilde karşılırsa annenin gebeliğe uyumu kolaylaşacaktır. Yapılan bir çalışmada kadınların sosyal çevrelerindeki destek sayesinde, gebeliklerini daha olumlu geçirdikleri annelik rolüne uyumun daha hızlı kazanıldığı ve postpartum dönemde daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir (120,121).

Gebenin eğitim seviyesinin yüksek olması, yaşam felsefesi, gebeliğe hazır oluşu, sosyoekonomik durumu, sosyal güvencenin olması, ailede başka çocuk varlığı gibi faktörler kadının gebeliğe tepkisini ve uyumunu etkilemektedir. Literatürde bu sürece uyum gösteren ve gebeliği kabullenen gebelerin, gebeliği kabullenmede zorluk çeken gebelere göre daha az korku yaşadığı ve daha olumlu sağlık davranışları geliştirdiği belirtilmiştir (122,123).

Gebelikte yeterli prenatal bakım alan kadınlar kendi sağlık sorumluluğunu almakta, sağlıklı yaşam davranışı geliştirmekte, annelik rolünü daha kolay kabullenmektedir (122). Kadınların gebelik sürecinde annelik rolünü benimsemesi, postpartum dönemde anne-bebek bağlanmasında oldukça önemlidir. Güçlü anne bebek bağlanmasının doğum öncesi bakım alma, sağlıklı beslenme, yeterli egzersiz yapma, uygun hijyen ve uyku alışkanlıkları, gebelik sorumluluğun kabullenilmesi gibi sağlık yaşam davranışlarına motive ettiği, ebeveynlik rolüne uyumu kolaylaştırdığı belirtilmektedir (124). Bu nedenle kadınların gebeliğe ve anneliğe uyumun kolaylaştırılması için etkili olan faktörlerin belirlenmesi, riskli durumların erken tanılanması ve gerekli önlemlerin alınmasında sağlık profesyonellerine önemli sorumluluklar düşmektedir (125).

Sonuç olarak yapılan araştırmalara göre, gebelerin, sağlık okuryazarlığı düzeyi artıkça daha fazla sağlıklı yaşam davranışları gösterdiği ve gebelikte yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir (126).

2.6.7 Gebelik Sorumluluğu

Maternal sağlık uygulamaları annenin hem kendi sağlığını hem de bebeğinin sağlığını doğrudan etkilemektedir. Bu yüzden gebelerin gebelik boyunca sağlıklı yaşam davranışlarını öğrenip uygulamaları anne adayının sorumluluklarından biri olmalıdır. Gebelik dönemindeki sağlıklı yaşam davranışları sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma, ağız hijyenine dikkat etme, gebelik ve doğum hakkında bilgi edinme, sigara, alkol ve gereksiz ilaç kullanımından kaçınma, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve diğer enfeksiyonlardan korunmaya yönelik önlem alma olarak tanımlanabilir (15,127). Sağlık sorumluluğunun bilincinde olan gebe, sağlıklı bir gebelik süreci için hem kendisi hem de bebeği için uygun koşullar sağlayarak gerekli önlemleri alır. Böylece sağlıklı bir gebelik geçirerek gebeliğe ve ebeveynliğe uyumu kolaylaşır. Bu yüzden gebeler gebelik boyunca, doğum anında ve doğum sonrasına sorumluluklarının farkında olmalıdır (118).

Gebelerin sağlık sorumluluğu almasında ve bilincinin artmasında en etkili yol sağlık eğitimidir. Literatürde antenatal dönemde eğitim alan gebelerin sağlık bilincinin yükseldiği, gebelik ve doğum eylemi sorunlarıyla baş etme gücünün arttığı, ilaç kullanımının azaldığı, anne sütü ile beslenme oranlarının ve emzirme süresinin artığı, anksiyetenin azaldığı bulunmuştur (128,129).

2.7 Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini Yükseltmede, Sağlık Algısını ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarını Artırmada Hemşirenin Rolü

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerine ilişkin bilinçli kararlar alması için sağlık bilgilerini elde etme, anlama ve uygun şekilde kullanabilmektir (1). Gebelerde yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmak; gebelikte tehlike belirtilerini anlamalarını, erken doğum öncesi bakım almalarını, sağlık profesyonelleri tarafından verilen bilgileri doğru anlamalarını,

tarama testlerini yaptırmalarını, gebelikte folik asit ve demir kullanmalarını, çocuk bakımı ve emzirme düzeylerinin artmasını sağlar (130).

Düşük sağlık okuryazarlığı, gebelerin yeterli antenatal bakım almalarını ve gebelik sürecini yönetmelerini olumsuz etkileyebilir ve buda daha kötü sağlık sonuçlarına yol açabilir. Ayrıca bu gebeler gebelik süreciyle ilgili daha az bilgiye sahiptir ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanır (9,131). Bu yüzden maternal sağlık okuryazarlık düzeyinin hem kendi sağlığına hem de ailesi ve toplum sağlığına olumlu etkileri olduğu için geliştirilmesi çok önemlidir.

Gebelerin sağlık okuryazarlığını geliştirmek için gebe ile birebir ve en çok iletişimde olan hemşireler, kadınların eğitiminde sağlık bilgisi kaynağı olarak aktif rol oynamaktadırlar (132). Çünkü hasta eğitimi ve etkili iletişim hemşirelik mesleğinin temel unsurlarındandır. Hemşirelerin danışmanlık, eğitici, liderlik, iletişim rolleri sayesinde gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi artırılarak sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışlarının arttırılmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır (133).

Hemşirelerin verilen eğitimlerden önce gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri hakkında bilgi sahibi olmaları önemlidir. Belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre uygun eğitimler verilmelidir. Eğitimler planlanırken hastalarla anlayabilecekleri şekilde sözlü ve yazılı materyallerle iletişim kurulmalıdır. Doğuma hazırlık sınıflarında sağlık okuryazarlığının önemine yer verilmelidir. Hemşirelerin gebelerin doğru bilgilere erişmelerini ve bu bilgileri nasıl kullanacaklarını ve bunun ne anlama geldiğini anlamalarını sağlamada kilit bir rol oynaması gerekir. Ayrıca hemşirelerin hastalıkların önlenmesi, bakımı ve tedavisi ile ilgili konularda sağlık okuryazarlığını geliştirmek için güncel ve doğru bilgilere sahip olmaları önemlidir (134,135).

Yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından verilen sağlık okuryazarlık eğitiminin gebeliğe uyum, sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığını, doğum korkusunun ise azaldığını göstermektedir (136).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma gebelerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GEAH) Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Aralık 2021- Mayıs 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

GEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı; doğum salonu, travay bölümü, yoğun bakım, obstetri ve jinekoloji kliniği, obstetri ve jinekoloji polikliniği, Non-Stres Test (NST) bölümü, gebe okulu ve yardımcı üreme tedavi merkezinden oluşmaktadır.

Gebe polikliniğinde kontrole gelen gebelerin genel sistem değerlendirilmesi, vital bulguları, kilo takipleri, ultrason değerlendirmeleri, gebelik haftasına uygun olarak gebelerin NST ölçümü ve laboratuvar tetkik istemleri yapılmaktadır.

Gebe okulunda son trimesterdeki gönüllü olan gebelere ebe ve hemşireler tarafından eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmektedir.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Aralık 2021- Mayıs 2022 tarihleri arasında GEAH Kadın Doğum Polikliniklerine rutin muayene ve izlem için gelen gebeler oluşturmıştır. GEAH istatistik verilerine göre son bir yılda Kadın Doğum Polikliniklerine rutin muayene ve izlem için gelen yaklaşık 7212 gebe bulunmaktadır. Evreni bilinen örneklem denklemine göre gerekli hesaplamalar yapılmış ve örneklem sayısı 365 olarak belirlenmiştir.

Evreni bilinen örneklem denklemi:

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{e^2}}{1 + \frac{z^2 pq}{e^2 N}}$$

Z skoru: %95 güven aralığında karşılanan değer

p: Olayın toplumda görülme sıklığı

q: Olayın toplumda görülmemesi durumu

e: Standart hata

N: Evren

$$n = \frac{\frac{(1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,05)^2}}{1 + \frac{(1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,05)^2 \cdot 7212}} = 365$$

3.4 Araştırmaya Dahil Edilme/ Edilmeme Kriterleri

3.4.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. En az ilkokul-ilköğretim mezunu olmak

2. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
3. Türkçe okuma- yazma bilmek

3.4.2 Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

1. Veri toplama formlarını eksik doldurmak

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1 Bağımlı Değişkenler: Gebelerin Türkiye Sağlık Okuryazarlık-32 puan ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği ve Gebelerde Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği puan ortalamaları

3.5.2 Bağımsız Değişkenler: Gebelerin tanıtıcı özellikleri

3.6 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında “Veri Toplama Formu”, “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)”, “Sağlık Algısı Ölçeği” ve “Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği” kullanıldı.

3.6.1 Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı özellikler formu, gebelerin sosyodemografik (yaş, eğitim vb.) ve obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, gebelik haftası vb.) kapsamaktadır (20,44,53,54). Bu form 22 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilen ölçek kavramsal çerçeveye dayanarak, 15 yaş üzeri ve en az ilkokul mezunu olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Okyay ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Ölçek 32

sorudan oluşmaktadır. TSOY-32 ölçeğinin orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4'lük bir matrise dayanarak yapılandırılmış olmasıdır. Ölçeğin matrisinin dikey ve yatay olarak iki şekilde alt boyutları bulunmaktadır. Ölçeğin iki yatay alt boyutu (Tedavi ve Hizmet, Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi) ve 4 dikey alt boyutu (Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama) mevcuttur. Bu bileşenlere denk gelen madde numaraları aşağıda verilmiştir.

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
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Ölçeğin gerek yatay olarak gerek dikey olarak alt boyutlarının değerlendirilmesinde her durumda toplam madde sayısı 32'dir. Her alt boyuttan alınabilecek puan değeri minimum 0, maksimum 50'dir. Ölçeğin Türkçe 'de güvenirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) ile değerlendirilmiştir ve genel iç tutarlık katsayısı; 0,92 olarak saptanmıştır. Birinci boyut "Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu'nun Cronbach Alfa katsayısı 0,88'dir. İkinci boyut "Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu'nun Cronbach Alfa katsayısı

0,86'dır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,95 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri "Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma 0,88, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama 0,87, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme 0,84, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama 0,81, Tedavi ve Hizmet 0,90, Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi 0,94 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte bulunan her madde 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor, 5= Fikrim Yok şeklinde 5 derecelidir. Puan hesaplamasına geçilmeden önce, kodlar 1-4, 4-1 olmak üzere yeniden kodlanmalıdır. TSOY-32 ölçeğinde puan hesaplaması yapılırken her bir boyut ve süreçteki ortalamalar alınır, ardından boyutlar ve süreçlerin ortalamaları alınır ve son olarak tüm soruların ortalaması alınır. Hesaplama toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde aşağıdaki gibi formüle edilmiştir. Ölçekten alınan 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan ise en yüksek düzeyde olan sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, ölçekten elde edilen toplam puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir (36).

(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

3.6.3 Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Sağlık Algısı Ölçeği, Diamond ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiştir. Orjinal dili İngilizce olan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin 15 maddesi ve "Kontrol odağı", "Öz farkındalık", "Kesinlik" ve "Sağlığın önemi" başlıklı dört alt faktörü bulunmaktadır. Ölçekteki her bir madde "Çok katılıyorum (5)", "Katılıyorum (4)", "Kararsızım (3)", "Katılmıyorum (2)", "Hiç katılmıyorum (1)" şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekteki

olumsuz ifadeler (2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler) ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'tir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından uyarlanmıştır. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha değerleri: Kontrol merkezi için 0,90, Öz farkındalık için 0,91, Kesinlik için 0,91, Sağlığın önemi için ise 0,82 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise; Cronbach Alpha değerleri Kontrol merkezi için 0,77, Öz farkındalık için 0,67, Kesinlik için 0,75, Sağlığın önemi için ise 0,66 olarak hesaplanmıştır. Tüm ölçek için Cronbach Alpha katsayısı ise 0,71 olarak bulunmuştur.

3.6.4 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği (GSYDÖ)

Ölçeğin geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği Esra Yılmaz ve Nazan Karahan tarafından yapılmıştır (71). Ölçek toplam 29 madde ve 6 alt boyuttan oluşan beşli likert tipte bir ölçektir. Ölçek maddeleri 'her zaman'dan 'hiçbir zaman'a doğru 5'ten 1'e sayısal değerler verilerek puanlanmıştır. Ölçeği alt boyutları; Gebelik Sorumluluğu Alt Ölçeği, Hijyen Alt Ölçeği, Beslenme Alt Ölçeği, Aktivite Alt Ölçeği, Seyahat Alt Ölçeği, Gebeliği Kabullenme Alt Ölçeği şeklindedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları; ölçek toplamı için 0,83, gebelik sorumluluğu alt boyutu için 0,71, hijyen alt boyutu için 0,64, beslenme alt boyutu için 0,72, fiziksel aktivite için 0,69, seyahat alt boyutu için 0,80 ve gebeliği kabullenme alt boyutu için 0,63 bulunmuştur. Bu çalışmada GSYDÖ'nün Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için 0,89, alt boyutlardan gebelik sorumluluğu için 0,85, hijyen için 0,78, beslenme için 0,82, fiziksel aktivite için 0,85, seyahat için 0,83 ve gebeliği kabullenme için 0,73 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, sağlıklı yaşam davranışlarının olumlu ve yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 39, en yüksek puan 145'tir.

Güvenirlilikler

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32	32	0,959
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	8	0,881
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	8	0,873
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	8	0,848
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	8	0,810
Tedavi ve Hizmet	16	0,909
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	16	0,941
Sağlık Algısı Ölçeği	15	0,716
Kontrol Odağı	5	0,777
Kesinlik	4	0,751
Sağlığın Önemi	3	0,669
Öz Farkındalık	3	0,679
Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği	29	0,899
Gebelik Sorumluluğu	4	0,856
Hijyen	4	0,789
Beslenme	9	0,822
Fiziksel Aktivite	3	0,853
Seyahat	5	0,835
Gebeliği Kabullenme	4	0,735

3.7 Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama formları uygulanmadan önce formların anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek için 20 gebe ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamanın sonucunda veri toplama araçlarında değişikliğe ihtiyaç değerlendirilmiştir. Ön uygulama yapılan 20 gebe kadından elde edilen veriler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma için yapılan anket uygulaması sonucunda 450 gebeye ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan gebelerden toplam 30 kişi çeşitli nedenlerden dolayı (zamanının olmaması, gönüllü olmama, cevapların eksik verilmesi) çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya başlamadan önce GEAH Kadın Doğum polikliniklerine rutin muayene ve izlem için gelen gebelere araştırmacı tarafından araştırmanın amacı kısaca açıklanmış, “gönüllü olur” formu okunmuş ve gebelerin sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Gebelere veri toplama formu

hakkında kısa bilgi verilerek formu kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Veri toplama işlemi gebelerin poliklinik bekleme salonunda gebe muayeneleri için bekledikleri sırada yapılmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması her gebe için yaklaşık 15-20 dakikalık sürede tamamlanmıştır.

3.8 Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 28 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallikleri çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş katsayıların $\pm 1,5$ aralığında olduğundan normal dağıldığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem T Testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklar ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlanmıştır. Gebelerin sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları sosyodemografik ve obstetrik özellikleri arasındaki ilişki Pearson korelasyon analiziyle değerlendirilmiştir.

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen veriler gebelerin beyanına dayanmaktadır. Araştırma tek bir merkezde yürütülmüştür. Bu yüzden topluma genellenemez.

3.10 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, SBÜ GEAH Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 46418926 sayılı ve 25.11.2021 tarihli etik kurul izni (Ek-5) ve sonrasında araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin (Ek-6) alındı. TSOY-32 Ölçeğini

çalışmada kullanabilmek için Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren Pınar Okyay'dan (Ek-7), Sağlık Algısı Ölçeğini çalışmada kullanabilmek için Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren Hasibe Kadioğlu'dan (Ek-8) ve Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeğini çalışmada kullanabilmek için Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren Esra Yılmaz'dan (Ek-9) gerekli izinler alındı. Çalışmaya katılım sağlayan gebelerden sözlü ve yazılı onam alındı. Çalışmaya katılan gebelere araştırmaya katılım isteğe bağlı olup, istedikleri zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmayı reddedebilecekleri veya araştırmadan çekilebilecekleri açıklanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen veriler;

4.1 Gebelerin bazı tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2 Gebelerin sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular

4.3 Gebelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları ölçekleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

4.4 Gebelerin sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları düzeyleri arasında bir ilişkiye yönelik bulgular başlıkları altında özetlenmiştir.

4.1 Gebelerin bazı tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 4.1.1 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

(n=420)	n	%
Yaş (Ort±SS=28,27±5,11)		
18-25 Yaş	118	28,1
26-35 Yaş	257	61,2
35 Yaş Üstü	45	10,7
Eğitim Durumu		
İlkokul	19	4,5
Ortaokul	68	16,2
Lise	217	51,7
Lisans ve Üzeri	116	27,6
Yerleşim Yeri		
Köy	5	1,2
İlçe	129	30,7
İl	286	68,1
Çalışma Durumu		
Evet	87	20,7
Hayır	333	79,3
Sosyal Güvence		
Evet	359	85,5
Hayır	61	14,5
Aile Tipi		
Çekirdek	380	90,5
Geniş	40	9,5
Gelir Düzeyi		
Gelir Giderden Az	115	27,4
Gelir Gidere Eşit	253	60,2
Gelir Giderden Fazla	32	12,4
	$\bar{X}$	SS
Boy (m)	1,63	0,07
Kilo (kg)	72,24	14,93
BKİ	27,17	5,34

Tablo 4.1.1’de çalışmaya katılan gebelerin %28,1’i 18-25 yaş grubunda iken %61,2’si 26-35 yaş grubunda %10,7’si ise 35 üstü yaş grubundadır. Gebelerin yaş ortalaması ve standart sapması $28,27 \pm 5,11$ yaştır. Gebelerin %79,3’ünün eğitim düzeyi lise ve lisans ve üzeridir. Kadınların %68,1’inin yerleşim yeri köy ildir. Gebelerin %79,3’ü çalışmamaktadır ve %85,5’inin sosyal güvencesi vardır. Çalışmaya katılan gebelerin %90,5’inin aile tipi çekirdektir ve %60,2’sinin geliri giderine eşittir. Gebelerin boy uzunluklarının ve kilolarının ortalaması sırasıyla $1,63 \pm 0,07$ m., $72,24 \pm 14,93$ kg’dır ve BKİ ortalaması ise $27,17 \pm 5,34$ ’tür (Tablo 4.1.1).



Tablo 4.1.2 Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

(n=420)	n	%
Gebelik Haftası		
1-13 Hafta	142	33,8
14-27 Hafta	140	33,3
28-40 Hafta	138	32,9
Gebelik Şekli		
Planlı	297	70,7
Plansız	123	29,3
Gebelik Sayısı		
1 Gebelik	157	37,4
2 Gebelik	130	31,0
3 Gebelik	71	16,9
4 ve Üzeri Gebelik	62	14,8
Doğum Öyküsü		
Var	233	55,5
Yok	187	44,5
Doğum Sayısı (n=233)		
1	144	61,8
2 ve Üzeri	89	38,2
Uyku Süresi		
8 Saatten Az	120	28,6
8 Saat	129	30,7
8 Saatten Fazla	171	40,7
Uyku Sorunu yaşama durumu		
Evet	283	67,4
Hayır	137	32,6
Sağlığını Nasıl Değerlendirdiği		
Çok İyi	29	6,9
İyi	363	86,4
Kötü	28	6,6
Sigara Kullanımı		
Evet	45	10,7
Gebe Olduğumda Bıraktım	35	8,3
Hayır	340	81,0
Sigara Kullanımı (n=45)		
5 Adetten Az	30	66,7
5-10 Arası	12	26,7
10'dan Fazla	3	6,7
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	37	8,8
Yok	383	91,2

Tablo 4.1.2 (Devamı)

(n=420)	n	%
Doğum Öncesinde Gebeliğiniz Süresince Verilen Bilgileri Yeterli Bulma		
Evet	329	78,3
Hayır	91	21,7
Gebelik Süresince Doğum Öncesi Bakım, Gebe Okulu, Kurs Ya Da Eğitime Katılma		
Evet	6	1,4
Hayır	414	98,6
Sağlık Problemi Yaşadığınızda Davranış Şekli		
İhmal Eder	8	1,9
Kendim Tedavi Etmeye Çalışır	40	9,5
Doktora Gider	372	88,6
+Gebelik İlgili Bilgilerin Kaynağı		
Aile	127	30,2
Sağlık Çalışanları	359	85,5
İnternet ve Televizyon	220	52,4
Kitap, Dergi, Broşür	53	12,6
Diğer	25	6,0

+: Bu soruda katılımcılar birden fazla seçeneğe cevap verebilmişlerdir.

Tablo 4.1.2’de çalışmaya katılan gebelerin %33,8’inin gebelik haftası 1-13 hafta iken %33,3’ünün 14-27 hafta ve %32,9’unun ise 28-40 haftadır. Kadınların %70,7’sinin gebeliği planlıdır. Gebelerin %37,4’ünün gebelik sayısı bir iken %31’inin iki, %16,9’unun üç ve %14,8’inin ise dört ve daha fazladır. %55,5’inin doğum öyküsü vardır. Gebelerin %40,7’sinin uyku süresi 8 saatten fazladır ve %67,4’ünün uyku sorunu vardır. Kadınların %86,4’ü sağlığını iyi olarak değerlendirmektedir. Çalışmaya katılan gebelerin %10,7’si sigara kullanmakta iken %8,3’ü gebe olunca bırakmış ve %81’i ise kullanmamaktadır. Sigara kullananların %66,7’si günde 5 adetten az sigara kullanmaktadır. Gebelerin %91,2’sinin kronik hastalığı yoktur. Çalışmaya katılan gebelerin %78,3’ü gebeliği süresince verilen bilgileri yeterli bulmaktadır ve

%88,6'sı sağlık problemlerinde doktora başvurmaktadır. Gebelerin gebelikle ilgili bilgi kaynakları incelendiğinde sağlık çalışanları cevabı verenlerin oranı %85,5'tir. Tablo 4.1.2).

4.2 Gebelerin sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular

Tablo 4.2.1 Gebelerin TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maksimum
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32	38,10	7,56	15,63	50,00
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	38,68	8,35	8,33	50,00
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	39,36	7,60	16,67	50,00
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	35,89	8,65	6,67	50,00
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	38,40	7,78	16,67	50,00
Tedavi ve Hizmet	38,31	7,49	13,54	50,00
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	37,89	8,24	12,22	50,00

Tablo 4.2.1'de çalışmaya katılan gebelerin TSOY-32 puanlarının ortalaması ve standart sapması $38,10 \pm 7,56$ iken Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma alt boyutunun $38,68 \pm 8,35$, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama alt boyutunun $39,36 \pm 7,60$, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme alt boyutunun $35,89 \pm 8,65$, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama alt boyutunun $38,40 \pm 7,78$, Tedavi ve Hizmet alt boyutunun $38,31 \pm 7,49$ ve Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutunun ise $37,89 \pm 8,24$ 'tür (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2 Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı

TSOY-32 Puanlarına Göre Gruplar	Sayı	Yüzde
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	15	3,6
Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	101	24,0
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	162	38,6
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	142	33,8

Tablo 4.2.2'de çalışmaya katılan gebelerin TSOY-32 puanlarına göre gruplandırması yapıldığında %3,6'sı Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı, %24'ü Sorunlu-Sınırlı Sağlık

Okuryazarlığı, %38,6'sı Yeterli Sağlık Okuryazarlığı ve %33,8'i ise Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı grubundadır (Tablo 4.2.2)

Tablo 4.2.3 Gebelerin Sağlık Algısı Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Sağlık Algısı Ölçeği	49,21	7,18	28,00	69,00
Kontrol Odağı	14,49	4,47	5,00	25,00
Kesinlik	11,45	3,56	4,00	20,00
Sağlığın Önemi	12,01	2,01	3,00	15,00
Öz Farkındalık	11,27	2,25	3,00	15,00

Tablo 4.2.3'te çalışmaya katılan gebelerin SAÖ puanlarının ortalaması ve standart sapması $49,21 \pm 7,18$ iken Kontrol Odağı alt boyutunun $14,49 \pm 4,47$, Kesinlik alt boyutunun $11,45 \pm 3,56$, Sağlığın Önemi alt boyutunun $12,01 \pm 2,01$ ve Öz Farkındalık alt boyutunun ise $11,27 \pm 2,25$ 'tir (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4 Gebelerin Sağlıklı Yaşam Davranışları Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği	115,07	16,45	37,00	145,00
Gebelik Sorumluluğu	17,97	3,45	4,00	20,00
Hijyen	18,25	2,65	4,00	20,00
Beslenme	31,31	6,95	9,00	45,00
Fiziksel Aktivite	9,68	3,22	3,00	15,00
Seyahat	20,27	4,63	5,00	25,00
Gebeliği Kabullenme	17,59	2,95	4,00	20,00

Tablo 4.2.4'te çalışmaya katılan gebelerin GSYDÖ puanlarının ortalaması ve standart sapması $115,07 \pm 16,45$ iken Gebelik Sorumluluğu alt boyutunun $17,97 \pm 3,45$, Hijyen alt boyutunun $18,25 \pm 2,65$, Beslenme alt boyutunun $31,31 \pm 6,95$, Fiziksel Aktivite alt boyutunun $9,68 \pm 3,22$, Seyahat alt boyutunun $20,27 \pm 4,63$ ve Gebeliği Kabullenme alt boyutunun ise $17,59 \pm 2,95$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.4).

4.3 Gebelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları ölçekleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Tablo 4.3.1 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre TSOY-32, SAÖ,GSYDÖ Puanlarının Farklılıklarının ve İlişkilerinin İncelenmesi

	TSOY-32 $\bar{X} \pm SS$	SAÖ $\bar{X} \pm SS$	GSYDÖ $\bar{X} \pm SS$
Yaş			
1) 18-25 Yaş	39,65±7,76	49,50±7,89	112,35±18,08
2) 26-35 Yaş	37,67±7,26	49,37±6,92	116,87±15,52
3) 35 Yaş Üstü	36,51±8,16	47,56±6,60	111,89±16,02
F;p	3,941; 0,020*	1,357;0,259	4,058; 0,018*
Fark (Tukey)	1-2,3		1-2
Eğitim Durumu			
1) İlkokul/Ortaokul	37,38±7,73	46,99±6,64	111,08±20,19
2) Lise	38,41±7,44	49,15±7,29	116,09±15,51
3) Lisans ve Üzeri	38,06±7,66	50,99±6,93	116,15±14,63
F;p	0,586;0,557	8,003; ≤0,001*	3,258; 0,039*
Fark (Tukey)		1-2,3	1-2
Yerleşim Yeri			
İlçe/Köy	38,94±7,49	48,88±7,52	113,69±15,09
İl	37,71±7,57	49,37±7,02	115,71±17,04
t;p	1,556;0,120	-0,647;0,518	-1,171;0,242
Çalışma Durumu			
Evet	36,86±7,91	49,90±7,59	116,22±15,69
Hayır	38,43±7,44	49,03±7,07	114,77±16,65
t;p	-1,728;0,085	0,999;0,318	0,733;0,464
Sosyal Güvence			
Evet	38,17±7,49	49,47±7,21	115,06±16,66
Hayır	37,69±8,01	47,70±6,87	115,08±15,26
t;p	0,464;0,643	1,778;0,076	-0,008;0,994
Aile Tipi			
Çekirdek	38,12±7,48	49,43±7,18	115,41±16,50
Geniş	37,97±8,37	47,10±6,87	111,83±15,78
t;p	0,118;0,906	1,963;0,051	1,312;0,190
Gelir Düzeyi			
1) Gelir Giderden Az	37,18±8,69	48,67±6,90	112,24±16,91
2) Gelir Gidere Eşit	38,66±7,07	49,42±7,33	116,85±16,57
3) Gelir Giderden Fazla	37,43±7,02	49,42±7,09	112,65±13,68
F;p	1,764;0,173	0,451;0,637	3,783; 0,024*
Fark (Tukey)			1-2
	r;p	r;p	r;p
Boy (m)	0,051;0,301	-0,013;0,795	0,025;0,611
Kilo (kg)	-0,028;0,565	0,000;0,993	-0,021;0,669
BKİ	-0,053;0,282	0,002;0,972	-0,033;0,503

t:Bağımsız Örneklem T Testi *F*:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *r*:Pearson Korelasyon
*: $p<0,05$

Tablo 4.3.1’de uygulanan istatistiksel analizler sonucunda çalışmaya katılan gebelerin; TSOY-32 ölçeği, puanları yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). 18-25 yaş grubundaki gebelerin TSOY-32 ölçeği puanları 26-35 ve 35 yaş üzeri grubundaki TSOY-32 ölçeği gebelerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,020$, Tablo 4.3.1).

SAÖ puanları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan kişilerin SAÖ eğitim durumu lise ve lisans ve üzeri olan kişilerin SAÖ puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür ($p=0,000$, Tablo 4.3.1).

GSYDÖ puanları yaş, eğitim durumu ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre 26-35 yaş grubundaki kişilerin GSYDÖ puanları 18-25 yaş grubundaki kişilerin GSYDÖ puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p= 0,018$ Tablo 4.3.1). Eğitim durumu lise olan kişilerin GSYDÖ puanları eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan kişilerin GSYDÖ puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,039$ Tablo 7). Geliri giderine eşit olan kişilerin GSYDÖ puanları geliri giderden az olan kişilerin GSYDÖ puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir($p= 0,024$, Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.2 Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre TSOY-32,SAÖ,GSYDÖ Puanlarının Farklılıklarının ve İlişkilerinin İncelenmesi

	TSOY-32 $\bar{X} \pm SS$	SAÖ $\bar{X} \pm SS$	GSYDÖ $\bar{X} \pm SS$
Gebelik Haftası			
1-13 Hafta	38,19±7,02	49,11±7,05	115,41±16,74
14-27 Hafta	37,23±7,86	48,71±6,86	113,62±18,17
28-40 Hafta	38,89±7,73	49,83±7,62	116,18±14,17
F;p	1,713;0,182	0,864;0,422	0,887;0,413
Gebelik Şekli			
Planlı	38,32±7,32	49,88±7,31	116,51±15,71
Plansız	37,58±8,10	47,59±6,61	111,58±17,68
t;p	0,906;0,365	3,001; 0,003*	2,686; 0,008*
Gebelik Sayısı			
1 Gebelik	38,54±7,25	50,01±7,70	116,9±15,42
2 Gebelik	37,26±7,31	49,32±6,45	114,22±16,76
3 Gebelik	38,05±8,27	48,82±6,77	113,51±17,37
4 ve Üzeri Gebelik	38,80±7,99	47,42±7,52	114,00±17,19
F;p	0,888;0,447	2,035;0,108	1,065;0,364
Doğum Öyküsü			
Var	38,03±7,65	48,36±6,72	114,67±16,4
Yok	38,19±7,46	50,27±7,60	115,56±16,54
t;p	-0,224;0,823	-2,697; 0,007*	-0,546;0,585
Doğum Sayısı			
1	38,16±7,65	48,77±6,74	115,73±16,73
2 ve Üzeri	37,81±7,68	47,70±6,67	112,97±15,79
t;p	0,337;0,737	1,187;0,237	1,251;0,212
Uyku Süresi			
8 Saatten Az	37,74±7,42	48,53±7,00	113,18±18,81
8 Saat	37,78±7,63	49,38±7,48	115,74±15,26
8 Saatten Fazla	38,60±7,62	49,57±7,08	115,88±15,51
F;p	0,617;0,540	0,793;0,453	1,105;0,332
Uyku Sorunu Yaşama Durumu			
Evet	38,22±7,48	48,85±7,08	114,46±16,81
Hayır	37,85±7,74	49,96±7,34	116,32±15,66
t;p	0,470;0,639	-1,495;0,136	-1,088;0,277

Tablo 4.3.2 (Devamı)

	TSOY-32 $\bar{X} \pm SS$	SAÖ $\bar{X} \pm SS$	GSYDÖ $\bar{X} \pm SS$
Sağlığını Nasıl Değerlendirdiği			
1) Çok İyi	41,35±7,07	48,69±8,40	118,97±17,54
2) İyi	37,78±7,49	49,35±7,04	115,24±15,92
3) Kötü/Çok Kötü	38,93±8,26	47,93±7,70	108,75±20,54
F;p	3,208;0,041*	0,593;0,553	2,927;0,055
Fark (Tukey)	1-2		
Sigara Kullanımı			
Evet	38,56±7,20	47,98±7,69	114,67±13,02
Gebe Olduğumda Bıraktım	37,46±6,29	48,37±6,44	117,03±13,74
Hayır	38,11±7,73	49,46±7,18	114,92±17,12
F;p	0,209;0,811	1,111;0,330	0,275;0,760
Kronik Hastalık Varlığı			
Evet	39,64±6,56	49,54±6,75	116,11±17,89
Hayır	37,95±7,64	49,18±7,23	114,97±16,32
t;p	1,302;0,193	0,291;0,771	0,403;0,687
Gebeliğiniz Süresince Verilen Bilgileri Yeterli Bulma			
Evet	38,44±7,53	49,13±7,19	115,01±17,01
Hayır	36,89±7,57	49,51±7,16	115,26±14,31
t;p	1,730;0,084	-0,440;0,660	-0,129;0,897
Sağlık Probleminde Davranış Şekli			
İhmal Eder/ Kendim Tedavi	35,18±8,35	45,85±6,40	107,50±21,47
Etmeye Çalışır	38,48±7,38	49,65±7,17	116,04±15,45
Doktora Gider	38,48±7,38	49,65±7,17	116,04±15,45
t;p	-2,873;0,004*	-3,489;≤0,001*	-2,669;0,010*

t:Bağımsız Örneklem T Testi F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *:p<0,05

Tablo 4.3.2’de uygulanan istatistiksel analizler sonucunda çalışmaya katılan gebelerin; TSOY-32 ölçeği puanları sağlığını değerlendirme, sağlık probleminde davranış şekli değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre sağlığını çok iyi olarak değerlendiren kişilerin, TSOY-32 ölçeği puanları, sağlığını iyi olarak değerlendiren kişilerin TSOY-32 ölçeği puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir(

$p=0,041$, Tablo 4.3.2). Sağlık problemi olduğunda doktora giden kişilerin TSOY-32 ölçeği puanları sağlık problemi olduğunda ihmal ederim/kendim tedavi etmeye çalışırım cevabını veren kişilerin TSOY-32 ölçeği puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p= 0,004$, Tablo 4.3.2).

SAÖ puanları gebelik şekli, doğum öyküsü, sağlık probleminde davranış şekli değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Gebelik şekli planlı olan kişilerin SAÖ puanları, gebelik şekli plansız olan kişilerin SAÖ puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p= 0,003$, Tablo 4.3.2). Doğum öyküsü olmayan kişilerin SAÖ puanları doğum öyküsü olan kişilerin SAÖ puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p= 0,007$, Tablo 4.3.2). Sağlık problemi olduğunda doktora giden kişilerin SAÖ puanları sağlık problemi olduğunda ihmal ederim/kendim tedavi etmeye çalışırım cevabını veren kişilerin SAÖ puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p= 0,000$, Tablo 4.3.2).

GSYDÖ puanları gebelik şekli, sağlık probleminde davranış şekli değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre gebelik şekli planlı olan kişilerin GSYDÖ puanları gebelik şekli plansız olan kişilerin GSYDÖ puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p= 0,008$, Tablo 4.3.2). Sağlık problemi olduğunda doktora giden kişilerin GSYDÖ puanları sağlık problemi olduğunda ihmal ederim/kendim tedavi etmeye çalışırım cevabını veren kişilerin GSYDÖ puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,010$, Tablo 4.3.2).

4.4 Gebelerin sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları düzeyleri arasında bir ilişkiye yönelik bulgular

Tablo 4.4.1 TSOY-32, SAÖ,GSYDÖ Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32	Sağlık Algısı Ölçeği	Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32	r	1,000	,155**	,275**
	p		0,001	<,001
Sağlık Algısı Ölçeği	r		1,000	,138**
	p			0,004
Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği	r			1,000
	p			

r: Pearson Korelasyon Katsayısı **: $p < 0,01$

Tablo 4.4.1’de uygulanan korelasyon analizleri sonucunda çalışmaya katılan gebelerin; TSOY- 32 ölçeği puanları ile SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r = 0,155$) (Tablo 4.4.1). TSOY- 32 ölçeği puanları ile GSYDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r = 0,275$) (Tablo 4.4.1). SAÖ puanları ile GSYDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r = 0,138$) (Tablo 4.4.1). Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı puanları arttıkça, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları da artmaktadır. Aynı zamanda sağlık algısı puanları yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları da yükselmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde gebelerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan çalışmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Literatürde kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olmasının, iyi sağlık algısına sahip olmasının ve sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemelerinin sağlığın geliştirilmesi için önemli bir etken olduğu ve kadınların sağlığını doğrudan etkilediği bildirilmektedir (9,64,68). Bu bağlamda bir kadının sağlık bakımı ile ilgili bilgilerinin yetersiz olması kendisinin ve bebeğinin sağlığını dolayısıyla toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir. Gebelik dönemi, birçok kadının sağlık hizmetlerinden daha sık yararlandığı ve bu dönemin öğrenmeye açık bir dönem olmasından dolayı sağlık okuryazarlığının, sağlık algısının ve sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için uygun bir zamandır.

Bu çalışmada gebelerin TSOY-32 toplam puan ortalaması $38,10 \pm 7,56$ olarak saptanmıştır. Ayrıca gebelerin %3,6'sının yetersiz, %24'ünün sorunlu-sınırlı, %38,6'sının yeterli ve %33,8'inin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). Çalışma kapsamındaki gebelerin yeterli ölçüde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu söylemek mümkündür. Yapılan çalışmalarda gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilgili farklı sonuçlar rapor edilmektedir. Khorasani ve arkadaşları çalışmalarında gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin $42,7 \pm 5,6$ olduğunu belirlemişlerdir (10). Dadipoor ve arkadaşlarının İran'da yapmış oldukları çalışmada gebelerin %42,8'i yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmektedir (9). Brandstetter ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %42,6'sının yeterli düzeyde sağlık okuryazarlıklarının olduğu saptanmıştır (137). Tugut ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılan gebelerin yeterli düzeyde sağlık

okuryazarlık düzeylerinin olduğunu bildirmişlerdir (58). Izadirad ve arkadaşlarının (2017) çalışmasına katılan gebelerin %36,27'si okuryazarlık düzeyinin yeterli olduğunu bildirmişlerdir (138). Sonuçlar çalışma bulgularımızla benzerdir. Tüm bu sonuçlar gebelerin hem kendi sağlıklarını için hem de doğacak bebeklerinin sağlıklarını etkileyebilecek kararları verebilmeleri için yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmaları açısından önemlidir.

Çalışma bulgularımızdan farklı olarak; Sorensen ve arkadaşlarının (2015) Avrupa ülkelerinde yaptıkları çalışmada gebelerin %12,4 ünün yetersiz ve %47,6 sının sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (5). Topçu (2019)'nun çalışmasında gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri %44'ünde yetersiz, %43,5'inde sorunlu-sınırlı olarak belirlenmiştir (130). Phommachanh ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında gebelerin %80 inin yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir (139). Bulgumuz bu çalışmalar ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın çalışmanın yapıldığı bölge, araştırmada kullanılan ölçekler, sağlık sistemi, gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklarıyla ilgili kararlar almak ve yaşam kalitelerini yükseltmek için gerekli bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanmayı sağlayacak bilgi ve yeterlilikte olmaları önemlidir (4). Bu çalışmada kullanılan Türk Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32'nin alt boyut puan ortalamasından en düşük "Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme" alt boyutu ($35,89 \pm 8,65$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). Bunun sebebinin gebelerin eğitim seviyesi, değer ve inançları, çoğunluğunun daha önce deneyiminin olmaması, sağlık sistemiyle ilk defa karşılaşmış olması nedeniyle analiz ve sentez yapamamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde Topçu (2019)'nun çalışmasında TSOY-32 ölçeğinin alt boyut puan ortalamasından Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme alt boyutunun daha düşük olduğu belirlenmiştir (130). Çalışma

bulgumuzdan farklı olarak Phommachanh ve arkadaşlarının (2021), Tavananezhad ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma” alt boyutunun en düşük olduğu saptanmıştır (139,140). Izadirad ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmada “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama” alt boyutunun en düşük olduğu bildirilmiştir (138). Farklılığın nedeninin çalışmaya katılan grubun eğitim ve gelir düzeyinden, bölgesel ve sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan gebelerin kendilerine verilen bilgileri doğru şekilde anlayıp, uygulamaları, olası gebelik risklerinin farkında olmaları ve gebelik sürecini yönetmeleri zorlaşmaktadır (130,139,140). Phommachanh ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında sağlık okuryazarlığı yetersiz olan gebelerin besin çeşitliliğinin anne ve çocuk için yararları hakkındaki bilgilerin doğru olup olmadığına karar vermeyi çok zor bulduklarını bildirmiştir (139). Cho ve arkadaşlarının (2007), Nawabi ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan gebelere göre prenatal tarama testlerini daha az anladıkları saptanmıştır (19,141). Lori ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında gebelerin gebelik risklerinin farkında oldukları ancak doğum öncesi bakım sırasında temel bilgileri uygun şekilde yorumlayıp uygulayamadıkları gösterilmiştir (56). Aydın ve Abla’nın (2019) çalışmasında annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça emzirme öz-yeterlilik düzeyinin de arttığı bulunmuştur (57). Tüm bu literatür doğrultusunda gebelerin sağlıkla ilgili bilgileri anlayıp, gerekli bilgileri kullanmaları ve sonunda bilinçli karar vermeleri sağlık okuryazarlık düzeyinin gelişmesinde oldukça önemlidir (12).

Çalışmamızda gebelerin yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlık düzeyinin 18-25 yaş aralığındaki gebelerde diğer yaş aralığındaki gebelere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Tavananezhad ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları çalışmada bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde gebelerin yaş ortalamaları azaldıkça sağlık

okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (140). Berens ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında çalışmaya katılanların yaş ortalamaları arttıkça algılanan sağlık okuryazarlığı puanları ve düzeylerinin azaldığını belirtmişlerdir (27). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Khorasani ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile yaş faktörü arasında anlamlı bir fark belirtilmemiştir (10). Farklılığın gebelerin sosyodemografik özelliklerinin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sağlık okuryazarlık düzeyinin eğitim değişkeninden etkilenmesi eğitimin sağlıkla ilgili bilgilere uyumu ve bireylerin sağlık davranışı ve sorumluluğunu daha fazla almalarını arttıran bir faktör olması ile ilişkilendirilebilir. Bu çalışmada gebelerin eğitim durumları ile TSOY -32 ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.3.1). Çalışmamızdan farklı olarak Mojoyinola (2011), Dadipoor ve arkadaşları (2017), Khorasani ve arkadaşları (2018), Candel ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada gebelerin eğitim düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (9,10,131,142). Elde edilen çalışma sonuçlarındaki farklılıkların yaş, gelir düzeyi, bölgesel ve sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Gebeliğin planlı olması anne-bebek bağlanmasında ve annelik rolüne uyum sağlamada önemli bir faktördür. Bu süreçte sağlık okuryazarlığının önemi büyüktür (143). Bu çalışmada gebeliğin planlı olma durumu ile TSOY -32 ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.3.2). Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda çalışma bulgularımızdan farklı olarak gebeliği planlı olan gebelerin olmayanlara göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür (51,57). Farklılığın sebebinin çalışmaya katılan gebelerin eğitim gelir düzeyinden, bölgesel ve sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada sağlığını çok iyi değerlendiren gebelerin TSOY-32 ölçeği puanları sağlığını iyi veya kötü/çok kötü değerlendiren gebelerin TSOY-32 ölçeği puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.2). Yapılan çalışma sonucuna göre sağlıklarını iyi olarak değerlendiren gebelerin, sağlık bilincini ve öz sorumluluğunu arttıracak, kendisi ve ailesi için karar alma süreçlerine aktif olarak katılmalarına katkı sağlayacak ve bu durumun sağlık okuryazarlığını olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Sağlık algısı yüksek olan gebelerin karşılaşılabilecek tehlikeleri fark etmelerine, öz bakımlarına dikkat etmelerine, doğum öncesi bakım hizmeti almalarına, sağlıklı yaşam davranışları geliştirmelerine ve sağlıklı bir gebelik süreci yaşamalarına imkân tanır (143). Çalışmamızda gebelerin toplam SAÖ puan ortalaması $49,21 \pm 7,18$ olarak saptanmıştır. Bu çalışma kapsamındaki gebelerin SAÖ puan ortalaması en üst değere yakın olduğu için sağlık algılarının iyi olarak değerlendirmek mümkündür. (Tablo 4.2.3). Çalışma bulgumuza benzer olarak Kalaycık (2022)'in 230 gebeyle yaptığı çalışmada gebelerin sağlık algılarının iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir (144). Çalışma bulgumuzun sonucuna göre gebelerin sağlıklarını nasıl algıladıklarının hem kendi sağlığı hem de doğacak bebeklerinin sağlığına ilişkin doğru ve bilinçli karar alabilmelerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin yaş grupları ile sağlık algısı puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.3.1). Akça ve arkadaşları (2020), Tugut ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmalarda gebelerin yaş grupları ile sağlık algısı puanları arasında farklılık bulunmamıştır (58,64). Çalışma bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Yüksek eğitim düzeyine sahip olan gebelerin farkındalıklarının daha fazla olup, sağlık sorumluklarını almaları böylece daha iyi bir sağlık algısına sahip olmasında önemli faktörlerden biri olduğu bilinmektedir (64). Çalışmamızda da gebelerin eğitim durumu ile SAÖ

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.1). Buna göre; eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan gebelerin SAÖ puanı eğitim durumu lise ve lisans ve üzeri olan gebelerin SAÖ puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Dadipoor ve arkadaşları (2017), Kaya Şenol ve arkadaşları (2019), Akça ve arkadaşları (2020), Tugut ve arkadaşları (2021)'nın yaptıkları çalışmalarda gebelerin eğitim düzeyi arttıkça sağlık algısının anlamlı düzeyde arttığını ortaya koymuştur (9,64,58,145). Kalaycık (2022)'ın yaptığı çalışmada üniversite ve lise mezunu olanların ilköğretim mezunu olanlara göre SAÖ puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir (144). Bu sonuçlar özellikle eğitim düzeyi düşük olan gebelerin hem kendi sağlığı hem de bebeğinin sağlığı için sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmasında sağlık algılarının artırılmasına yönelik önlemler alınması gerektiğine dikkat çeker niteliktedir.

Bu çalışmada ilk kez gebelik yaşayanların daha önce doğum öyküsü olan gebelerden daha yüksek sağlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Akça ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ilk kez gebelik yaşayanların daha yüksek sağlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir (64). Kalaycık (2022)'ın çalışmasında gebe kalma sayısı arttıkça SAÖ puan ortalamaları azalmaktadır (144). Bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu sonucun ise kadınların doğum deneyimini daha önce yaşamamış olmalarına bağlı farkındalık oluşmasından ve daha titiz davranış sergilemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada gebelik şekli planlı olan gebelerin SAÖ puanları gebelik şekli plansız olan gebelerin SAÖ puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.2). Morgan ve Eastwood'un 2014 yılında gebelerle yapmış olduğu çalışmasında kötü sağlık algısı olan gebelerin planlanmamış gebelik ile ilişkili olduğu bulunmuştur (19).

Gebelerin benimsedikleri yaşam biçimi ve davranış değişiklikleri kendi sağlığını ve bebeğinin sağlığını doğrudan etkilemektedir. Sağlıklı davranışlar olumlu gebelik sonuçlarıyla bağlantılıyken, riskli davranışlar olumsuz gebelik sonuçlarla ilişkili olarak bulunmuştur. (67,68). Bu çalışmada gebelikte sağlıklı yaşam davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamasının diğer alt boyutlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.4). Çalışma bulgumuza benzer şekilde Barakat ve arkadaşları (2011), Gökyıldız ve arkadaşları (2014), Cyphers ve arkadaşları (2017), Jalili Bahabadi ve arkadaşları (2020), Masjoudi ve arkadaşları (2022)'nin yaptıkları çalışmalarda GSYDÖ'nin alt boyut puan ortalamalarından en düşük fiziksel aktivite alt boyutu olarak saptamışlardır. (105,146-149). Yapılan çalışmaların sonucuna göre gebe kadınlar arasında fiziksel aktivitenin düşük olmasına; gebelikte egzersiz yapmanın tehlikeli olabileceğini düşünmek, önceki gebeliklerinde düşük ve riskli gebelik öykülerinin olması, fiziksel aktivitenin önemi hakkında bilgi eksikliği gibi faktörlerin sebep olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin yaş gruplarına göre 26-35 yaş grubundaki gebelerin GSYDÖ puanları 18-25 yaş grubundaki gebelerin GSYDÖ puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1) Yu-Hua Lin ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında gebelerin yaş ortalamaları arttıkça sağlıklı yaşam davranışlarında azalma olduğunu belirtmişlerdir (150). Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin eğitim durumu lise ve üzeri olan gebelerin sağlıklı yaşam davranışları daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.1). (Tablo 7). Onat ve Aba (2014), Jalili Bahabadi ve arkadaşları (2020), Masjoudi ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları çalışmalarda gebelerin eğitim düzeyi yükseldikçe gebelikte sağlık yaşam davranışlarına daha fazla dikkat edildiği belirlenmiştir (15,148,149). Literatürde yer alan çalışma sonuçları değerlendirildiğinde eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin sağlıklı yaşam davranışlarını uygulama becerilerinin fazla

olması sağlık kaynaklarını daha iyi kullanmaları, farkındalıklarının artması, daha fazla sorgulayıp titiz davranmaları ve doğru bilgiye ulaşmaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda gebelerin GSYDÖ puanları geliri giderden az olan gebelerin GSYDÖ puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo4.3.1). Onat ve Aba (2014), Aksoy ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında gebelerin gelir durumunun yükselmesinin sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu yönde etkilediğini bulmuşlardır (15,127). Çalışma bulgularımız doğrultusunda gelir düzeyi yüksek olan gebelerin maddi olanaklarının artmasıyla birlikte kadının yaşadığı imkanlar da değişeceği için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getirmesinin daha kolay olacağı düşünülebilir.

Kadınların gebelik sürecine daha iyi uyum sağlamaları ve sağlıklı yaşam davranışı geliştirmelerinde gebeliğin planlı olması önemli faktörlerden biridir. Bu çalışmada gebelik şekli ile GSYDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 4.3.2). Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Stern ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada planlı olan gebeliklerde sağlık davranışlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (151). Aksoy ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmada benzer sonuçlar bulunmuş ve gebeliği planlı olanların daha fazla gebelikte sağlıklı yaşam davranışları gösterdiğini tespit etmiştir. (127). Çalışmamızdan farklı olarak Onat ve Aba (2014)'nın çalışmasında gebeliğini planlayan gebelerin GSYD puanları ile gebeliği planlı olmayan gebeler arasında bir farklılık olmadığını tespit etmiştir (15). Çalışma bulgularımız doğrultusunda gebeliğin planlı olması, prenatal bakım alma, folik asit kullanımı, düzenli beslenme, alkol sigara gibi maddelerden uzak durulması gibi birçok sorumluluğu yerine getirip olumlu sağlık algısı ve sağlık davranışı geliştirmekte etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada sağlık problemi olduğunda doktora gittiğini belirten gebelerin TSOY-32 ölçeği, SAÖ ve GSYDÖ puanları sağlık problemi olduğunda ihmal ederim/ kendim tedavi etmeye çalışırım cevabını veren kişilerin TSOY-32 ölçeği, SAÖ ve GSYDÖ puanlarından anlamlı derece daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.2). Çalışma sonucu değerlendirildiğinde sağlık problemi olduğunda doktora başvuru sayısı artıkça ve genel sağlık durumu iyileştikçe sağlık okuryazarlık düzeyleri ve sağlık algısı da artmaktadır. Genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren ve kendini sağlıklı olarak algılayan gebelerin sağlıklı yaşam davranışlarının da yüksek olması beklenmektedir. Bütün bu durumların birbiri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Gebenin sağlık algısının yüksek olması, bireyin doğru bilgi ve hizmete ulaşmasını, sağlıkla ilgili temel bilgileri anlama ve kullanma becerisini, kaynakları doğru kullanmasını, kendisi ve bebeği için uygun kararlar verebilme becerisini etkiler (64,152). Çalışmamızda bunu destekler nitelikte olup gebelerde SAÖ puanları ile TSOY-32 ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak düşük düzeyde pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.1). Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Filiz (2015), Akça ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında gebelerin sağlık algıları artıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir (64,152). Bu yüzden bu sonuçlar, gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmamızda TSOY-32 ölçeği puanları ile GSYDÖ puanları arasında istatistiksel olarak düşük düzeyde pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Çalışmamıza benzer şekilde Kohan ve arkadaşları (2007), Khorasani ve arkadaşları (2018), Vamos ve arkadaşları (2019)'nın yaptıkları çalışmalarda gebelerin sağlık okuryazarlıkları arttıkça gebelikte gösterdikleri sağlıklı yaşam davranışlarının yükseldiği saptanmıştır

(10,12,55). Çalışmanın bu bulgusu ile gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlıklı yaşam davranışlarına pozitif etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda SAÖ puanları ile GSYDÖ puanları arasında istatistiksel olarak düşük düzeyde pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Yılmaz ve arkadaşları (2018), Akça ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada gebelerin sağlık algısı arttıkça gebelikte sağlıklı yaşam davranışlarının yükseldiği görülmüştür (64,118). Bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Buna göre; sağlık algısı daha fazla olan bireylerde sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarının artması beklenmektedir. Bu yüzden sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanılması ve sürdürülmesinde sağlık algısının önemli olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

- Gebelerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlendiği ve aralarındaki ilişkinin incelendiği çalışmamızda; Gebelerin yaş ortalamaları $28,27 \pm 5,11$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).
- Gebelerin %51,7 'si lise mezunu, %79,3'ü çalışmamakta, % 90,5 'i çekirdek aile yapısına sahip, %85,5'inin sosyal güvencesi mevcut ve %60,2 'sinin gelir durumu gider durumuna eşittir (Tablo 4.1.1).
- Gebelerin %37,4'ünün gebelik sayısının bir olduğu, %70, sinin gebeliğinin planlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.2).
- Çalışmaya katılan gebelerin %86,4 ünün sağlığını iyi olarak değerlendirdiği, %67,4 'nün uyku sorunu yaşadığı, % 10,7 sinin sigara kullandıklarını bildirmiştir (Tablo 4.1.2).

- Bu çalışma kapsamındaki gebelerin TSOY-32 toplam puan ortalaması $38,10 \pm 7,56$ olarak belirlenmiş olup yeterli düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu söylemek mümkündür (Tablo 4.2.1, Tablo 4.2.2).
- Gebelerin SAÖ toplam puanı $49,21 \pm 7,18$ olup, ortalamanın üstünde olduğu ve sağlık algıları iyi olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).
- Çalışmaya katılan gebelerin GSYDÖ puan ortalaması $115,07 \pm 16,45$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2.4).
- GSYDÖ'nin alt boyut puan ortalamalarından en düşük fiziksel aktivite alt boyutu ($9,68 \pm 3,22$) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.2.4).
- 18-25 yaş aralığındaki gebelerin TSOY-32 puan ortalamaları diğer yaş aralığındaki gebelere göre anlamlı derecede daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.1).
- Eğitim durumu lise ve üzeri olan gebelerin SAÖ puan ortalaması ve GSYDÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.1).
- İlk kez gebelik yaşayan kadınların SAÖ puan ortalaması daha yüksektir ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.2).
- Ekonomik durumuna göre geliri giderinden daha fazla olan gebelerin GSYDÖ puan ortalaması daha yüksektir ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.1).
- Gebelik şekli planlı olan gebelerin olmayanlara göre sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.2).
- Sağlık problemi olduğunda doktora başvuran gebelerin T-SOY 32 ölçeği puanları, SAÖ puanları ve GSYDÖ puanları sağlık problemi olduğunda ihmal ederim/ kendim tedavi etmeye çalışırım cevabını veren gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.2).

- Çalışmada TSOY-32 Ölçeği puanları ile SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r= 0,155$; Tablo 4.4.1). Gebelerin sağlık algıları artıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir.
- Çalışmada gebelerin TSOY-32 Ölçeği puanları ile GSYDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunduğu sağlık okuryazarlıkları artıkça sağlıklı yaşam davranışları arttığı belirlenmiştir. ($r=0,255$; Tablo 4.4.1).
- Çalışmada SAÖ puanları ile GSYDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r= 0,138$;Tablo 4.4.1). Sağlık algısı daha fazla olan gebelerin daha fazla sağlıklı yaşam davranışları gösterdiği belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelerin daha iyi bir doğum öncesi bakım almaları ve bilgi düzeylerini değerlendirebilmek için maternal sağlık okuryazarlığı ile ilgili ölçeklerin geliştirilmesi,
- Gebelerin sağlık okuryazarlık, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkiyi ortaya koyacak daha kapsamlı araştırmaların yapılması
- Hemşireler tarafından verilen doğuma hazırlık sınıflarında ya da doğum öncesi kontrollerde gebelerin ihtiyaçlarına göre daha anlaşılır bir dille doğru bilgiye nasıl ulaşacakları, bu bilgiyi nasıl kullanacakları ve nasıl değerlendirecekleri konusunda eğitim verilirken yaş grupları ve eğitim düzeylerinin göz ardı edilmemesi,

- GSYDÖ'nin en düşük alt boyutunun fiziksel aktivite alt boyutunun olması sebebiyle gebelerin fiziksel aktivite konusunda desteklenmesi, öneminin anlatılması, yapabilecekleri egzersizler hakkında bilgi verilmesi,
- Gebelere doğuma hazırlık eğitimleri verilirken sağlıklı yaşam davranışlarının da eğitim programı kapsamına alınması,
- Gebelerle birebir iletişim halinde olan hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin sağlık okuryazarlığının iyi düzeyde olması gerekmektedir. Bu yüzden sağlık çalışanlarının da sağlık okuryazarlık düzeyleri tespit edilip bu konuda eğitimler planlanması

önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yılmazel, G., Çetinkaya, F., (2016). Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi TAF Preventive Medicine Bulletin Vol 15 Issue 1 DOI: 10.5455/pmb.1-1448870518
2. Aktaş H. (2018). Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı; Sağlık Okuryazarlığı Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi :1(1); 12-16
3. World Health Organization (WHO). (1998). Health Promotion Glossary Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit. World Health Organization, Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
4. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (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
5. Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European Journal of Public Health, 25(6):1053-1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043
6. Yılmaz, M., Tiryaki, Z., (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(4):142-147. [fizikse](#)
7. T.C. Sağlık Bakanlığı, (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, Ankara Erişim: 28.11.2020 ; Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SOYA%20RAPOR.pdf>
8. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018). http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf
9. Dadipoor S, Ramezankhani A, Alavi A, Aghamolaei T, Safari-Moradabadi A. (2017) Pregnant Women's Health Literacy in the South of Iran Journal of Family and Reproductive Health Vol. 11, No. 4
10. Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the healthcare centers of Mashhad, Iran, in 2015. Journal of Midwifery and Reproductive Health, 2018, 6: 1157-1162.
11. Solhi M, Abbasi K, Ebadi Fard Azar F, Hosseini A. Effect of Health Literacy Education on Self-Care in Pregnant Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. IJCBNM. 2019;7(1):2-12. doi: 10.30476/IJCBNM.2019.40841.
12. Vamos CA, 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 13: 1-19
- 13.
14. M.Davis A., A. WambachK., Odar C., Nelson E., Lillis T., McKinley A., Gallagher M. (2014). Health Behavior Change in Pregnant Women: A Two-Phase Study Mary Ann Liebert ,Inc. Vol. 20 NO. 12 DOI: 10.1089/tmj.2013.0374
15. Onat G., Aba Y.A. (2014). Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. Turk J Public Health, 12(2): 1-1
16. T. Morris, S. Strömmer, C. Vogel , N. C. Harvey, C. Cooper, H. Inskip, K. Woods-Townsend, J. Baird, M. Barker and W. Lawrence Morris . Improving pregnant women's diet and physical activity behaviours: the emergent role of health identity BMC Pregnancy and Childbirth (2020) 20:244
17. Sylvia E. Badon, Raymond S Miller, Chunfang Qiu, Tanya K Sorensen, Michelle A Williams & Daniel A Enquobahrie (2017): Maternal healthy lifestyle during early pregnancy and offspring birthweight: differences by offspring sex, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, DOI: 10.1080/14767058.2017.1309383
18. Haider BA, Olofin I, Wang M, et al. Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. Br Med J. 2013;21:3433.
19. Morgan KJ, Eastwood JG, 2014. Social determinants of maternal self-rated health in South Western Sydney, Australia. BMC research notes, 7, 51.

20. Nawabi F, Alayli A, Krebs F, Lorenz L, Shukri A, Bau A, Stoc S. (2021). Health literacy among pregnant women in a lifestyle intervention trial: protocol for an explorative study on the role of health literacy in the perinatal health service setting. *BMJ Open*; 11:e047377.
21. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *TJFM&PC*, 2016;10(1):42-47. DOI: 10.5455/tjfmpe.193796
22. Simonds, S. K. (1974). Health Education as Social Policy [Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi]. *Health Education Monograph*, 2(1):1-10. doi: 10.1177/10901981740020S102
23. Aslantekin, F., Yumrutaş, M. (2014). Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4):327-334.
24. American Medical Association (AMA). (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. 281(6):552-557. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10022112>
25. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü, Yayın No: 814, 1. Baskı, Ankara
26. Sezer A, Kadioğlu H. (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi ;17:3
27. Berens, E.M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K., & Schaeffer, D. (2016). Health Literacy Among Different Age Groups in Germany: Results of A Cross-Sectional Survey. *BMC Public Health*, 16 (1):1151. doi: 10.1186/s12889-016-3810-6
28. 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: 259-267.
29. Marques, S.R.L., Lemos, S.M.A. (2017). Health literacy assessment instruments: literature review. *Audiol Commun Res.*, 22: e1757. doi:10.1590/2317-6431-2016-1757
30. Fleary S.A., Joseph P., Pappagianopoulos J.E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *Journal of adolescence*, 62: 116-127.
31. 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. Media: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED493284>
32. Quaglio G., Sørensen K., Rübig P., Bertinato L., Brand H., Karapiperis T., Dinca D., Peetso T., Kadenbach K., Dario C. (2017). Accelerating the health literacy agenda in Europe *Health Promotion International* ;32: 1074–1080 doi: 10.1093/heapro/daw028
33. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Pham TV, Pham KM, Truong TQ, Nguyen KT, Oo WM, Mohamad E, Su TT. (2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*, 27: 80-86.
34. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. (2014) .Sağlık okuryazarlığı araştırması. 1. Baskı, Ankara, Altan Özyurt Matbaacılık .
35. Taş TA, Akış N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25:119- 124.
36. Okyay P, Abacıgil F. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOYTR). 1. Baskı, Ankara, Anıl Reklam Matbaa, 24-41.
37. Bakan A. , Yıldız M. (2019). 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma *Sağlık ve Toplum Yıl:29 , Sayı: 3 Eylül-Aralık 2019*
38. Korkmaz B. (2021). Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz-yeterlilik algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Atatürk Üniversitesi
39. Brabers AEM, Rademakers JDDJM, Groenewegen PP, van Dijk L, de Jong JD (2017) What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? *PLoS ONE* 12(3): e0173316. doi:10.1371/journal.pone.0173316
40. Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F., Öcel, Y. (2018). Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1):67-88. <https://dergipark.org.tr/en/pub/esad/issue/38984/456620>
41. Kanj M, Mitic W.(2009). Health Literacy and Health Behaviour Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization ; 1-46

42. Kobayashi L, Wardle J, von Wagner C. (2014). Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive medicine* ; 61: 100-5.
43. Johnson, A. (2014). Health literacy, does it make a difference? *Australian Journal of Advanced Nursing*. 31(3):39-45. <https://www.researchgate.net/publication/287302197>
44. Asadi L, Amiri F, Safinejad H.(2020) . Investigating the effect of health literacy level on improving the quality of care during pregnancy in pregnant women covered by health centers. *Journal of Education and Health Promotion*, 9: 286.
45. Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, Tavassoli E. (2013). Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Razi Journal of Medical Sciences* ; 19(104):10-19
46. MacLeod S, Musich S, Gulyas S, Cheng Y, Tkatch R, Cempellin D. (et al.) The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing* 2017;38:334-341
47. Gözlü K. A Social Determinant Of Health: Health Literacy. *Med J SDU* 2020; 27(1): 137-144.
48. A. Sarhan et al. (2021). Exploring health literacy and its associated factors among Palestinian university students: a cross-sectional study *Health Promotion International*, ;36:854–865 doi: 10.1093/heapro/daaa089
49. Liu C, Wang et al. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Com Health* ;8:e000351. doi:10.1136/ fmc-2020-000351
50. World Health Organization, Programme TUND. (2017). Policy brief 4: health literacy. The 9th global conference on health promotion. Shanghai, China: 2–3.
51. MacLean L. (2020). A Literature Review of Health Literacy of Adolescents During Pregnancy AWHONN; doi: 10.1016/j.nwh.2020.09.004
52. World Health Organization (WHO) 2019 . Maternal Mortality 2019 Erişim :2022 <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
53. Taheri S,Tavousi M,Momenimovahed Z, Direkvand Moghadam A,Tiznobaik A, Suhrabi Z, Taghizade Z . (2020). Development and psychometric properties of maternal health literacy inventory in pregnancy 15(6): e0234305
54. Zibellini J, Muscatb D,Kiziriane N , Gordon A .(2021) Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: A systematic review *Women and Birth* 34 180–186
55. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome (2007). *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*,12:146-152
56. Lori J, Y. Dahlem C., V. Ackah J., M.K. Adanu R.,(2014). Examining Antenatal Health Literacy in Ghana *J Nurs Scholarsh*. November ; 46(6): 432–440. doi:10.1111/jnu.12094.
57. Aydın., Aba Y.A., (2019) Annelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları Arasındaki İlişki Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (DEUHFED), 12(1), 31-39
58. Tugut N, Yesildag Celik B, Yılmaz A. (2021). Health Literacy and Its Association with Health Perception in Pregnant Women. *Journal of Health Literacy*. Summer ; 2(6): 9-20.
59. Ş. Deniz S, Özer Ö, Songur C, (2017): Effect of Health Literacy on Health Perception: An Application in Individuals at Age 65 and Older, *Social Work in Public Health*, DOI: 10.1080/19371918.2017.1409680
60. Souto T. S. , Ramires A. , Leite A., Santos V., Santo,R. E., (2018). Health Perception: Validation of a Scale for the Portuguese Population *Trends Psychol., Ribeirão Preto*, vol. 26, nº 4, p. 2185–2201 – December
61. Velioğlu P. (2012). Hemşirelikte Kavramlar ve Kuramlar. *Akademi Basın ve Yayıncılık Ankara* ; 89-103
62. Efteli E.,Khorshid L., (2016). İki Farklı Fakülte Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Karşılaştırılması *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 32 (2): 1-10,
63. T.Yılmaz A., Çulha İ., Kersu Ö., Gümüş D., Ünsal A., Köşgeroğlu N., (2018). Cerrahi Hastalarının Sağlık Algıları ve Etkileyen Faktörler *The Journal of Academic Social Science* Yıl:6, Sayı: 68,Nisan, s. 89-99
64. Akça E., Gökyıldız Sürücü, Ş., Akbaş M. (2020). Gebelerde Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 630-642. doi: 10.33715/inonusaglik.735467
65. Çelebi E, GündoğduC., Kızılkaya A., (2017). Determination of Healthy Lifestyle Behaviors of High School Students *Universal Journal of Educational Research* 5(8): 1279-1287, 2017 DOI: 10.13189/ujer.2017.050801

66. Sezer C., Amarat M. (2018). Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi ilişkisi bir çalışma. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, <https://www.researchgate.net/publication/329917533>
67. Kanıç M., Eroğlu K., (2020). Investigation of the relationship between the level of perceived social support and healthy lifestyle behaviors of pregnant women J Psychiatric Nurs ;11(4):333-340 DOI: 10.14744/phd.2020.89156
68. Bagherzadeh R. , Gharibi T. ,Safavi B. , Mohammadi S.Z. , Karami F.,Keshavarz S.(2021). Pregnancy; an opportunity to return to a healthy lifestyle: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth 21:751 <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04213-6>
69. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. (2006). Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(2).
70. Aşçı Ö. Gebe kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, İstanbul, 2013.
71. Yılmaz E, Karahan N, (2019). . Gebelikte sağlıklı yaşam davranışları ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik güvenirliği. Cukurova Medical Journal, 44, 498-512
72. Taşkın L. (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (On Altıncı Baskı). Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık,, 85-100
73. Kebbe, M.; Flanagan, E.W.; Sparks, J.R.; Redman, L.M. Eating Behaviors and Dietary Patterns of Women during Pregnancy: Optimizing the Universal 'Teachable Moment'. Nutrients 2021, 13, 3298. <https://doi.org/10.3390/nu13093298>
74. Misan N., Paczkowska K., Szmyt M., Kapska K., Tomczak L.,H. Breborowicz G., Ropacka-Lesiak M. (2019). Nutritional behavior in pregnancy Ginekologia Polska 2019, vol. 90, no. 9, 527–533
75. Uzdil Z., Özenoğlu A.,(2015). Gebelikte Çeşitli Besin Öğelerinin Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri Balıkesir Sağlık Bil Derg Cilt:4 Sayı:2 Ağustos 2015 doi: 10.5505/bsbd.2015.00710
76. Koenig, MD.(2017) Nutrient intake during pregnancy. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing ;46 (3):120-2. doi: 10.1016/j.jogn.2016.11.004
77. Özalper B., (2014). Gebelikte Beslenme Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi 2(2),270-278,.
78. Mate A., Reyes-Goya C., Santana-Garrido A., Sobrevia L., M. Vazquez C.,(2021). Impact of maternal nutrition in viral infections during pregnancy BBA - Molecular Basis of Disease 1867 (2021) 166231
79. A. Kominiarek M., Rajan P., (2016). Nutrition Recommendations in Pregnancy and Lactation Med Clin North Am. 2016 November ; 100(6): 1199–1215. doi:10.1016/j.mena.2016.06.004
80. Salcedo-Bellido I., Martínez-Galiano J.M., Olmedo-Requena R., Mozas-Moreno J., Bueno-Cavanillas A., Jimenez-Moleon J.J.,Delgado-Rodríguez M.,(2017). Association between Vitamin Intake during Pregnancy and Risk of Small for Gestational Age Nutrients 2017, 9, 1277; doi:10.3390/nu9121277
81. Mousa A., Naqash A., LimS.,(2019). Macronutrient and Micronutrient Intake during Pregnancy: An Overview of Recent Evidence Nutrients 2019, 11, 443; doi:10.3390/nu11020443
82. Jardí C., Aparicio E., Bedmar C., Aranda N., Abajo S., March G., Basor J., Arijia V., the ECLIPSES Study Group (2019). Food Consumption during Pregnancy and Post-Partum. ECLIPSES Study Nutrients 2019, 11, 2447; doi:10.3390/nu11102447
83. Kuşaslan Avcı D.(2014). Gebelik ve beslenme. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine-Special Topics ;5 (5):25-33
84. Güler B., Bilgiç D., Okumuş H., Yağcan H. (2019). Gebelikte Beslenme Desteğine İlişkin Güncel Rehberlerin İncelenmesi DEUHFED 2019, 12 (2), 143-151
85. Koletzko et al. (2019). Nutrition during pregnancy, lactation, and early childhood and its implications for maternal and long-term child health: the EarlyNutrition Project recommendations Ann Nutr Metab. 2019 ; 74(2): 93–106. doi:10.1159/000496471
86. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). 2011. Vitamin d: screening and supplementation during pregnancy committee opinion. 495. Erişim: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/CommitteeOpinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Vitamin-D-Screening-and-Supplementation-During-Pregnancy>.
87. Sağlık Bakanlığı. 2012. Gebelere d vitamini destek programı rehberi. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11158/gebelere-d-vitamini-destek-programi.html>
88. Açıkgöz A., Günay T., Uçku R., (2013). Gebelikte D Vitamini Gereksinimi ve Desteklenmesi TAF Prev Med Bull 2013;12(5):597-608 DOI:10.5455/pmb 1-1346410426

89. Achkar et al. (2015). Vitamin D status in early pregnancy and risk of preeclampsia Am J Obstet Gynecol. 2015 April ; 212(4): 511.e1–511.e7. doi:10.1016/j.ajog.2014.11.009.
90. World Health Organization (WHO). 2017. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Erişim: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancyexperience/en/
91. Tuzcular Vural EZ, Gönenç I.(2021). Gebelikte beslenme. Tamer İ, editör. Aile Hekimliğinde Her Yönüyle Beslenme. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.37-42.
92. Mecdi M., Rathfisch G. (2013). Gebelikte Oluşan Rahatsızlıklarda Kanıta Dayalı Uygulamalar F.N. Hem. Derg (2013) Cilt 21 - Sayı 2: 129-138 ISSN 2147-4923
93. Silva Lopes K, Ota E, Shakya P, et al.(2017). Effects of nutrition interventions during pregnancy on low birth weight: an overview of systematic reviews. BMJ Glob Health ;2:e000389. doi:10.1136/bmjgh-2017-000389
94. Kavak O., Saruhan A., Er S., Şen E., Sevil Ü.,(2010). Gebelerin Genital Hijye Davranışlarının Belirlenmesi Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 26 (1) : 53-63, 2010
95. Şeker S., C. Canbay F., Firouz N. ,Cesur C.(2020). Identifying Genital Hygiene Behaviours of Pregnant Women in Rural and Urban Regions: A Cross-Sectional Study Clin Exp Health Sci 2020; 10: 375-381 ISSN:2459-1459 DOI: 10.33808/clinexphealthsci.671328
96. Öner S, Çeber Turfan E. (2020). Gebelere verilen planlı eğitimin genital hijyen davranışlarına ve idrar yolu enfeksiyonu semptomlarına etkisi. Van Sag Bil Dergi;13(1):10-18.
97. Khalaf S.A. , Osman S.R. , M. Abbas A., M.Ismail T.A (2018). Int J Community Med Public Health. Mar;5(3):890-900 <http://www.ijcmph.com> DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20180743>
98. Lakshmi SV, Srilatha A, Satyanarayana D, Reddy LS, Chalapathi SB, Meenakshi S.(2020). Oral health knowledge among a cohort of pregnant women in south India: A questionnaire survey. J Family Med Prim Care ;9:3015-9
99. J.Lopez N., Uribe S., Martinez B.,(2014). Effect of periodontal treatment on preterm birth rate: a systematic review of metaanalyses Periodontology 2000, Vol. 67, 2015, 87–130
- 100.M.Kaydırak M.,H. Şahin N., M.Can M., Koray M., (2018). Gebelerin Ağız ve Diş Sağlığına İlişkin Bilgi ve Görüşleri Sdı Sağlık Bilimleri Dergisi / Cilt 9 Sayı 3 / 2018 DOI: 10.22312/sdusbed.423781
- 101.ACOG (2020). Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period VOL. 135, NO. 4, APRIL 2020
- 102.Yargıç M., Karayılan Ş., Dönmez G.(2014). Gebelik Ve Egzersiz Spor Hekimliği Dergisi Cilt: 49, S. 91-98, 2014
- 103.Mottola MF, Davenport MH, Ruchat S-M, et al.(2018). Br J Sports Med ;52:1339–1346 . doi:10.1136/bjsports-2018-100056
- 104.Turan Z., Ü.Toprak F., Ş. Erenel A.(2017). Doğum Öncesi Dönem Hemşirelik Uygulamalarda Güncel Sağlık ve Toplum
- 105.Barakat R, Pelaez M, Montejo R, et al. (2011).Exercise during pregnancy improves maternal health perception: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol ;204:402.e1-7.
- 106.Özhüner Y, Çelik N. (2019) Gebelerde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi ;6(1):25-33
- 107.Q. Lu, X. Zhang, Y. Wang et al.(2021). Sleep disturbances during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes: A systematic review and meta-analysis Sleep Medicine Reviews 58 101436 doi: 10.1016/j.smrv.2021.101436.
- 108.Sedov ID, Cameron EE, Madigan S, Tomfohr-Madsen LM (2017). , Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis, Sleep Medicine Reviews doi:10.1016/j.smrv.2017.06.005.
- 109.Çoban A, Yanikkerem E. (2010). Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi. Ege Journal of Medicine, 49(2), s. 87–94.
- 110.Özkan Z. (2012). Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- 111.Ertekin P., Arslan A, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. (2014). Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(3), s. 171-177.
- 112.Çelikköz D. (2015). Gebelikte Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

- 113.Çakır F. (2017). Gebelikte Uyku Durumunun Doğum ve Postpartum Döneme ilişkin Endişe Düzeyi ile ilişkisinin İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
- 114.Özhüner Y. (2017). Gebelikte Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Çelik).
- 115.Jones C. ,Chan C., Voyage B. (2019). An Update on Safe Travel in Pregnancy J Obstet Gynaecol ;36(12):1101–1106 / travel during pregnancy lauren melidosian 2019
- 116.Melidosian L., Evans E., Stewart K., M. Antony K. (2019). Travel During Pregnancy: A Study of Postpartum Women in Madison, Wisconsin Wisconsin Medical Journal VOLUME 118 No.3
- 117.Cannegieter S., Rosendaal F. (2013). Pregnancy and travel-related thromboembolism Thrombosis Research 131, Suppl. 1 S55–S58
- 118.Yılmaz E. (2018) Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Geçerlik Güvenirliliği Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi ,Karabük Üniversitesi
119. A.Gülen (2017). Seyahat Öncesi Tıbbi Değerlendirme Türkiye Klinikleri J Inf Dis-Special Topics 2017;10(3):274-82
- 120.M Kaniş, K Eroğlu.(2019). Gebelerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi ;16(2):125-133
- 121.Ç.Aktaş S. (2014). Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi,Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi
- 122.Demirbaş H., Kadioğlu H. (2014). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt: 4, Sayı: 4, DOI: 10.5455/musbed.20140902023654
- 123.Güner P. , Bölükbaşı H., Tezcan E., Gözükar İ. , Hakverdi A.U., Özer C.,(2021). Prenatal Dönemdeki Gebe Kadınların Gebeliğe ve Anneliğe Uyumu ile İlişkili Faktörler Kafkas J Med Sci ; 11(1):45–51 doi: 10.5505/kjms.2021.76768
- 124.H.Akarsu R., Tuncay., Y.Alsaç S., (2017). Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi ; 6(4): 275-279
- 125.Arslan S, Okcu G, Coşkun A, Temiz F. Women's perception of pregnancy and the affecting factors. Journal of Health Science and Profession 2019;6(1): 179-192
- 126.Şimşek Küçükkeleş D, Gölbaşı Z, Bayer N, Ağırbaş H. (2021). An investigation of the relationship between health literacy and quality of life in pregnant women. ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.;7(3):XX. doi:10.30569.adiyamansaglik.983204
- 127.Erkak Aksoy Y, Çeber Turfan E, Dereli Yılmaz S. (2017). Assessment of health-promoting lifestyle habits in normal and high-risk pregnancies. Perinatal Journal;25(1):26–31
- 128.Dinç H. ,Yazıcı S.,Yılmaz T., Günaydın S. (2014). Gebe Eğitimi. HSP 2014;1(1):68-76
- 129.Altıparmak, S., & Coşkun, A.M.(2016). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. Journal of Human Sciences, 13(2), 2610-2624. doi:10.14687/jhs.v13i2.3744
- 130.Yazıcı Topçu T. (2019). Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Travmatik Doğum Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi
- 131.Mojoyinola, J.K. (2011). Influence of Maternal Health Literacy on Healthy Pregnancy and Pregnancy Outcomes of Women Attending Public Hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. African Research Review, 5(3):28-39. doi: 10.4314/afrr.v5i3.67336
- 132.Mosley, C.M., & Taylor, B.J.,(2017). Integration of Health Literacy Content Into Nursing Curriculum Utilizing the Health Literacy Expanded Model, Teaching and Learning in Nursing <http://dx.doi.org/10.1016/j.teln.2016.12.005>
- 133.Akca A., A.Alkaya S. (2019). Sağlık Okuryazarlığı Uygulama Engelleri ve Çözüme Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları
- 134.Hughes, F. (2016). Nursing and Health Policy Perspectives: Health literacy: a key educational role for nurses and a vital tool for improving health. International Nursing Review. 63(3), 304-305.
- 135.Aksoy M. (2018) Gebe Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler Yüksek Lisans Tezi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İstanbul Medipol Üniversitesi

136. A. Özçoban F., Ergün S., E. Aksoy Y. (2022). Effects of health literacy education on adaptatiton to pregnancy, self-efficacy, fear of childbirth and health literacy in Turkish pregnant women : A randomized, controlled trial Health Soc Care Community Feb;30(2):e537-e549. doi: 10.1111/hsc.13690. Epub 2021 Dec 26.
137. Brandstetter, S., J. Atzendorf, B. Seelbach-Göbel, M. Melter, M. Kabesch, and C. Apfelbacher. (2020) KUNO-Kids study group. Sociodemographic factors associated with health literacy in a large sample of mothers of newborn children: Cross-sectional findings from the KUNO-kids birth cohort study. *European Journal of Pediatrics* 179 (1):165–69. doi:10.1007/s00431-019-03483-9.
138. Izadirad H, Niknami S, Zareban I, Hidarnia A, Masoudy G. (2017). Relationship between health literacy and prenatal care in young pregnant women. *Journal of Health Literacy*,2: 141-147
139. Phommachanh S, Essink DR, Wright PE, Broerse JEW, 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244181>
140. Tavananezhad N. , M. Bolbanabad A., Ghelichkhani F., Efati-Daryani F., Mirghafourvand M. (2022). The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: a cross-sectional study *BMC Pregnancy and Childbirth* 22:351
141. Cho RN, Plunkett BA, Wolf MS, Simon CE, Grobman WA (2007). Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. *Prenatal Diagnosis* 27: 463-467
142. Candel R. , Soriano – Vidal F., Mena-Tudela D., Quesada J., Castro- Sanchez E. (2020). Health literacy of pregnant women and duration of breastfeeding maintenance : A feasibility study DOI:10.1111/jan.14625 *J Adv Nurs*. 00:1-12
143. Gökoğlu A. (2021). Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlarına ve Çocuk Sağlığına Etkisi *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 6(2), 132-148
144. Kalaycık M . Gebelerin Sağlık Algısının Pandemi Sürecinde Koronavirüs Anksiyete Düzeyine Etkisi (2022). Yüksek Lisans Tezi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Atatürk Üniversitesi
145. Kaya Şenol, D., Göl, I Aydın Özkan, S. (2019). The effect of health literacy levels of pregnant women on receiving prenatal care: a cross-sectional descriptive study. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1717–24.
146. Gokyildiz S, Alan S, Elmas E, Bostanci A, Kucuk E. (2014). Health-promoting lifestyle behaviours in pregnant women in Turkey. *Int J Nurs Pract* ;20:390–7
147. Cyphers NA, Clements AD, Lindseth G. (2017). The Relationship Between Religiosity and Health-Promoting Behaviors in Pregnant Women. *West J Nurs Res* ;39:1429–46.
148. Jalili Bahabadi F., Estebarsari F., Rohani C., Khalifeh Kandi Z.R., Sefidkar R., Mostafaei D. (2020). Predictors of Health-Promoting Lifestyle in Pregnant Women Based on Pender's Health Promotion Model *International Journal of Women's Health*
149. Masjouidi M. , Khazaeian S. , Malekzadeh S., Fathnezhad-Kazemi A. (2022). Health-promoting behaviors and intermediary social determinants of health in low and high-risk pregnant women: an unmatched case-control study *BMC Pregnancy and Childbirth* 22:44
150. Yu-Hua Lin et al (2009). Health Promoting Lifestyles and Related Factors in Pregnant Women *Chang Gung Med J* Vol. 32 No. 6
151. Stern J, Salih Joelsson L, Tyden T, Berglund A, Ekstrand M, Hegaard H, et al. (2016). Is pregnancy planning associated with background characteristics and pregnancy-planning behavior?. *Acta Obstet Gynecol Scand* ; 95:182–189.
152. Filiz E. (2015). Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı İle İlişkisi *Doktora Tezi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi*

EKLER

EK-1 Veri Toplama Formu

EK-2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

EK-3 Sağlık Algısı Ölçeği

EK-4 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği (GSYDÖ)

EK-5 Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Belgesi

EK-6 Kurum İzin Belgesi

EK-7 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) Kullanım İzni

EK-8 Sağlık Algısı Ölçeği Kullanım İzni

EK-9 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği (GSYDÖ) Kullanım İzni

EK-10 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK-1 Veri Toplama Formu

GEBELERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma gebe kadınların sağlık okuryazarlığı , sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu formu doldurmak yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Lütfen size en yakın olan seçeneği işaretleyiniz. Vereceğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. İsim belirtmenize gerek yoktur. İçten ve dürüst cevap vermeniz, güvenilir sonuçlar elde etme açısından önemlidir.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Bu çalışmayla ilgili bilgilendirildim ve anladım,kendi rızamla gönüllük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

ANKET FORMU

1. Doğum tarihiniz?.....
2. Boyunuz?..... Kilonuz?.....
3. Eğitim durumunuz nedir? ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
4. Yaşadığınız yerleşim yeri? ☐ Köy ☐ İlçe ☐ İl
5. Çalışma durumunuz nedir? ☐ çalışıyor ☐ çalışmıyor
6. Sosyal güvenceniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
7. Aile tipiniz nedir? ☐ Çekirdek Aile ☐ Geniş Aile
8. Gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
☐ Gelirim giderimden az
☐ Gelirim giderime eşit
☐ Gelirim giderimden fazla
9. Gebelik haftanız? ☐ 1-13. Hafta ☐ 14-27. Hafta ☐ 28-40. Hafta
10. Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi? ☐ Planlı gebelik ☐ Plansız gebelik
11. Aşağıdakilerin sayısını belirtiniz.

Gebelik sayısı	Doğum sayısı	Düşük sayısı	Kürtaj sayısı

12. Gebelik sürecinizde ortalama uyku süresiniz ne kadar?/ saat

13. Gebelikten dolayı uyku düzeninizde sorun oluştu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

14. Sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Kötü ☐ Çok kötü

15. Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet ise (...../gün)
- ☐ Gebe olduğumu öğrenince bıraktım
- ☐ Hayır

16. Gebelik öncesinde kronik hastalık varlığınız var mı?

- ☐ Evet (.....)
- ☐ Hayır

17. Gebelik süresince doğum öncesi bakım, gebe okulu, kurs yada eğitime katıldınız mı?

- ☐ Evet (Açıklayınız)
- ☐ Hayır

18. Gebeliğiniz süresince verilen bilgileri yeterli buluyor musunuz ? ☐ Evet ☐ Hayır

19. Herhangi bir sağlık probleminiz olduğunda genellikle nasıl davranırsınız?

- ☐ İhmal ederim ☐ Kendim tedavi etmeye çalışırım ☐ Doktora giderim

20. Gebelik ile ilgili bilgileri genellikle nereden edirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Aile
- ☐ Sağlık çalışanları (Doktor, Ebe, Hemşire)
- ☐ İnternet ve televizyon
- ☐ Kitap, dergi, broşür
- ☐ Diğer.....

21. Sağlık kontrolleri için çoğunlukla nereye gidiyorsunuz?

- ☐ Aile Hekimi
- ☐ Hastane
- ☐ Özel hastane ya da muayenehane
- ☐ Hiçbir yere gitmem

22. Gebeliğiniz boyunca düzenli kontrole gittiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır ise nedeni? (.....)

EK-2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

**TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32
(TSOY-32)**

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini “çok zor/zor/kolay/çok kolay” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					

12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					

26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-3 Sağlık Algısı Ölçeği

SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeye katılma ve katılmama ile ilgili düşüncenizi 1 ile 5 arasındaki seçeneklerden birini seçerek belirtiniz.

1=Keslikle katılıyorum 2= Katılıyorum 3= Kararsızım 4= Katılmıyorum 5= Hiç Katılmıyorum

		Kes inli	Kat ılıy	Ka rar	Kat ılm	Hiç
1.	Sağlığımı çok düşünürüm	1	2	3	4	5
2.	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3.	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4.	Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfüdür.	1	2	3	4	5
5.	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6.	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7.	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8.	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi varki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9.	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10.	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
11.	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12.	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13.	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	1	2	3	4	5
14.	İstedğim kadar sağlıklı olabilirim	1	2	3	4	5
15.	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

EK-4 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği (GSYDÖ)

Gebelik Sorumluluğu	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)
1.Gebelik kontrollerimi aksatmamaya özen gösteririm.				
2.Gebeliğimle ilgili herhangi bir sorun yaşarsam sağlık çalışanlarına danışırım.				
3.Gebelik kontrollerim sırasında sağlık çalışanlarının önerilerini almak için sorular sorarım.				
4.Gebeliğimle ilgili sağlık çalışanlarının tavsiyelerine uyarım.				
Hijyen	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)
5.İç çamaşırımı (külotumu) her gün değiştiririm.				
6.Tuvalet sonrası temizliğimi (taharetlenme) önden arkaya doğru yaparım.				
7.Taharetlenme sonrasında ıslak kalmamak için tuvalet kağıdı ile kurulanırım.				
8.Gebe kaldığımdan bu yana dişlerimi günde <u>en az</u> bir defa fırçalamaya dikkat ederim.				
Beslenme	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)
9.Gebe olduğum için günde en az 3 ana, 3 de ara öğün olmak üzere 6 öğün beslenirim.				
10.Gebe kaldığımdan bu yana iştahım arttığı için daha fazla yemek yerim.				
11.Gebe olduğumu öğrendiğimden bu yana kahve, kola, enerji içeceği gibi kafein içeren ürünler tüketmem.				
12.Gebe olduğum için günde en az 2 öğün süt, yoğurt, peynir gibi kalsiyum içeren ürünler tüketirim.				
13.Gebe olduğum için haftada en az 3-4 kez kırmızı et ya da kuru baklagiller (mercimek, nohut, kuru fasulye, bulgur vb.) tüketirim.				
14.Haftada en az 1 porsiyon balık ve ceviz gibi Omega-3 yağ asidi içeren yiyecekler tüketirim.				
15.Gebelik boyunca günde en az 2 porsiyon sebze tüketirim.				
16.Gebelikte aşırı şekerli ve tatlı gıdaları sınırlı miktarda tüketirim.				
17.Gebelikte turşu, salamura zeytin gibi tuzlu yiyecekleri sınırlı miktarda tüketirim.				
Fiziksel Aktivite	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)

18.Gebe olduğumu öğrendiğimden bu yana günlük yaşamımda daha fazla hareket etmeye (asansör yerine merdiven kullanma, kısa mesafeleri yürüme gibi) dikkat ederim.				
19.Günde en az yarım saat yürüyüş yaparım.				
20.Haftada en az 3 defa egzersiz (tempolu yürüyüş, gebelik egzersizleri vb.) yaparım.				
Seyahat	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)
21.Gebeliğim sırasında arabada seyahat ederken emniyet kemeri kullanırım.				
22.Gebe olduğum için, seyahat sırasında emniyet kemerini, omuz ve kalçamın iki yanını destekleyerek (üç nokta) karnımın altına gelecek şekilde takarım.				
23.Gebe olduğum için, seyahat ederken 2-3 saat aralıklarla mola veririm.				
24.Gebe olduğum için seyahat sırasında verilen her molada en az 10 dk. gezinirim.				
25.Gebeliğim sırasında sarsıntılı ve yorucu yolculuklardan kaçınırım.				
Gebeliği Kabullenme	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)
26.Gebeliğim süresince, ilaç kullanmam gerektiğinde doktoruma danışırım.				
27. Gebelik ve doğumla ilgili endişelerimi bana yakın olan kişilerle paylaşıyorum.				
28.Gebeliğimin yaşamımı olumlu yönde etkilediğini düşünüyorum.				
29. Gebe kaldığımdan bu yana geleceğe daha umutla bakıyorum.				

EK-5 Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Belgesi



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

25.11.2021

Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 25.11.2021

TOPLANTI SAATİ : 13:30 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)

TOPLANTI NO : 2021/17

PROJE/ KARAR NO : 2021-397 (Değerlendirilme Tarihi: 25.11.2021)

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ'in sorumlu araştırmacı, Hem. Suna KARAOĞLU'nun yardımcı araştırmacı olduğu, 2021/397 kayıt numaralı, **"Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** başlıklı yüksek lisans tezi proje önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Adı Soyadı ve Görev Yeri	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Gülhane Anestezi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Gülhane Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Gülhane Üroloji. Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (Enstitü Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Gülhane Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
6	Prof. Dr. Suat DOĞANCI (Gülhane Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
7	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Gülhane Genel Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
8	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI (Gülhane Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
9	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM (Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
10	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
11	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANİ (Gülhane Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Sekreter	
12	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
13	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
14	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Gülhane Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
15	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL (Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-6 Kurum İzin Belgesi

GÜLHANE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
TUEK BİRİMİNE

Sorumlu araştırmacısı Hem. Suna KARAOĞLU olan “Gebelerin Sağlık Okur Yazarlığı ile Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi “ isimli çalışanın veri toplama yöntemlerini içeren kısmı Anabilim Dalımızda/Kliniğimizde yapılacaktır.

Saygılarımla.

25/10/2021

Doç. Dr. Özhan ÖZDEMİR

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

EK-7 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) Kullanım İzni

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Kısa Formunun kullanım izni Gelen Kutusu x



Suna KARAOĞLU
Alıcı: pinarokyay

11 Eki 2021 Pzt 12:13 ☆ ↶

Sayın Okyay,
Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hemşireliği alanında yüksek lisans öğrencisiyim. Şu an tez konusu belirleme aşamasındayım. Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32 (TSOY-32) Kısa Formunu planladığım çalışmada kullanmak isterim. Bu konuda yardımcı olursanız sevinirim. İyi çalışmalar dilerim.

Suna Karaoğlu
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

PINAR OKYAY
Alıcı: ben

13 Eki 2021 Çar 08:24 ☆ ↶

Sayın Suna Karaoğlu,

Ölçeği kullanmanız bizi mutlu eder.
Amacına hizmet etmiş olur.
Ekte ilgili belgeleri de gönderiyorum.
Herhangi bir sorunuz olduğunda lütfen yazın.
Kolaylıklar ve başarılar diliyorum.

Dr.Pinar Okyay

EK-8 Sağlık Algısı Ölçeği Kullanım İzni

Sağlık Algısı Ölçeği kısa formunun kullanım izni Gelen Kutusu x



Suna KARAOĞLU
Alıcı: hasibek

27 Eyl 2021 Pzt 13:48 ☆ ↶

Sayın Kadioğlu,
Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hemşireliği alanında yüksek lisans öğrencisiyim. Şu an tez konusu belirleme aşamasındayım. Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Sağlık Algısı Ölçeği Kısa Formunu planladığım çalışmada kullanmak isterim. Bu konuda yardımcı olursanız sevinirim. İyi çalışmalar dilerim.

Suna Karaoğlu
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

hasibe kadioğlu
Alıcı: ben

28 Eyl 2021 Sal 21:33 ☆ ↶

Sayın Karaoğlu,
Ölçeği kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar dilerim

Suna KARAOĞLU , 27 Eyl 2021 Pzt, 13:48 tarihinde şunu yazdı:

Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

EK-9 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği (GSYDÖ) Kullanım İzni

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeğinin Kısa Formunun kullanım izni Gelen Kutusu x

Suna KARAOĞLU
 Alıcı:

1 Eki 2021 10:18

Sayın Yılmaz,

Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hemşireliği alanında yüksek lisans öğrencisiyim. Şu an tez konusu belirleme aşamasında geçirdiğim ve güvenilirliğini yaptığınız Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Kısa Formunu planladığım çalışmada kullanmak isterim. Bu konuda yardımcı olursanız sevinirim. İyi dilerim.

Suna Karaoğlu
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Esra Yılmaz
 Alıcı: ben

3 Eki 2021 20:17

Sn Karaoğlu

geliştirdiğimiz "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği" ni çalışmanızda kullanabilirsiniz

kolaylıklar dilerim

Esra YILMAZ

EK-10 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ "GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU" İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Gebelerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ

Diğer Araştırmacıların Adı: Suna Karaoğlu

Destekleyici (varsa):

" Gebelerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi " isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra

eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalında, Hemşire Suna KARAOĞLU'nun sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- Araştırmanın amacı: Bu çalışma gebelerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.
- Tek merkezde yapılmak üzere planlanan bu çalışmaya kriterlere 200 gebe kadının katılması planlanmıştır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Çalışma yüz yüze görüşme yöntemiyle anket doldurularak yapılacaktır.
- Araştırmanın süresi yaklaşık 15 – 20 dk 'dır.
- Araştırma süresince katılımcılardan veri toplamak amacıyla tedavi protokolü harici bir laboratuvar tetkiki veya test yapılmayacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Yok.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Gebe kadınların sağlık okuryazarlık düzeyini belirlerken, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesiyle anne bebek sağlığının yani toplum sağlığının artırılmasında farkındalığın artması açısından önemlidir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmada kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili

bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI :

GÖREVİ :

TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Hemşire Suna KARAOĞLU tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Hemşire Suna Karaoğlu’nu arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hemşire

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Not: Aydınlatma ve katılımcının beyanı birbirlerinin devamı şeklinde olmalı ve aynı sayfada yer almalıdır.