



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ADANA İLİ SEYHAN İLÇESİNDEKİ BİR DEVLET
HASTANESİNDE YENİ DOĞUM YAPMIŞ KADINLARDA
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DURUMU VE ANNE İLE
YENİ DOĞAN ÜZERİNDEKİ SAĞLIK SONUÇLARI
ARAŞTIRMASI**

Dr. Duygu AYABAKAN ÇOT

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Necdet AYTAÇ**

ADANA-2019



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ADANA İLİ SEYHAN İLÇESİNDEKİ BİR DEVLET
HASTANESİNDE YENİ DOĞUM YAPMIŞ KADINLARDA
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DURUMU VE ANNE İLE
YENİ DOĞAN ÜZERİNDEKİ SAĞLIK SONUÇLARI
ARAŞTIRMASI**

Dr. Duygu AYABAKAN ÇOT

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Necdet AYTAC**

Bu tez, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından:
TTU-2018-10380 No'lu proje ile desteklenmiştir.

ADANA-2019

TEŞEKKÜR

Asistanlığımın her aşamasında, bilgi ve deneyimi ile bana rehberlik eden, her zaman anlayıŐ gösteren tez danıŐmanım Sn. Prof. Dr. Necdet AYTAÇ'a,

Asistanlar olarak desteğini her zaman hissettiğimiz, eğitimim boyunca bilgi birikimini bizlerle paylaŐan anabilim dalı baŐkanımız Sn. Prof. Dr. Muhsin AKBABA'ya,

Eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım .Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri'ne,

Sevgili asistan arkadaşlarıma,

Hep yanımda olan, desteklerini her zaman hissettiğim canım ailem; Cemal Ayabakan, Yasemin Ayabakan ve Aytekin Ayabakan'a,

Sevgili eŐim Ferit ve canım oğlum Rüzgar Cemal'e teşekkür ederim.

Dr.Duygu Ayabakan OT
ADANA 2019

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Okuryazarlık	3
2.1.1. Okuryazarlıkta Yeterlilik ve Boyutları.....	4
2.1.1.1. Operasyonel (fonksiyonel) yeterlilik;	4
2.1.1.2. İnteraktif (etkileşim) yeterlilik;	4
2.1.1.3. Otonomi yeterliliği;	4
2.1.1.4. Bilgisel yeterlilik;	5
2.1.1.5. İçeriksel (Ortama dayalı) yeterlilik;	5
2.1.1.6. Kültürel yeterlilik;	5
2.1.2. Okuryazarlık ve Sağlık	5
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	6
2.2.1. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	9
2.2.2. Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	12
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	12
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Etkileşim Alanları	13
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Basamakları	13
2.2.5.1. Fonksiyonel/Temel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Basamağı:	14
2.2.5.2. İnteraktif/İletişimsel/Etkileşimsel Sağlık Okuryazarlığı Basamağı	14
2.2.5.3. Kritik/Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı Basamağı	15
2.2.6. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	15
2.2.6.1. REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine(Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)	16
2.2.6.2. TOFHLA: Test of Functional Health Literacy Adults (Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)	16

2.2.6.3. Health Literacy Screening Questionnaire (Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi)	17
2.2.6.4. Single Item Literacy Screener (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)	17
2.2.6.5. NVS: The Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği)	17
2.2.7. Sağlık Okuryazarlığında Halk Sağlığı Yaklaşımı	18
2.2.8. Sağlık Okuryazarlığı ve Gebelik.....	19
2.2.9. Sağlık Okuryazarlığı ve Annelik.....	20
2.3 Gebelik ve Yenidoğanla ilgili bazı tanımlamalar	20
2.3.1. Gebelik.....	20
2.4.Yenidoğan.....	21
2.4.1. Düşük doğum ağırlığı ve Prematürite	21
2.4.2. APGAR.....	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri.....	23
3.2. Araştırmanın Tipi.....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	24
3.4. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler	24
3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler.....	24
3.6. Araştırmanın Uygulanması	26
3.7.Anket Formu	26
3.7.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Yönelik Sorular.....	26
3.7.2. Katılımcıların Gebelik ve Sağlık Bilgileri	27
3.7.3.Yenidoğan Bilgileri.....	28
3.7.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32).....	28
3.8. Verilerin Analizi	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.10. Araştırmanın Bütçesi	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. Katılımcıların Özellikleri	30
4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	30
4.1.2. Katılımcıların Evlilik Özellikleri	32
4.2. Katılımcıların Genel Sağlık Durum Algıları ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri... ..	32
4.3. Katılımcıların Gebelik Özellikleri	34

4.4. Yenidoğanın Doğum şekline, Doğum Zamanına, Doğum Ağırlığına, APGAR Skoruna ve Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Dağılımları	35
4.5. Katılımcıların Kitap Okuma Sıklıkları.....	36
4.6. Katılımcıların Bazı Davranış Özellikleri ve BKİ sınıflamaları.....	37
4.7. Katılımcıların SOY a göre dağılımları.....	38
4.8. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı durumları.....	39
4.9. Katılımcıların düzenli kitap okuma sıklıklarının Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkisi.....	42
4.10. Katılımcıların evlilik özellikleri Sağlık Okuryazarlığı ilişkisi	43
4.11. Katılımcıların genel sağlık durumu algısı ve sağlık hizmeti kullanım özelliklerinin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi	44
4.12. Katılımcıların Gebelik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkisi	46
4.13. Katılımcıların Sağlıklı hayat biçimi davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkisi ..	50
4.14. Yenidoğanın Doğum şekli, Doğum Zamanı, Doğum Ağırlığı, APGAR Skoru ve Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Sağlık okuryazarlığı Durumu.....	52
4.15. Katılımcıların sağlık davranış özelliklerinin Sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi.....	55
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	70
KAYNAKLAR	74
EKLER.....	83
ÖZGEÇMİŞ.....	91

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	31
Tablo 2. Katılımcıların Evlilik Özellikleri	32
Tablo 3. Katılımcıların Genel Sağlık Durumu Algısı ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri	33
Tablo 4. Katılımcıların Gebelik Özellikleri.....	34
Tablo 5. Katılımcıların Gebelik Özellikleri Devam(n:345).....	35
Tablo 6. Yenidoğanın Doğum şekline, Doğum Zamanına, Doğum Ağırlığına, APGAR Skoruna ve Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Dağılımları.....	36
Tablo 7. Katılımcıların Kitap Okuma Sıklığı.....	37
Tablo 8. Katılımcıların Bazı Davranış Özellikleri ve BKİ Sınıflamaları	38
Tablo 9. Katılımcıların SOY a Göre Dağılımları	39
Tablo 10. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumları	40
Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumları	41
Tablo 12. Kadınların Düzenli Kitap Okuma Sıklıklarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu.....	42
Tablo 13. Kadınların Düzenli Kitap Okuma Sıklıklarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu.....	42
Tablo 14. Katılımcıların Evlilik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu	43
Tablo 15. Katılımcıların Evlilik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu	44
Tablo 16. Katılımcıların Genel Sağlık Durumu Algısı ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi	45
Tablo 17. Katılımcıların Genel Sağlık Durumu Algısı ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi	46
Tablo 18. Annelerin Gebelikteki Kilo Alımına, Gebelik İzlemlerine ve Gebelik Planına Göre Gebelikteki Sağlık Okuryazarlığı Dağılımları	47
Tablo 19. Annelerin Gebelikteki Kilo Alımına, Gebelik İzlemlerine ve Gebelik Planına Göre Gebelikteki Sağlık Okuryazarlığı Dağılımları	48
Tablo 20. Katılımcıların Gebelik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkisi.....	49
Tablo 21. Katılımcıların Gebelik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkisi.....	50
Tablo 22. Katılımcıların Sağlıklı Hayat Biçimi Davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi.....	51
Tablo 23. Katılımcıların Sağlıklı Hayat Biçimi Davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi.....	52
Tablo 24. Yenidoğanın Doğum Şekli, Doğum Zamanı, Doğum Ağırlığı, APGAR Skoru ve Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu.....	53
Tablo 25. Yenidoğanın Doğum Şekli, Doğum Zamanı, Doğum Ağırlığı, APGAR Skoru ve Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu.....	54
Tablo 26. Katılımcıların Sağlık Davranış Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi.....	56
Tablo 27. Katılımcıların Sağlık Davranış Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi.....	57

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. Adana ilçeleri haritası..... 23



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
C/S	: Sezeryan Doğum
DDA	: Düşük Doğum Ağırlığı
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HLS-EU	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu
HT	: Hipertansiyon
IOM	: Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü
NVD	: Normal vajinal doğum
NVS	: En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği
REALM	: Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
RSV	: Respiratuar Sinsityal Virus
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SOY	: Sağlık okuryazarlığı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TOFHLA	: Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi
TSOY-32	: Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Adana ili Seyhan İlçesindeki Bir Devlet Hastanesinde Yeni Doğum Yapmış Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Durumu ve Anne ile Yeni Doğan Üzerindeki Sağlık Sonuçları Araştırması

Amaç: Adana ili Seyhan ilçesindeki bir devlet hastanesinde yeni doğum yapmış kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmek ve anne ile yeni doğan açısından sağlık sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç Ve Yöntem: Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Adana ili Seyhan ilçesindeki Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesinde yeni doğum yapmış kadınlarda çalışmaya katılmaya kabul eden 345 kadın çalışmaya dâhil edildi. Ocak -Temmuz 2018 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yapılarak anket uygulandı. Anket sosyodemografik bilgiler ve Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeğini (TSOY-32) içermektedir. İstatistiksel analiz olarak frekans tabloları ve ki-kare testi kullanıldı. $P < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $27,54 \pm 5,86$ 'ydı. Kadınların % 4,6'sı (16) ilköğretim eğitimini tamamlamamışken, % 71,9'u (248) ilköğretim eğitimini tamamlamıştı, % 23,5'i (81) lise ve üzeri bir okuldan mezun olmuştu. Katılımcıların %69,3'ü (239) yetersiz, %14,5'i(50) sorunlu, %9,6'sı(33) yeterli, %6,7'si (23) ise mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Sağlık okuryazarlığı ile yaş, eğitim durumu, büyükanne öğrenim durumu, aile tipi, yaşanan yer, maddi gelir, çalışma durumu, gebelikte kafein, bitki çayı kullanımı, sağlık hizmeti kullanım özellikleri ve gebelik eğitimi alma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Sağlık okuryazarlığı yeni şekillenen hastalık yükleri ile çok önemli bir kavram haline gelmiş olup, Türkiye'de istenilen seviyenin çok altındadır. Özellikle kadınların sağlık okuryazarlığı durumu tüm aileyi de etkileyeceği için ayrıca önem teşkil etmekte olup, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesine öncelik verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, gebe, yenidoğan, kadın

ABSTRACT

Health Literacy Status in Women Who Had New Birth in a State Hospital in Seyhan District of Adana Province and Health Results on Mother and New Born Research

Purpose: The aim of this study was to determine the level of health literacy of women who had recently given birth in a state hospital in Seyhan, Adana and to evaluate the health outcomes of the mother and the newborn.

Materials and Methods: This is a cross-sectional study. The study included 345 women who were newly admitted to Adana Gynecology and Obstetrics and Gynecology outpatient clinics in Adana province. During January-July 2018, a face-to-face interview was conducted. Sociodemographic information and Turkey health literacy contained. Frequency tables and chi-square test were used as statistical analysis. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: The mean age of women was 27.54 ± 5.86 years. While 4.6% of women (16) did not complete primary education, 71.9% (248) completed primary education, 23.5% (81) graduated from a high school or higher school. 69.3% (239) of the participants had inadequate health literacy. 14.5% (50) had problematic, 9.6% (33) had sufficient, while 6.7% (23) had excellent health literacy. Age, education level, grandmother education status, family type, place of residence, material income, working status, caffeine in pregnancy, use of herbal tea, health service use characteristics and pregnancy education were found to be significant relationship with health literacy.

Conclusion: Health literacy is a concept that has become very important with the emerging disease burden, is well below the desired level in Turkey. In particular, the health literacy situation of women is also important because it affects the whole family and priority should be given to raising the health literacy levels.

Keywords: Health literacy, pregnant, newborn, female

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bilgi, insanoğlunun nesneyi bilme, tanıma ve çözümlemesi sonucu ortaya çıkan bir üründür. Bilgiyi doğal afetleri önlemek, hastalıkları yok etmek ve refah içinde yaşamak için kullanırız. ¹

Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile hastalık yüklerinin değişmesi, bulaşıcı olmayan hastalıkların önemini artırmıştır. Bu değişim bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasının önemini artmasına ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkmasına neden olmuştur. İletişim teknolojisinde yaşanan gelişmeler ile bireylerin sağlık bilgisi edinebilecekleri kaynaklar artmış ve bilgiye erişim kolaylaşmıştır. Sağlıkla ilgili olumlu davranışların kazanılması, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel belirleyicilerinden biri olan okuryazarlığın, sağlık ile ilişkisinin önemini ortaya koymuş olup, sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramının ön plana çıkmasına neden olmuştur. ^{2,3}

SOY; genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmek ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istek ve kapasiteleridir. ⁴

Düşük SOY düzeyi bireylerde sağlık ile ilgili bilgilere ulaşma, edinme, anlama ve yorumlamada yetersizliğe, tıbbi işlem ve talimatları yerine getirmekte zorluklara, sağlık hizmetlerine erişimde ve etkili kullanımında problemlere neden olmaktadır. ⁵

Yapılan çalışmalarda SOY düzeyi düşük olan bireylerin; koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadıkları, tarama programlarına katılımlarının daha az olduğu ve hastaların teşhis ve tedaviyi anlamamalarının, tedaviye uyumlarının olumsuz etkilendiği görülmüştür. ⁶⁻⁹ Sorensen ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan ve sekiz Avrupa ülkesini kapsayan “Avrupa’da Sağlık Okuryazarlığı: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının Karşılaştırmalı Sonuçları” isimli geniş tabanlı çalışmalarında sınırlı SOY sıklığını %47 olarak rapor etmişlerdir. ² Kutner ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yaptıkları “Erişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi” isimli çalışmada erişkinlerin %14’ünün SOY düzeyinin bazal düzeyin altında, %22’sinde ise bazal düzeyde, %52’sinin orta ve sadece

%12'sinin yeterli düzeyde olduğu gösterilmiştir.¹⁰ Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptıkları “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması” isimli toplum tabanlı çalışmada sınırlı SOY sıklığı %64,6 (yetersiz SOY sıklığı %24,5+ sınırlı SOY sıklığı %40,1), yaklaşık olarak üç kişiden ikisinin SOY düzeyinin sınırlı olduğu rapor edilmiştir.¹¹

Kadınların SOY düzeyinin yeterli olması, hem kendi hem de çocuklarının sağlığının korunması ve geliştirilmesi için son derece önemlidir. Düşük SOY düzeyi olan kadınlar, sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmada ve yorumlamada yetersiz kalacakları için hem kendi hem de aile üyelerinin sağlıklarını ilgilendiren durumlarda doğru kararlar almaları zorlaşacaktır.¹² Bazı alışmalarda SOY düzeyi düşük olan gebelerin, gebelik takiplerinin yeterli ve düzenli olmadığı, ilk takiplerini zamanında yaptırmadıkları, ikili-üçlü tarama testleri, şekeryüklemesi gibi tahlilleri bilmedikleri ayrıca erken doğum, düşük, prematüre, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma ve ölü doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarının daha fazla olduğu bildirilmektedir.¹³⁻¹⁵ Gebenin hem kendi hem de bebeğinin sağlığı için doğum öncesi dönemde sağlıkla ilgili doğru bilgilere ulaşması ve yorumlaması SOY düzeyinin yeterli olması ile mümkündür.¹⁶

Bu çalışmanın amacı Adana ili Seyhan İlçesindeki bir devlet hastanesinde yeni doğum yapmış kadınlarda sağlık okuryazarlığı durumu ve anne ile yenidoğan üzerindeki sağlık sonuçlarını araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Okuryazarlık

Sağlıkla ilgili davranışın ve sağlık hizmetinden yararlanmanın temel belirleyicilerinden olan okuryazarlık ABD Ulusal Okuryazarlık Yasası'nda "bireylerin anadilinde okuma, yazma, konuşma yeteneği, hedeflerine ulaşması, potansiyelini geliştirmesi amacıyla toplumda ve iş yaşamında fonksiyonel olabilmesi için yeterli düzeyde hesap yapma ve problem çözme becerisi" olarak tanımlanmaktadır.¹⁷

UNESCO verilerine göre dünyada 750 milyon yetişkin temel okuma yazma becerilerinden yoksundur. Yetişkin okuryazarlık oranı son 10 yılda artış göstermekle birlikte özellikle kadınlarda hala istenilen düzeyde değildir (erkeklerde % 89, kadınlarda % 80). Okuryazar olmayan yetişkinlerin % 64'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Ayrıca okuryazarlık oranları hem ülkeler arası hem de aynı ülkede bölgeler arası farklılık göstermektedir.¹⁸ Türkiye'de de okuryazarlık oranları kadınlarda daha düşüktür (erkeklerde % 98, kadınlarda % 92).¹⁹ Amerikan Tıp Enstitüsünün raporunda öğrenim düzeyi ile sağlık arasında güçlü ilişkinin epidemiyolojik çalışmalarla gösterildiği belirtilmektedir.²⁰ Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun yayınladığı raporda, okuryazarlığın sağlığın sosyal belirleyicileri arasında yer aldığı, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlıkta eşitsizlikleri gidermede merkezi role sahip olduğu rapor edilmiştir.²¹

Bilgi ve teknoloji çağında okuryazarlık kavramı yeniden sorgulanmaya başlanmıştır.²² Yaşam boyu öğrenmenin giderek artan önemi okur-yazar ve okuryazarlık kavramlarının kapsamlarının genişlemesine neden olmuştur. Okur-yazarlık, öğrenim hayatının ilk yıllarında öğrenilen tek bir bilgi, beceri, stratejiden ziyade kişilerin yaşamları boyunca çeşitli yollarla (etkileşim-iletişim) edindikleri bir dizi beceri, bilgi ve strateji olarak kabul edilmektedir.²³

Teknolojik ilerlemelerle sosyo-kültürel ve ekonomik yapıdaki gelişmelere uygun olarak toplumların beklentileri değişmekte ve çağın özellikleri doğrultusunda toplum tarafından kabul gören iletişim sembolleri değişmekte, anlamlandırmaya dayalı okuryazarlık örüntüsü ise yeni kavramlarla birleşip (medya okuryazarlığı, görsel okuryazarlık ve SOY gibi) kapsamını genişletmektedir.²⁴

2.1.1. Okuryazarlıkta Yeterlilik ve Boyutları

Bireylerin okuryazarlık düzeylerinin yeterli olabilmeleri için bazı beceri ve yeteneklere sahip olmaları gerekir. Genel okuryazarlıkta yeterliliğin: operasyonel, interaktif, otonomi, bilgisel, içeriksel ve kültürel yeterlilik olmak üzere 6 boyutu vardır. Bu boyutlar SOY düzeyinin yeterli olması için de gerekli öncüler olarak kabul edilmektedir.^{25,26}

2.1.1.1. Operasyonel (fonksiyonel) yeterlilik;

Dilin etkin bir şekilde kullanılabilmesi için, gerekli araçları ve teknikleri kullanma yeteneğidir.²⁵ Temel sağlık ihtiyaçlarının etkili bir şekilde karşılanması için fonksiyonel beceriler ve stratejilerdir. Bu stratejiler okuma, yazma, konuşma ve sayısal beceriler aracılığıyla edinilen bilginin iletişimini kapsamaktadır. Beceriler ise sağlık profesyonelleri tarafından yazılı ya da sözlü olarak verilen bilgileri okuma-anlama ve eyleme dönüştürme yeteneklerini içerir.^{26,27}

2.1.1.2. İnteraktif (etkileşim) yeterlilik;

Bireylerin kişisel gelişim için başkaları ile iş birliği yapmasıdır. Bireyler, kendi sağlıkları ile ilgili sorunların yönetiminde sağlık profesyonelleri ile paydaştır.²⁸ Sağlıkla ilgili öz-yönetim, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için bireyler tarafından alınan kararları ve eylemleri içerir. Operasyonel yeterliliğe göre daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerileri gerektiren öz-yönetim, sosyal becerilerle birlikte, değişen ihtiyaçlara cevap verebilmek için farklı iletişim yöntemleriyle bilgi elde etmek ve anlam çıkarmak gibi aktivitelere katılımı arttırmak için kullanılmaktadır.²⁶

2.1.1.3. Otonomi yeterliliği;

Bireylerin kendi yaşamlarında edindikleri bilgileri kullanabilmeleri ve karara varabilmelerindeki kişisel gücü ifade etmektedir. Güç, kişilerin kendi yaşamlarında alacakları kararlarda sorumluluğu üstlenmede kendi rollerinin farkında olmalarıdır. Sağlıkla ilgili kişisel güç, bireylerin kendi sağlıklarını ilgilendiren durumlarda daha fazla söz sahibi olabilmeleri amacıyla, sağlıkla ilgili bilgileri analiz etmedeki kişisel bilgi düzeyleri ve sağlığın belirleyicilerini değiştirmek için harekete geçme yeteneklerini kapsamaktadır.²⁶⁻²⁸

2.1.1.4. Bilgisel yeterlilik;

Sağlık bilgisinin otoritesini ve geçerliliğini belirleyebilme yeteneğidir. Otorite ve geçerlilik sağlıkla ilgili bilginin doğruluğunu ve güncelliğini vurgulayan kritik kavramlardır.²⁹ Bilgisel yeterlilik, ihtiyaç duyulan sağlık bilgisinin olası kaynaklarının belirlemesi, kullanılması, bilginin kalitesinin ve özellikle konularda uygulanabilirliğini değerlendirme becerisi, doğru kararlar verebilmek için sağlık ile ilgili bilgilerin anlaşılması, analiz edilmesi ve kullanılması yetkinliklerini içermektedir.³⁰

2.1.1.5. İçeriksel (Ortama dayalı) yeterlilik;

Sağlıkla ilgili içeriksel yeterlilik, kişilerin sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortamlar ve sağlık sisteminin kendilerinden bekledikleri durumlarını ifade eder. Bazı kişiler sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortamlarda rahat değildir. Kişiler rahat oldukları zaman yakın çevreleriyle etkileşimde bulunarak ve konuları yorumlayarak öğrenme düzeyleri artacaktır. Bu nedenle kişilerin rahat olması istenen bir durumdur.²⁹

2.1.1.6. Kültürel yeterlilik;

Kültürel yeterlilik, sağlık ile bilgileri yorumlamak ve harekete geçmek için ortak inançlar, gelenekler, dünya-görüşü ve sosyal kimliğin farkına varılması ve kullanılması gibi becerileri gerektirir. Bireylerin SOY düzeyleri belirlenirken sosyal uygulamalar ve kültürel özellikler dikkate alınmalıdır. Burada kültür kelimesi ile insanların davranışları üzerinde etkili olan, düşünceler, iletişim, eylemler, gelenekler, inançlar, değerler ve ırksal-dini yapılar (sosyal grup) kastedilmektedir.^{25,29}

2.1.2. Okuryazarlık ve Sağlık

DSÖ sağlığı; “Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması” olarak tanımlamaktadır. Kendi anayasasında DSÖ; sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmanın hiçbir ayırım gözetmeksizin temel insan haklarından biri olduğunu belirtmiştir. Sağlık hizmetlerinin verimli kullanılmasında ve sağlığın geliştirilmesinde halkın bilgilendirilmesinin ve sonrasında aktif iş birliği sağlanmasının önemi vurgulanmıştır. İhtiyaç duyulan aktif iş birliğinin sağlanması için, sağlık hizmetlerinden yararlananların sahip olması gereken önemli becerilerden birisi de okuryazarlıktır.³¹

Okuryazarlık becerilerinin kazanılması, kişilerin sosyoekonomik düzeylerinin yükselmesinde ve günlük olayları daha iyi anlayarak daha fazla kontrol sağlamalarında son derece önemlidir.^{32,33} Sağlık çıktıları ile okuryazarlık arasındaki doğrudan ilişkiye, koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanılmaması, sağlık eğitimi gibi ilgili etkinliklere karşı duyarsız olunması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin yetersiz ve gereksiz kullanımı örnek olarak verilebilir. Dolaylı ilişkiye ise düşük okuryazarlık düzeyinin genel olarak düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkili olması ve sosyoekonomik düzeyin sağlığın sosyal belirleyicilerinden olması örnek olarak gösterilebilir.³⁴

Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanılmasında, hastalık tanılarının konulup etkin tedavisinin uygulamasında hasta katılımı çok önemlidir. Bireyler kendi sağlık durumları hakkındaki sözlü ve yazılı bilgileri anlayabilme, tanı ve tedavi ile ilgili yönergeleri takip edebilme, sağlık hizmet sunucularına yerinde ve uygun sorular sorabilme, önceki tedavi koşullarını bildirebilme ve bakım sırasında ortaya çıkan sorunları çözebilme kabiliyetine sahip olmalıdırlar.³⁵ Bireylerin okuryazarlık düzeyleri ile sağlık düzeyleri arasındaki ilişki birçok faktörden de etkilenmektedir. Ancak okuryazarlık düzeyinin yüksek olması ile olumlu sağlık çıktıları ve sağlığın geliştirilmesi ile ilişkili davranışların kazandırılmasında pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır.³⁶

Sonuç olarak, SOY genel okuryazarlık düzeyine bağlı ve kişinin bilişsel gelişimiyle ilişkili bir kavramdır. Okuma ve yazma becerileri yeterince gelişmemiş bireyler hem sağlık eğitiminden daha az yararlanacaklar hem de değişen sağlık hizmet sunum yöntemlerine uyum gösteremeyeceklerdir. Dolayısıyla bu kişilerin kişisel, sosyal ve kültürel gelişimleri sınırlanacak, SOY düzeyleri düşük kalacak ve sağlıkları doğrudan olumsuz etkilenecektir. Bu nedenlerden dolayı, SOY’u geliştirmeyi amaçlayan stratejiler genel okuryazarlığı geliştirmek için gereken daha genel stratejilerin vazgeçilmez bir parçasıdır.²⁶

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974 yılında, Simonds tarafından yayınlanan ‘Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi’ isimli makalede ele alınmıştır. Bu makalede sağlık eğitimi; sağlık sistemlerini, eğitim sistemlerini ve kitle iletişimini

etkileyen sosyal bir politika sorunu olarak tartışılmış olup SOY, “her öğrenim düzeyinde asgari standartları karşılayan sağlık eğitimi” olarak tanımlanmıştır.³⁷ Sağlık okuryazarlığı kavramı 1990’lı yıllarda yeniden ele alınmaya ve kapsamı genişletilerek yeni tanımlamalar yapılmaya başlanmıştır.³⁸ Literatürde SOY ile ilgili farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Yaygın olarak kullanılan tanımlardan birisi Amerikan Tıp Derneği SOY Konseyi’nin 1999 yılında yayınladığı raporda yapılmış olup, bu raporda SOY, ‘Sağlık sistemlerinde bireylerin, kendilerine yüklenen rolleri yerine getirebilmeleri için sahip olmaları gereken, temel okuma-yazma ve sayısal işlemlerin yapılabilmesini içeren becerilerin “takımyıldızı” olarak tanımlanmıştır. Aynı raporda SOY düzeyi yeterli olan kişilerin sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlayabildikleri ve buna göre davranış sergileyebildikleri kabul edilmiştir. Ayrıca yeterli SOY düzeyine sahip olabilmek için gereken okuryazarlık becerileri ile bireylerin mevcut okuryazarlık becerileri arasında farklılıklar olabileceği vurgulanmıştır.³⁶ Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü’nün (IOM) 2004 yılında yayınladığı “Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığı Sonlandırmak İçin Reçete (Health Literacy: A Prescription to End Confusion)” isimli raporunda, Ratzan ve Parker tarafından 2000 yılında geliştirilen “Sağlıklı İnsanlar 2010 (Healthy People 2010)” projesinde kullanılan tanım kullanılmıştır. Ratzan ve Parker SOY’u, “Bir kişinin sağlığı ile ilgili doğru kararlar alabilmesi için sağlık ile ilgili temel bilgileri ve hizmetleri elde etme, işleme, anlama ve yorumlama kapasitesinin derecesi” olarak tanımlamıştır.²⁰ Bir başka rapor, IOM’un raporunda, SOY’ un sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sağlığın sürdürülmesi ile ilgili politikaların yapılabilmesi için herkesi ilgilendiren bir konu olduğu vurgusu yapılmıştır. Ayrıca kişilerin SOY düzeylerinin yüksek olması için sahip olmaları gereken becerilerin, sağlık hizmet sunucuları ile diyalog kurabilmek ve tartışabilmek, sağlık ile ilgili bilgileri okuyabilmek, anlayabilmek ve yorumlayabilmek, tıbbi araştırmalara katılma konusunda karar verebilmek, termometre gibi sağlık bakımı ile ilgili tıbbi cihazları kullanabilmek, ilaçların zamanını ve dozunu hesaplayabilmek, toplum sağlığı ve çevre ile ilgili konularda sorumlulukları yerine getirebilmek için de gerekli olduğu bildirilmiştir.⁵

DSÖ SOY’u, bireylerin kendileri, aileleri ve toplumları için "sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi için, sağlık ile ilgili bilgilere erişme, anlama, yorumlama ve kullanma yeteneği” olarak tanımlamaktadır.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi sadece kişisel fayda sağlamamakta, toplumda SOY düzeyinin yüksek olması, sağlığın sosyoekonomik belirleyicilerinin farkına varılarak harekete geçilmesi gibi sosyal yararlar da sağlamaktadır. Sağlıkla ilgili broşürleri okumak, gıda etiketlerini anlamak, doktor tarafından verilen talimatları yerine getirmek anlamından daha fazlasını ifade eden SOY, zamanla değişen ve gelişen bir kavramdır.³⁹

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu'na(HLS-EU) göre SOY, 'Genel okuryazarlıkla bağlantılı olmakla beraber, hayat boyunca yaşam kalitesinin sürdürülmesi ve iyileştirilmesi, sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili günlük hayatta kararlar alınabilmesi için, sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirmede ve uygulamada kişilerin bilgisi, motivasyonu ve yeterlilikleridir' olarak tanımlanmıştır.²

Bireyin SOY yeterliliği eğitim aracılığıyla sağlanmakta olup, kültür, dil ve sağlık kurumlarının özelliklerinden etkilenmektedir. Sağlık hizmet sunucuları ve medya tarafından kişilerin sağlıklarıyla ilgili sağlanan tüm materyallerin temel sağlık bilgilerini uygun bir şekilde sunması SOY düzeyinin yükseltilmesinde bireylerin özellikleri ile aynı derecede öneme sahiptir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesinde sorumluluk sadece bireylere ait değildir. Tüm kitleler için açık, anlaşılır, doğru ve erişilebilir sağlıkla ilgili bilgi sağlamaları konusunda devlet kurumları ve sağlık hizmet sunucuları da bu sorumlulukta paydaştır.⁵ Bu açıdan bakıldığında, SOY düzeyi sağlık hizmeti verilen ortamlar, sağlık hizmeti sunanlar ile hizmeti alanlar arasındaki etkileşim ile değişebilen bir kavramdır.

Sağlık Okuryazarlığı düzeyinin yeterliliği, okuma, yazma, anlama, yorumlama ve uygulama gibi bireysel özelliklerin yanı sıra, toplumun sosyokültürel yapısı, sağlık ve eğitim sisteminin özelliklerinden etkilenen çok paydaşlı bir kavramdır.⁵

Sağlık Okuryazarlığı ile sağlık bilgisi ifadeleri birbirleriyle karıştırılmakta olup bazen birbirlerinin yerine kullanılsa da farklı kavramlardır. Sağlığın geliştirilmesinde önemli bir kavram olan SOY, sağlık eğitimi ve iletişim becerilerini kapsayan, sağlık eğitiminden daha geniş ve öncelikli bir kavramdır.²⁶ Sağlık bilgisini SOY'un bir parçası olarak kabul eden IOM uzman heyeti SOY'u;

- 1-) Kültürel ve kavramsal bilgi,
- 2-) Konuşma ve dinleme becerilerini içeren sözel okuryazarlık,
- 3-) Okuma ve yazma becerilerini içeren yazılı okuryazarlık,
- 4-) Sayısal okuryazarlık

olmak üzere 4 alt alanda ele almaktadır.⁴⁰

Sağlığın geliştirilmesi için çerçeve sunan, sağlıkla ilgili bilgi elde etme ile edinilen bilginin davranışa dönüştürülmesi arasındaki bağlantıyı sağlayan SOY'un kavramsallaştırılması ve tanımlanması bilim ve teknolojideki hızlı gelişmeler paralelinde sağlık sistemlerinde meydana gelen değişikliklere bir yanıt olarak gelişmeye devam edecektir.⁴¹

2.2.1. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

Sorensen ve arkadaşları tarafından 2011 yılında sekiz Avrupa ülkesini kapsayacak şekilde (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya) “Avrupa’da Sağlık Okuryazarlığı: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının Karşılaştırmalı Sonuçları” isimli geniş tabanlı bir çalışmada, sınırlı SOY sıklığı %47 (yetersiz SOY sıklığı %12+ sınırlı SOY sıklığı %35), yaklaşık olarak 2 bireyden birinin SOY düzeyinin sınırlı olduğu rapor edilmiştir. Çalışmada, sınırlı SOY düzeyinin 8 Avrupa ülkesinde farklılıklar gösterdiği bildirilmiştir (%29-%62).² Kutner ve arkadaşlarının ABD’de yaptıkları “Erişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi” isimli çalışmada, SOY ile ilgili veriler Avrupa’da yapılan çalışmadan farklı bir ölçekle toplanmış olup SOY düzeyinin belirtilmesinde farklı terimler kullanılmıştır. Kutner ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçlarına göre erişkinlerin %14’ünün SOY düzeyinin bazal düzeyin altında, %22’sinde bazal düzeyde, %52’sinin orta ve sadece %12’sinin yeterli düzeyde olduğu gösterilmiştir.¹⁰ Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptıkları “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması” isimli toplum tabanlı çalışmada sınırlı SOY sıklığı %64,6 (yetersiz SOY sıklığı %24,5+sınırlı SOY sıklığı %40,1), yaklaşık olarak üç erişkinden ikisinin SOY düzeyinin sınırlı olduğu rapor edilmiştir.¹¹

Düşük SOY düzeyi, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmada, okumada, anlamada yetersizliğe, talimatları yerine getirmede, sağlık hizmetlerine erişimde

problemlere neden olarak var olan sağlıkta eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir. Düşük SOY düzeyli bireylerin hastalanma risklerinin fazla olması, tedavi yöntemlerini anlamada zorluk yaşamaları ve hastane yatış oranlarının yüksek olması dolayısıyla sağlık hizmeti maliyetlerinin artması olasıdır.⁵ Eichler ve arkadaşlarının sınırlı SOY düzeyinin neden olduğu maliyeti araştırmak için yaptıkları sistematik derlemede, sınırlı SOY düzeyinin sağlık sistemine her yıl tüm sağlık harcamalarının %3-5'i kadar ek yük oluşturduğu, kişi bazında bakıldığında sınırlı SOY düzeyine sahip bireylerin SOY düzeyi yeterli olan bireylere göre her yıl 143 ile 7.798 \$ arasında değişen miktarlarda daha fazla sağlık harcaması yaptıkları rapor edilmiştir.⁴² Düşük SOY düzeyli bireyler hekim tarafından reçete edilen ilaçların prospektüslerini okuyup anlamada, kullanım şekillerini, dozlarını ayarlama ve farmakolojik özelliklerini anlamada zorlandıklarından dolayı ilaçların yanlış kullanımı, birbirleriyle etkileşimi gibi ilaç hataları açısından risk altındadır ve ilaç kullanım hatalarına bağlı olarak tekrarlayan ve gereksiz sağlık hizmeti başvuruları olabilmektedir.⁴³ Phillips ve arkadaşları tarafından ABD'de ilaç hatalarına bağlı meydana gelen ölümlerin incelendiği çalışmada, 1983 yılına göre 1993 yılında ilaç hatalarına bağlı ölümlerin ayaktan tedavi gören hastalarda yaklaşık 8,5 kat, yatarak tedavi gören hastalarda ise yaklaşık 2,5 arttığı bildirilmiştir.⁴⁴ Patel ve Zed'in ilaçla ilişkili acil servis başvurularını inceledikleri sistematik derlemede, acil servis başvurularının %28'inin ilaç kullanım hatası ve ilaç intoksikasyonu gibi ilaçla ilişkili olduğu, bu başvuruların yaklaşık %70'inin önlenabilir nedenlerden kaynaklandığı ve %24'ünün yatarak tedavi gördüğu rapor edilmiştir.⁴⁵ Basit labaratuvar işlemlerini değerlendirmede, randevu kartlarını okumada, eğitim amaçlı verilen broşürleri, bilgilendirilmiş onam formlarını okumada ve anlamada güçlükler SOY düzeyi düşük bireylerde daha fazla yaşanmaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasında SOY önemli bir role sahiptir. Düşük SOY düzeyi, bireylerin hastalıkların önlenmesine ve sağlığın geliştirilmesine yönelik programlara katılımlarına olumsuz yönde etki etmektedir.^{46,47} SOY düzeyinin düşük olması bireylerin hem okuma becerilerini hem de sözlü iletişim becerilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Gelişmiş sağlık sistemlerinde kronik hastalıklarda daha belirgin olmak üzere SOY düzeyinin düşük olması bireylerin sorumluluklarını yerine getirmede önemli bir bariyerdir.⁴⁶ Schillinger ve arkadaşlarının Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu (DM) hastalar üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, SOY düzeyi düşük olan hastalarda glisemik indeksin ve retinopati görülme sıklığının

daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.⁴⁶ Williams ve arkadaşlarının ABD’de hastaneye başvuran DM ve Hipertansiyon (HT) tanısı olan hastalar üzerinde yaptıkları diğer bir çalışmada SOY düzeyi yetersiz olanların hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu, hastalıklarının kontrol altında tutulması için gerekli sağlık eğitiminin yeterince sağlanamadığı bildirilmiştir.⁴⁸ Williams ve arkadaşlarının astımlı hastalar üzerinde yaptıkları başka bir çalışmada, hastaların SOY düzeyi ile hastalıkları hakkında bilgi düzeyinin pozitif yönde ilişkili olduğu, hatalı ilaç kullanım sıklığının SOY düzeyi düşük bireylerde daha fazla olduğu rapor edilmiştir.⁴⁹ Düşük SOY düzeyli bireylerin, kendi sağlık durumlarını anlatmakta, verilen sağlık talimatlarını anlamada ve uygulamada, tıbbi formları doldurmada güçlükler yaşaması daha olasıdır.

Dolayısıyla SOY düzeyi düşük bireyler soru sormaktan çekinebilirler, sözlü ve/veya basılı olarak yöneltile soruları cevaplayamayabilirler, anlamadıkları bir belgeyi imzalamak zorunda kalabilirler. Ek olarak sağlık profesyonellerince bilgi eksikliği giderilemeyen kişiler yakın çevre, yazılı-görsel medya veya internet gibi farklı kaynaklardan bilgi açığına kapatmaya çalışabileceği ve bu durumun kişilerin sağlık durumları hakkında hatalı bilgilenmelerine bağlı olarak ölüm dâhil bir dizi istemeyen duruma yol açacağı da aşikârdır.^{47,50} Sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık hizmet sunucularının ve hizmet sunulan alanların özelliklerinden de etkilenmektedir. Örneğin sağlık profesyonellerinin tıbbi kelimeler kullanması, hazırlanan eğitim materyallerinin fazla yabancı kelime içermesi gibi sağlık hizmeti sunanlara ait özellikler SOY düzeyini olumsuz etkilemektedir.⁵⁰

Özetle SOY düzeyinin düşük olması;

- İlaç kullanım hatalarının artması,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamama,
- Hastalık oluştüğünde sağlık hizmeti arama davranışında gecikme,
- Sağlık durumlarını anlamada yetersizlik,
- Kişisel bakımının yetersiz olması,
- Tıbbi talimatlara uyumda eksiklik,
- Sağlık harcamalarında artış,
- Artmış mortalite/morbidite

ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{51,52}

2.2.2. Yeterli Sağlık Okuryazarlığı

Yüksek SOY düzeyli bireyler,

- Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinde,
- Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli olan sağlık eğitiminin amacına ulaşmasında,
- Sağlık eğitiminin içeriğinin genişlemesinde,
- Sosyal ve ekonomik kalkınmanın sağlanmasında,
- Sağlık hizmetlerinin etkili kullanılmasında,
- Sağlıkla ilgili maliyetlerin azaltılmasında,
- Sağlıktaki eşitsizliklerin giderilmesinde yardımcı olmaktadır.⁵³

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Yetersiz SOY düzeyinin bireysel ve toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri, önemi giderek artan bir halk sağlığı problemidir. Sağlık sistemlerinin karmaşık yapısı, tanı ve tedavi seçeneklerinde alternatiflerin hızlı bir şekilde artışı ve bireylerin kendi sağlıklarının yönetimdeki payının artması gibi nedenler SOY düzeyinin düşük olduğu kişilerde sağlıkları ile ilgili problemlerin artmasına neden olmaktadır. SOY düzeyinin yükseltilmesi, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi için öncelikli amaçtır. Sağlık sisteminin, kitle iletişiminin ve eğitim sisteminin etkileşiminde önemli bir role sahip olan SOY, sadece bireyleri değil, toplumun her kesimini ve hatta tüm toplumları ilgilendiren bir kavram olup hem bireysel hem de toplumsal faydalar sağlamaktadır.^{26,42}

Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili konularda bilgi sahibi olmayı gerektirir. Yetersiz SOY'a sahip bireylerin hastalıkların nedenleri hakkında bilgilerinin yetersiz olması beklenen bir durumdur. Bu bireyler yaşam tarzı alışkanlıklarının neden olduğu sağlık sonuçlarını kavramakta zorlanırlar, böylece birçok hastalık riski ile karşı karşıya kalırlar. Bu nedenle SOY düzeyinin yükseltilmesi halk sağlığı profesyonellerin öncelikli konularından biri olmalıdır.⁵⁴ Scott ve arkadaşları tarafından ABD'de yapılan kesitsel bir çalışmada, SOY düzeyi yüksek olanların mammografi yaptırma, pap smear için örnek verme ve pnömokok-influenza aşılı yaptırma gibi koruyucu sağlık hizmetlerine katılımlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.⁵⁵ Bennett ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada kanser erken tanısı için engellerden birisinin yetersiz SOY

düzeyi olduğu bildirilmiştir.⁵⁶ Yetersiz SOY düzeyi sadece koruyucu sağlık hizmetlerini değil, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin de efektif kullanılmasını olumsuz yönde etkilemektedir.

DSÖ tarafından 2015 yılında 900 milyon olan 60 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılına gelindiğinde 2 milyara çıkacağı (60 yaş nüfus oranı %12'den %22'ye), 2020 yılında 60 yaş ve üzeri nüfusun 5 yaş altı çocuk nüfusundan daha fazla olacağı öngörülmektedir. Değişen ve yaşlanan nüfus yapısı ile kronik hastalıkların ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonların artması, sağlık hizmet sunucuları ile hizmet alanlar arasındaki taleplerin değişmesine neden olmuştur. Ülkelerin sağlık sistemlerini demografik ve epidemiyolojik dönüşüme göre düzenleme gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu dönüşüme paralel olarak kronik hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele artmış, sağlığın geliştirilmesi ön plana çıkmıştır. Bu durum sağlığın geliştirilmesinde anahtar rol oynayan SOY'un yeniden ele alınarak SOY düzeyinin yükseltilmesinin önemini ortaya koymuştur.^{26,57} Sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmaların 1980'li yıllarda çok az olduğu 1990'lı yıllardan sonra giderek arttığı 2017 yılına gelindiğinde ise 523 çalışmanın olduğu saptandı.⁵⁸ Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planında SOY kavramına yer verilmiş olup, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzın teşvik etmek ve bireylerin kendi sağlık durumları üzerindeki sorumluluklarını arttırmak için SOY düzeyinin yükseltilmesinin önemi üzerinde durulmuştur.⁵⁹ Sağlık hizmeti sunanlar ile hizmetten yararlananlar arasındaki dengenin sağlanmasında SOY'un önemi açıktır.

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Etkileşim Alanları

SOY düzeyi sosyal ve kültürel faktörden etkilenmektedir. Toplumun öğrenim düzeyi ve kültür yapısı SOY düzeyi ile ilişkilidir. Eğitim müfredatı içerisinde ilköğretim çağından itibaren SOY konularına yer verilmesi, yetişkin dönemde SOY düzeyinin yükseltilmesi için alt yapı oluşturabilir.⁵

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Basamakları

Freebody ve Luka SOY'u okuma ve yazma başarısının ölçülmesi ile değil, okuryazarlığın her bir düzeyinde kişilere sağladığı kazanımlar üzerinden bir sınıflama

ile değerlendirmişlerdir. Bu sınıflamaya göre SOY iç içe geçmiş üç basamaktan oluşmaktadır.²⁶

2.2.5.1. Fonksiyonel/Temel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Basamağı:

Günlük yaşamla ilgili faaliyetleri yerine getirebilmek için gerekli olan temel okuma-yazma becerilerinin yeterliliği olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım SOY'un Amerikan Tıp Derneği'nin 'Sağlık sistemlerinde bireylerin, kendilerine yüklenen rolleri yerine getirebilmeleri için sahip olmaları gereken, temel okuma-yazma ve sayısal işlemlerin yapılabilmesini içeren becerilerin "takımyıldızı"' tanımını ile benzeşmektedir. Sağlık okuryazarlığının bu basamağı, kişilerin sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacakları hakkında bilgi düzeylerinin artırılması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili önerilere uyumlarını sağlamak amacıyla yapılan sağlık eğitiminin etkililiğini yansıtır. Fonksiyonel SOY yeterliliğinin sağlanması toplumsal faydadan ziyade tarama, aşılama programlarına katılma gibi bireysel faydalar sağlar. Sağlıkla ilgili bilgilendirici broşürlerin sağlanması, hastaların klasik eğitimi, medya aracılığıyla sağlanan sağlık eğitimi gibi yöntemler bu basamakta kullanılan sağlık eğitimi tekniklerine örnek gösterilebilir. İnteraktif iletişim gerektirmeyen, otonomi kazanmış bu yaklaşımlarda kişi pasif konumdadır.^{26,60,61}

2.2.5.2.İnteraktif/İletişimsel/Etkileşimsel Sağlık Okuryazarlığı Basamağı

Fonksiyonel basamağı da içeren bu basamak daha gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal becerileri gerektirmektedir. Bu basamak sağlıkla ilgili etkinliklere katılma, farklı iletişim teknikleriyle elde edilen bilgiyi anlamlandırma ve edinilen yeni bilgiyi değişen koşullara uyarlama gibi becerileri gerektirmektedir. Bu basamakta sağlık hizmet sunucuları ve hizmetin sunulduğu ortamlar önemli role sahiptir. İnteraktif SOY, bilgiye dayalı olarak bağımsız bir şekilde kişisel kapasiteyi, motivasyonu ve özgüveni arttırmaya yönelik sağlık eğitimlerini kapsar. Bireysel ve toplumsal gelişmeye, davranışsal sonuç oluşturmaya yönelik olarak hazırlanan modern okul eğitimleri ve toplumun ve sosyal destek gruplarının kendi kendilerine yetebilmelerini kolaylaştırıcı eğitimler bu basamaktaki sağlık eğitimi etkinliklerine örnek olarak verilebilir. Bu basamakta bireysel fayda ön planda olmakta olup kişiler aktif konumdadır.^{26,61}

2.2.5.3. Kritik/Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı Basamağı

Fonksiyonel ve interaktif basamakları da içeren kritik SOY, bir önceki basamağa göre daha gelişmiş bilişsel ve sosyal becerileri içermektedir. Bu basamakta bireylerin sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz etme ve bunun doğrultusunda elde edilen bilgileri yaşamları boyunca karşılaştıkları sorunlarda kullanabilmeyi kapsamaktadır. Sağlığın sosyal ve çevresel belirleyicileri ile ilgili bilgi edinme ve sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörlere yönelik harekete geçmek için eylemleri içerir. Bu doğrultuda yapılacak sağlık eğitiminin içeriği, sağlığın sosyal, çevresel ve ekonomik belirleyicileri hakkında bilgilendirme etkinliklerini ve sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılması için kurumsal fırsatları değerlendirmeye yönelik faaliyetleri içermelidir. Bu basamakta bireyler proaktif olup toplumsal fayda bireysel faydadan daha ön plandadır.^{26,61}

2.2.6. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

İdeal sağlık hizmeti, kişilerin sağlık durumlarını anlamaları, yönetmeleri, iyilik durumlarını sürdürmeleri için gerekli olan sağlık bilgisini aramada, elde etmede ve anlaşılmasında aktif rol almasını gerektirir. Ancak SOY düzeyi düşük bireylerin sağlık eğitim materyallerinden etkili bir şekilde yararlanamamaları nedeniyle sağlık bilgilerinin yetersiz olma ihtimali yüksektir. Bireylerin SOY düzeyi düşük olduğunda, sağlığın geliştirilmesi için yapılacak müdahale çalışmaları amacına ulaşamayacaktır. Bu nedenle bireylerin SOY düzeylerinin belirlenmesi son derece önemlidir.⁶² Bireylerin sağlıkla ilgili broşürleri okuyamamaları, tıbbi formları dolduramamaları, ilaç tedavisine uyum gösterememeleri ve randevularına gelememeleri gibi durumlar SOY düzeyinin düşük olduğu yönünden ipuçları verebilir. Bu ipuçları olmadığında bireylerin ve toplumun SOY düzeyinin belirlenmesi için ölçüm araçlarına ihtiyaç olduğu açıktır.⁶³ Karmaşık, çok yönlü ve soyut bir kavram olan sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için farklı ölçüm araçları geliştirilmiş olup bu ölçüm araçları yapı, kapsam ve ölçüm özellikleri yönünden bazı farklılıklar göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesinde altın standart kabul edilmiş bir ölçüm aracı bulunamamıştır.⁶⁴ Sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan ölçme araçlarından bazıları aşağıda sıralanmıştır:

2.2.6.1. REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine(Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

Davis ve arkadaşları tarafından 1991 yılında 125 madde olarak geliştirilmiş olan REALM aynı ekip tarafından 1993 yılında tekrar gözden geçirilerek 66 madde olarak kısaltılmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin sınırlı SOY düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen REALM kelime tanıma ve telaffuz testidir. Kişilerin sayısal becerisini ve anlama düzeyini ölçmeyen REALM zorluk derecesine göre sıralanmış 3 sütun ve her bir sütun 22 kelimedenden oluşmaktadır. Kişilerin her bir maddeyi yüksek sesle okunması istenir ve her doğru telaffuz 1 puan olarak değerlendirilir. Bu ölçekten alınacak puanlar 0-66 arasında değişmekte olup, alınan puanlar arttıkça SOY düzeyi artmaktadır. Ölçeğin uygulama süresi 3-6 dakika arasında değişmektedir.^{65,66}

2.2.6.2. TOFHLA: Test of Functional Health Literacy Adults (Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

Parker ve arkadaşları tarafından 1995 yılında hastanelerde yaygın olarak kullanılan hasta eğitim, ilaç etiketleri ve kullanım talimatları, hasta onam formları, ve hastane kayıt formlarından yararlanılarak geliştirilmiştir. Bireylerin olağan okuryazarlık düzeylerinin yanı sıra sağlık sistemini anlayıp doğru iletişim kurma becerilerini de değerlendirmektedir. Bu ölçek kişilerin sözel anlama becerilerini ölçen 50 ve sayısal becerilerini ölçen 17 madde olmak üzere toplamda 67 maddeden oluşmaktadır.^{35,60} Sözel bölümde bireylerin sağlık sisteminde var olan kısa metinleri içeren gerçek materyalleri okuması istenmekte olup bunun sonucunda bireylerin okuduğunu ne ölçüde anlayabildiği ortaya konmaktadır. Bu bölüm zorluk derecesi giderek artan boşluk doldurma cümlelerinin yer aldığı 3 paragraftan oluşmaktadır. Paragraflardaki her yedi kelimededen beşincisi çıkarılmış olup, bireylerden verilen 4 seçenekten en uygun olanını boşluğa yerleştirilmesi istenir. Seçeneklerden doğru olmayan 3'ü seçenek birbirine benzer olup, ya dil bilgisi kurallarına uymamakta ya da cümlenin anlam bütünlüğünü bozmaktadır. Bu bölümde her doğru cevap için 1 puan verilir. Sözel bölümden alınacak puanlar 0-50 arasında değişmektedir.³⁵ Bu ölçeğin sayısal bölümü; bireylerin ilaç kullanım talimatlarını, kan şekeri düzeyleri gibi laboratuvar işlemlerini ve randevu kartlarındaki bilgileri değerlendirebilmeleri gibi konuları test eder. Bu bölümün amacı

bireylerin sağlık profesyonellerince kendisine verilen sayısal verileri ne derece anladığını ve uyguladığını belirlemektir. Sayısal bölüm hastanelerde kullanılan randevu kartları, ilaç şişelerinin etiketleri kullanılarak 17 maddeden oluşturulmuştur. Etiketli ilaç şişeleri ve bilgi kartları sunulan bireylerin kartları okumaları sağlanarak bunlarla ilgili sorular sorulur ve her doğru cevap 1 puan olarak değerlendirilir. Sayısal bölümden alınan puanlar ağırlıklandırılarak toplam puan hesaplanır. Böylece alınacak puanlar 0-50 arasında değişir. Daha sonra sözel ve sayısal bölümden alınan puanlar toplanarak TOFHLA'dan alınan puan hesaplanır. Alınan puanlar 0 – 100 arasında değişmekte olup puan arttıkça SOY düzeyi artmaktadır.³⁵ TOFHLA'nın cevaplanması yaklaşık 20-25 dakika sürmektedir.

2.2.6.3. Health Literacy Screening Questionnaire (Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi)

Chew ve arkadaşları tarafından 2004 yılında SOY'yu kısa sürede değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Beşli Likert tipi ((0=Asla, 4=Her zaman)) 3 sorudan oluşan anketten alınan puanlar arttıkça SOY düzeyi azalmaktadır.⁶⁷

2.2.6.4. Single Item Literacy Screener (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)

Morris ve arkadaşları tarafından 2006 yılında, bireylerin yazılı SOY düzeylerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. “Doktorunuz veya eczanenizden verilen sağlık talimatları, broşürler veya diğer yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?” şeklinde, beşli Likert tipinde (1= Asla, 5=Her zaman) tek maddeden oluşan ölçüm aracından ikiden fazla puan alanların testi pozitif kabul edilir ve “yazılı sağlık materyallerini okumakta zorlanma var” olarak değerlendirilir.⁶⁸

2.2.6.5. NVS: The Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği)

Weiss ve arkadaşları tarafından 2005 yılında SOY düzeyini kısa sürede belirlemek amacıyla geliştirilen bir ölçektir. Altı sorudan oluşan bu ölçekte bir dondurma besin etiketi SOY ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Bireylerin hem okuma, anlama hem de hesap yapma becerilerini ölçmektedir. Her doğru cevap 1 puan olarak

değerlendirilir. Bu ölçekten alınacak puanlar 0-6 arasında değişmekte olup puan arttıkça SOY düzeyi artmaktadır. NVS'nin uygulama süresi yaklaşık 3-6 dakika sürmektedir.⁶⁹

2.2.7. Sağlık Okuryazarlığında Halk Sağlığı Yaklaşımı

Bir hastalık veya sağlık probleminin halk sağlığı problemi olarak kabul edilebilmesi için sorun toplumdaki birçok bireyi etkilemeli ve gelecekte de etkilemeye devam etmelidir. Bu etkilenme mortalite, morbidite, yaşam kalitesi açısından bir yük oluşturma şeklindedir. Bazı dezavantajlı grupları daha fazla etkilemeli ve sorunla ilgili önleyici stratejiler geliştirilebilmelidir.^{70,71} Sağlık okuryazarlığının toplumu etkilediği, dezavantajlı grupların daha fazla etkilendiği, önlenebilir bir problem olduğu ve bu konuda bireylerin yapabilecekleri olduğu açıktır.

Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığının sağlığın en kritik belirleyicilerinden olduğu bilinmesine rağmen bu konunun halk sağlığı yönünden ihmal edildiği düşünülmektedir.⁷² Nutbeam, sağlık okuryazarlığını tanımladığı modelde iki farklı yaklaşım önermiştir. Birincisi “klinik risk”, diğeri halk sağlığı bakış açısıyla oluşturulmuş “bireysel yarar” yaklaşımıdır. Bireysel yarar yaklaşımında sağlık eğitimi vurgulanır. Başlangıcını halk sağlığı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, yetişkin eğitimi ve iletişim kavramlarından alan bu yaklaşım insanların sağlık bilgisine erişimini geliştirerek ve bu bilgiyi etkin kullanma potansiyelini artırarak sağlık okuryazarlığını güçlendirmede önem kazanmıştır.

Gelişmiş ülkelerde 1970'lerde sağlıklı yaşam tarzı oluşturarak bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek amacıyla yapılan sağlık eğitim programlarının toplumda sadece yüksek eğitimli ve ekonomik durumu iyi olanlarda işe yaradığı görülmüş ve sağlıklı yaşam tarzı oluşturmada ekonomik, sosyal ve çevresel etkilerin de göz önünde bulundurulması gerektiğinin farkına varılmıştır.²⁶ Nutbeam'e göre bir toplumda sağlık okuryazarlığını geliştirme, sağlık bilgilerinin iletiminden daha fazlasını gerektirir.³²

Toplumun bilgi düzeyini geliştirme toplum tabanlı eğitimlerle sağlanabilir. Sorensen ve ark'larının kavramsal modelinde sağlık okuryazarlığı sadece klinik değil, halk sağlığı bakış açısıyla da ele alınmış ve sağlık okuryazarlığının “sağlık bakımı”, “hastalıkları önleme” ve “sağlığı geliştirme” alanlarında bireyin güçlendirilmesi ile ilişkili bir değer olduğu belirtilmiştir. Modelde sağlık okuryazarlığı bu alanlarla ilişkili 12 boyutta ele alınmıştır.

“Sağlık bakım” alanı ile ilgili dört boyut;

- (1) Tıbbi bilgilere ulaşma becerisi,
- (2) Tıbbi bilgileri anlama becerisi,
- (3) Tıbbi bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi ve
- (4) Tıbbi konularda karar verme becerisidir.

“Hastalıkların önlenmesi” alanı ile ilgili dört boyut

- (5) Risk faktörleri ile ilgili bilgilere ulaşma becerisi,
- (6) Risk faktörleri ile ilgili bilgileri anlama becerisi,
- (7) Risk faktörleri ile ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi ve
- (8) Risk faktörlerinin ilgisi konusunda hüküm verme becerisidir.

“Sağlığın geliştirilmesi” alanı ile ilgili dört boyut ise

- (9) Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleme becerisi,
- (10) Sağlıkla ilgili bilgileri anlama becerisi,
- (11) Sağlık ile ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi ve
- (12) Sağlıkla ilgili konularda düşünce geliştirme becerisi olarak ele alınmıştır.⁷²

2.2.8. Sağlık Okuryazarlığı ve Gebelik

Gebenin eğitimi, kadının ve bebeğinin sağlığı için önemlidir. Maternal sağlık okuryazarlığının prenatal bakım ve gebelik sonuçlarına etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek gebelerin daha erken ve daha sık prenatal bakım aldıkları belirtilmektedir. Aynı çalışmada sağlık okuryazarlığı yüksek gebelerin hematokrit düzeyi, demir ve folik asit kullanımı, doğum tercihleri, gebelikte ağırlık artışı ve emzirme konularında da sağlık okuryazarlığı düşük gebelerden farklı oldukları gösterilmiştir.⁷³ Sağlık okuryazarlığının gebeliğe hem anne hem de bebek açısından doğrudan etkisi olacaktır. Gebeliği sebebiyle sağlık sistemini ilk kez kullanan kadının SOY düzeyi sistemi ne kadar kullanabileceğini etkileyecektir. Gebenin sağlıkla ilgili temel bilgileri anlama, kullanma, kendisi ve bebeği için uygun sağlık kararları verebilme becerisi sağlık okuryazarlık düzeyinden etkilenmektedir.⁷⁴ Gebenin SOY düzeyinin bilinmesi, verilecek tedaviyi anlama ve uygulamalarını sağlamak için önceliklidir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan gebelerin sağlıkla ilgili konuları, kavrama düzeylerinin bilinmesi sorunu tanımlayarak, gebelere verilecek olan sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin etkinliğini artmasını sağlayacaktır. Böylece daha iyi sağlık bilgisine

sahip gebeler hayat tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek kendilerinin, ailelerinin sağlığını iyileştirecek davranışlara yönelecektir. Gebelik dönemi kadının sağlık hizmetlerinden en sık yararlandığı ve sağlıkla ilgili bilgi ve davranışları öğrenmeye açık olduğu bir dönem olduğundan sağlık okuryazarlık düzeyini artırmada bu dönem fırsat olarak görülmelidir.

2.2.9. Sağlık Okuryazarlığı ve Annelik

Dünyada her gün yaklaşık 800 kadın gebelik ve doğumla ilişkili olarak önlenebilir sebeplerle hayatını kaybetmektedir. Kadınların en azından ilköğretimi bitirmiş olmaları bu ölümlerin % 66 oranında azalacağı anlamına gelmektedir. Aynı şekilde çocukların sağlığını ve hayatta kalmasını etkileyecek ucuz ve etkili önlemlerin uygulanabilirliği annelerin öğrenim düzeyi ile ilişkilidir.¹⁸ Ülkemizde de kadınların okuryazarlığı hala önemli bir sorundur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 sonuçlarına göre bebek ve çocuk ölümlülüğünün annelerin öğrenim düzeyi ile ilişkili olduğu görülmektedir.⁷⁵

SOY düzeyi ile ilgili bir çalışmada sağlık okuryazarlığı iyi düzeyde olan annelerin kontrol grubuna göre daha az prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdukları, yenidoğan ölümlerinin daha az olduğu ve anne sütüyle besleme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁷⁶ Kadının okuryazarlık düzeyinin antenatal bakım alma, sağlık kuruluşunda doğum yapma, çocukluk dönemi aşıları hakkında bilgi ile ilişkisi gösterilmiştir.^{30,77}

Kadınların sağlık davranışlarının aile bireylerinin sağlık durumları üzerinde önemli etkisi olduğundan kadınlar, toplum sağlığını geliştirmede kilit role sahip bireylerdir.

2.3 Gebelik ve Yenidoğanla ilgili bazı tanımlamalar

2.3.1. Gebelik

Yumurta ile spermin birleşmesi sonucu meydana gelen zigotun uterusu yerleşmesi ile başlayan obstetrik olarak 40, embriyolojik olarak 38 hafta süren fizyolojik bir süreçtir. Gebelik anne vücudunda fizyolojik, psikolojik ve biyokimyasal pek çok değişikliklere neden olur. Döllenmeden hemen sonra başlayan ve gebelik

boyunca devam eden bu değişiklikler hem annenin hem de fetüsün sağlığını sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik ve fizyolojik uyumu sağlamak amacıyla gerçekleşir.^{78,79}

2.4.Yenidoğan

2.4.1. Düşük doğum ağırlığı ve Prematürite

Düşük doğum ağırlığı (DDA) ve prematürite neonatal mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmektedir. 37 haftadan önce doğmuş bebekler prematür, 2500 gr altında doğan infantlar DDA olarak tanımlanmaktadır. Prematürite ve düşük doğum ağırlığı genelde birlikte görülmekle birlikte, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %40'ı 37. haftada ya da daha sonra doğmaktadır.⁸⁰ Infantların doğum zamanı ve doğumdaki kilosu kısa ve uzun vadede gelişimsel sonuçlar için en güçlü göstergedir.⁸¹

Prematür ve düşük doğum ağırlıklı infantların uzun vadede kognitif bozukluklar, motor gelişimde gecikmeler, konuşmada gecikme ve artmış oranda dikkat eksikliği, davranışsal problemler ve psikolojik problemler yaşadıkları çalışmalarda gösterilmiştir.⁸²⁻⁸³ 32-36 haftalık ya da 1500-2500 gr doğmuş çocuklar bile risk altında olup kognitif bozukluklar, mental gelişimde gerilik ve düşük IQ, hafıza problemleri, problemler yaygın olarak görülmektedir.⁸⁴⁻⁸⁷

2.4.2. APGAR

Dr. Virginia Apgar 1952'de 1. dakikada yenidoğanın klinik durumunu değerlendirmek ve solunumun sağlanması için acil girişim gerekliliğini tespit etmek amacıyla bir skorlama sistemi geliştirmiştir. Daha çok sayıda hastayı inceleyen ikinci çalışma 1958'de yayınlanmıştır. Bu skorlama sistemi doğumdan sonra bebeklerin standart şekilde değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Apgar skoru her biri 0, 1 ve 2 puan alabilen beş bileşenden oluşmaktadır:

1)renk; 2)kalp hızı; 3)refleksler; 4)kas tonusu ve 5) solunum.⁸⁸

Apgar skoru, siyanoz, solukluk, bradikardi, uyaranlara refleks yanıtlarda azalma, hipotoni, apne ve iç çekme tipi solunum gibi yenidoğan sıkıntısının klinik bulgularını

belirtmektedir. Bu skor doğumdan sonra tüm bebeklerde 1. ve 5. dakikada, 7'den düşük puanı olan bebeklerde ise 20 dakikaya kadar her 5 dakikada bir hesaplanır.⁸⁸

Apgar skorunu; 7-10 ise güven verici, 4-6 ise orta derecede anormal ve 0-3 ise düşük şeklinde tanımlamaktadır.⁸⁸

Bu çalışmanın amacı; Adana ili Seyhan ilçesindeki devlet hastanesinde doğum yapmış gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmek ve anne ile yeni doğan açısından sağlık sonuçlarını değerlendirmektir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Adana Türkiye' nin güneyinde Doğu Akdeniz Bölgesinde yer almaktadır. 14.000 km² toprakları Akdeniz kıyılarından kuzeye doğru, Torosların güney yamaçlarına kadar uzanır. Doğusunda Osmaniye, Gaziantep ve Kahramanmaraş, kuzeyinde Kayseri, kuzeybatısında Niğde, batısında Mersin ve güney doğusunda Hatay ile komşudur. Adana ili göç alıp veren bir il olup, genellikle Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesinden göç almaktadır. 2016 yılı verilerine göre net göç hızı -‰ 4,21 ile göç veren bir ildir. Bölgede yazlar sıcak ve kurak, kışları ılık ve yağışlı olan Akdeniz iklimi hâkimdir. Adana-Mersin bölgesinde (TR62) 2016 yılında 15-64 yaş için işsizlik oranı % 10,5, işgücüne katılım oranı % 54,3 ve istihdam oranı % 48,6 dir. Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaştaki istihdam edilenlerin oranı %46,3 olup bu oran kadınlarda ise %28'dir.⁸⁹



Şekil 1. Adana ilçeleri haritası

Adana ilinin Seyhan, Yüreğir, Çukurova, Sarıçam ve Karaisalı olmak üzere 5 merkez ilçesi bulunmaktadır.(şekil 1) Adana nüfusunun % 79,8'i merkez ilçelerde ikamet etmektedir.

Adana il merkezinde doğum yapılan 3 devlet hastanesi, 2 üniversite hastanesi ve 10 özel hastane olmak üzere toplamda 15 hastane bulunmaktadır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Adana ili Seyhan ilçesindeki Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesinde yeni doğum yapmış kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve bunun anne ile yenidoğan sağlığına etkilerini belirlemeyi amaçlayan kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Adana il merkezindeki Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesinde doğum yapmış kadınlar evrenimizi oluşturmaktadır. Adana ilindeki hastanelerde 2016 yılında toplam 40.103 doğum gerçekleşmiş ve bunun 25.513 Seyhan İlçesinde gerçekleşmiş olup bizim hastanemizin doğum sayısı 11.852'dir.(tüm doğumların %29.53'ü) Popülasyon büyüklüğü olarak 11.852 rakamı kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı prevalansı %30, hata payı % 5 alınarak % 95 güvenilirlik ile 315 bulundu.400 kadına ulaşılmış olup çalışmaya katılmayı kabul eden 345 kadın çalışmaya dâhil edildi. Çalışmamızda okuma yazması olmayan, Türkçe bilmeyen ve sağlık çalışanı olan kadınlar çalışmaya dâhil edilmedi.

3.4. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler

- Sağlık okuryazarlığı

3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

Çalışmanın bağımsız değişkenleri şu şekilde değerlendirilmiştir,

- Yaş: Doğum tarihine göre tamamlanan yıl sayısı
- Öğrenim durumu: Mezun olunan okula göre okuryazar/ ilköğretim mezunu /lise ve üzeri okul mezunu daha sonra eğitim almış ve almamış şeklinde tekrar gruplandı.
- Çalışma durumu: Düzenli gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre çalışıyor/ çalışmıyor
- Akraba evliliği: evet /hayır
- Evlilik süresi
- Hamilelik öncesi boy ve kilo sorularak hesaplanan beden kitle indeksi
- Gebelikte kilo alımı
- Planlı gebelik: evet /hayır
- Gebelik süresindeki izlem sayısı
- Doğum şekli,
- Bebeğin doğum ağırlığı,
- Doğum zamanı
- Yoğun bakım ihtiyacı
- APGAR skoru
- Gebelikte egzersiz
- Gelir algısı: Gelirim giderimden fazla/gelirim giderime eşit/gelirim giderimden az
- Sosyal güvence: yok/var
- Kronik hastalık varlığı: Düzenli olarak ilaç kullanımını gerektiren hastalık varlığı (var/ yok)
- Tütün ürünü kullanımı: Sigara, nargile, elektronik sigara ya da benzeri tütün ürünü kullanımı var (düzenli olarak günde en az 1 adet kullanıyorum)/yok
- Alkol kullanma durumu: var/yok
- Kafein tüketimi
- Bitki çayı tüketimi
- Daha önce gebelikle ilgili bir eğitimi alma durumu (evet ise nerden): evet/hayır
- Sağlık algısı: iyi/orta/kötü
- Sağlık konusunda ilk başvuru yeri: Aile hekimi/devlet hastanesi/diğer

- Sağlık kurumuna başvuru sıklığı: Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle bir sağlık kuruluşuna ayda ortalama kaç kez başvurduğu (ayda 1 veya daha az /ayda 2/ ayda 3 ve daha sık)
- Kitap okuma sıklığı: hiç okumam/ara sıra/sıklıkla

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan, Adana Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden alınan izinler ve Adana Halk Sağlığı Müdürlüğünden alınan bilgiler ile 2018 Ocak-Temmuz ayları arasında toplandı. Veri toplamaya başlamadan önce ön anket uygulaması yapılarak işlemeyen sorular değiştirildi ve bu anketler veri setine dâhil edilmedi. Anketler doğum yapmış olup ilk 24 saati içinde olan tüm kadınlara hastane ortamında yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Veriler hastane ortamında toplanırken hasta yakınları odalardan çıkarılarak doğum yapmış kadınlarla birebir görüşüldü. Anket verileri toplanmadan önce kişilere araştırma ve amacı konusunda bilgilendirilme yapıldı ve elde edilecek verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağı konusunda güvence verilerel yazılı onam alındı. Araştırmayı kabul eden kadınlara sosyo-demografik özellikler, gebelik ve sağlık bilgileri ile yenidoğan bilgilerini içeren anket formu ve sağlık okuryazarlık ölçeği uygulandı.

3.7. Anket Formu

Araştırmada veri toplama aracı olarak doğum yapmış kadınların sosyo-demografik özelliklerini, kadınların gebelik ve sağlık bilgilerini, yenidoğanın sağlık bilgileri ile sağlık okuryazarlığı ölçeğini içeren anket formu kullanıldı.

3.7.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Yönelik Sorular

Anketin bu bölümünde katılımcıların eğitim, çalışma durumu, medeni durum, nikâh türü, ilk evlenme yaşı, evlilik süresi, akraba evliliği varlığı, gelir durumları, sağlık güvencesi varlığı belirlendi. Çalışmamızda gelir getirici herhangi bir işte aktif olarak çalışanlar “çalışıyor” olarak kabul edildi. Gebelerden eş ve çocukları ile yaşayanlar

“çekirdek tipi aile”, eş ve çocuklarının yanısıra anne, baba, kardeş ve/veya evli çocukları ile yaşayanlar “geniş aile” yapısına sahip olarak tanımlandı.

3.7.2. Katılımcıların Gebelik ve Sağlık Bilgileri

Anketin gebelik bilgileri bölümünde gebeliğinin planlı olup olmadığı ve katılımcıların gebelik öyküsü soruları yer almaktadır.

Anketin anne sağlık durumu bilgileri başlığında; annenin gebelik öncesi kilosu, boyu, gebelik süresince kaç kilo aldığı, prenatal izleme başlama haftası ve toplam prenatal izlem sayısı, gebelik öncesinde kronik hastalık öyküsü, gebelikte ve öncesinde sigara, alkol ve madde kullanımı sorgulandı. Alkol ve madde kullanımında gebelik boyunca bir kere bile kullanmış olma yeterli kabul edildi. Düzenli olarak günde en az 1 adet sigara içenler ‘sigara içiyor’ olarak kabul edildi.⁹⁰

Bu çalışmada gebelerin kendisinde hekim tanımlı DM, HT, astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), serebro-vasküler hastalık, koroner arter hastalığı, depresyon ve anksiyete gibi herhangi bir kronik hastalık varlığı “kronik hastalık öyküsü var” olarak kabul edildi.

Düzenli olarak her gün 300 mg’dan daha fazla kafein tüketenler “aşırı kafein tüketimi var” olarak kabul edildi.(1 çay bardağı siyah çay \approx 20 mg, 1 fincan türk kahvesi \approx 60 mg kafein içerir)⁹¹

Bazı bitki çaylarının uterusu kasıcı etkisi olabildiği için gebelerin bu bitki çaylarını tüketip tüketmediği sorgulandı.⁹²

Bu çalışmada günde en az 20 dakika ve haftada en az üç gün olacak şekilde yürüyüş yapan gebeler, gebeliğe uyarlanmış pilates yapanlar, haftada en az 3 gün, günde 20 ile 40 dakika yüzenler veya hafif ve orta şiddette aerobik yapanlar ‘düzenli egzersiz’ yapıyor olarak değerlendirildi.⁹³

Prenatal izleme başlama zamanı gebeliğin ilk 14 haftası içinde olanlar zamanında izleme başlamış, toplam izlem sayısı 4 ve üzerinde olanlar yeterli izlem almış olarak sınıflandı.⁹⁴

Annenin gebelik öncesi beden kitle indeksi(BKİ) hesaplanarak gebelikte alması gereken kilo aralığı belirlendi. Zayıf olan kadınların (BKİ<18,5) gebelikte 12,5-18,0 kg, normal ağırlıkta olanların (BKİ:18,5-24,9) gebelikte 11,5-16,0 kg, hafif şişman olanların (BKİ: 25,0-29,9) gebelikte 7,0-11,5 kg, şişman ve obez olanların ise (BKİ \geq 30,0) gebelikte 6,0 kg alması beklenmektedir. Bu aralıklar dışında kilo almı olan kadınlar, gebelikte yetersiz/uygunsuz kilo almış olarak sınıflandı.⁹⁵

3.7.3.Yenidoğan Bilgileri

Anketin bu bölümde katılımcının doğum şekli, kaç haftalık doğum yaptığı, doğumu erken gerçekleştiyse nedeni, bebeğin cinsiyeti, bebeğin doğum ağırlığı, 1. ve 5. dk APGAR skoru, bebeğin yoğun bakım ihtiyacı olup olmadığı sorgulandı. Bu bölümdeki bilgiler hasta dosyasından veya hastanenin bilgi sistemden alındı. Apgar skoru 7-10 arasında normal, <7 düşük kabul edildi.⁸⁹

3.7.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32(TSOY-32)

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçümünde, geçerlilik ve güvenilirliği T.C.Sağlık Bakanlığı ile Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması” ile belirlenmiş Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı (Cronbach Alfa) 0.927 olarak saptanmıştır.

Ölçek 32 sorudan oluşmakta olup, katılımcılar her bir soruda geçen konular için zorluk derecesine göre beşli Likert ölçeğine göre çok kolay/kolay/zor/çok zor/fikrim yok cevaplarından birini işaretlemişlerdir. Analiz aşamasında ters kodlama yapılacaktır. Böylelikle sorularda çok kolay (1) yanıtı verenler daha yüksek puan alırken, çok zor (4) yanıtı verenler daha düşük sağlık okuryazarlığı puanı alacaktır. Bu hesaplama sonrasında, sıfır en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

$$\text{İndeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/3)$$

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

Matris bileşenleri için indeks puanı hesaplaması ilgili soruların en az %80'inin cevaplandığı durumlar için yapılmıştır.⁹⁶

Veriler tekrar gruplandırılıp değerlendirilme yaparken yetersiz ve sorunlu SOY grubunu birleştirip düşük SOY, yeterli ve mükemmel SOY grubunu birleştirip yüksek SOY olarak grupladık. Yeterli ve yetersiz sözcükleri kavram karışıklığına yol açabileceği için düşük ve yüksek sözcükleri kullanıldı.

3.8. Verilerin Analizi

Katılımcılara uygulanan ankette çok yanıt seçeneği olan sorularda değişkenler istatistik analizler için tekrar gruplandırıldı. İstatistiksel analiz olarak; verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları ki-kare testi, Fisher's exact testi, Linear- by-Linear association, likelihood ratio yapıldı.

İstatistiksel analiz için SPSS 25.0 for Windows paket programı kullanıldı ve P değerinin $<0,05$ olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın belirli sınırlılıkları bulunmaktadır.

Çalışma hastanede doğum yapan kadınlara uygulandı. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre Akdeniz bölgesinde gerçekleşen doğumların % 100'ü sağlık kurumlarında gerçekleştiği ifade edilse de evde doğum yapmış olma olasılığı bulunan kadınlar araştırmaya alınamadı.

Çalışma sahada değil il merkezinde bulunan tek bir hastanede yapıldı. Doğumlar yüksek oranda hastanelerde gerçekleştiğinden dolayı bu seçimin İl merkezinde bulunan doğum yapmış kadınları temsil edeceğinden ayrıca çalışmaya katılmayı reddetme oranını düşürmek ve yenidoğan ile ilgili eksiksiz, hafıza biasına yer vermeden veri toplamak amacıyla araştırmanın hastanede yapılmasına karar verildi.

Araştırma eğitim düzeyi düşük olan bireylerde soruların anlaşılmasında ve cevaplanmasında sorun olmuştur.

3.10. Araştırmanın Bütçesi

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Biriminden TTU-2018-10380 no'lu araştırmamıza proje fonu alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Özellikleri

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların en küçüğü 18, en büyüğü 43 yaşında olup yaş ortalaması $27,54 \pm 5,86$ ve ortancası 26,0 yaştı. Katılımcıların % 10,7'si (37) 18-19 yaş grubunda, % 31,6'sı (109) 20-24 yaş grubunda, % 28,7'si (99) 25-29 yaş grubunda, % 17,7'si (61) 30-34 yaş grubunda, % 11,3'ü (39) ise 35-43 yaş grubunda bulunmaktaydı. (Tablo 1)

Kadınların % 4,6'sı (16) ilköğretim eğitimini tamamlamamışken, % 71,9'u (248) ilköğretim eğitimini tamamlamıştı, % 23,5'i (81) lise ve üzeri bir okuldan mezun olmuştu. Araştırmaya katılanların % 9,6'sı (33) gelir getiren bir işte çalışırken, % 90,4'ü (312) ev hanımıydı. Yaşadıkları yer özellikleri yönünden incelendiğinde ise katılımcıların % 42,9 (148)'u köylerde, % 57,1 (197)'i ise kent merkezinde yaşamaktaydı. Araştırmaya katılanların % 66,1'i (228) sosyal güvenlik kurumu (SGK) na sigortalı, % 18,6'sı (64) yeşil kartlı iken, % 15,4'ü (53) sigortasızdı. Katılımcıların % 64,9 (224)'unun maddi geliri giderine eşitken % 12,5 (43)'inin geliri giderinden fazla, % 22,6 (78)'sının geliri giderinden azdı. Katılımcıların aile tipleri değerlendirildiğinde; % 80,6'sı (278) çekirdek aile % 19,4'ü (67) geniş aileye sahipti. Katılımcılardan % 71,9 (248)'unun annesi okula gitmemiş, % 21,2 (78)'si ilköğretim % 7'si (24) ise ortaokul mezunu idi. (Tablo 1)

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Özellikler	N	%
Yaş	18-19 yaş	37	10,7
	20-24 yaş	109	31,6
	25-29 yaş	99	28,7
	30-34 yaş	61	17,7
	35-43 yaş	39	11,3
Eğitim durumu	İlköğretimi bitirmemiş	16	4,6
	İlköğretim mezunu	248	71,9
	Lise ve üzeri okul mezunu	81	23,5
Çalışma durumu	Çalışan	33	9,6
	Ev hanımı	312	90,4
Yaşadığı yer	Köy	148	42,9
	Kent	197	57,1
Sağlık Güvencesi	Sigortası yok	53	15,4
	Yeşil kart	64	18,6
	Sigortası var	228	66,1
Maddi gelir	Gelir giderden fazla	43	12,5
	Gelir gidere eşit	224	64,9
	Gelir giderden az	78	22,6
Aile tipi	Çekirdek aile	278	80,6
	Geniş aile	67	19,4
Büyükanne Eğitim Durumu*	Okula gitmemiş	248	71,9
	İlkokul	73	21,1
	Ortaokul ve üzeri	24	7,0
Toplam		345	100

*Çalışmaya katılan kadının annesinin eğitim durumu

4.1.2. Katılımcıların Evlilik Özellikleri

Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında; % 89,6'sının (309) resmi nikâhı varken, resmi nikâhı olmayanların oranı % 10,4(36)'tı. Katılımcıların ilk evlilik yaşı en küçük 15 en büyük 34, ortalama $20,54 \pm 3,92$, ortancası 20 yaştı. Katılımcıların % 25,5'i (88) akraba evliliği yapmıştı. Kadınlar en az 1 yıl en çok 25 yıldır evli olup ortalama evlilik süresi $7,07 \pm 5,28$ yıl, ortancası 5 yıldır. (Tablo 2)

Tablo 2. Katılımcıların Evlilik Özellikleri

	Özellikler	N	%
Nikâh durumu	Resmi nikâh yok	36	10,4
	Resmi nikâh var	309	89,6
İlk evlilik yaşı	18 yaş altı	87	25,2
	18 yaş ve üstü	258	74,8
Akraba evliliği	Yok	257	74,5
	Var	88	25,5
Evlilik süresi (yıl)	1-5	183	53,0
	6-10	88	25,5
	11-15	45	13,0
	16-20	20	5,8
	21-25	9	2,6
Toplam		345	100

4.2. Katılımcıların Genel Sağlık Durum Algıları ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri

Katılımcıların %56,5'i(195) genel sağlık durumunu iyi olarak tarif ederken %38,3'ü(132)orta, %5,2'si ise kötü olarak değerlendirdi. Düzenli ilaç kullanımını gerektirecek bir hastalığı olanlar %6,1 (21)'di. Bunların 11'i hipertansiyon (HT), 6'sı diyabetes mellitus (DM), 4'ü ise astım hastasıydı. Katılımcılar kendileri ile ilgili bir sağlık problemi ile karşılaştıklarında %53 'ü(183)kendi kendine geçmesini beklerken %47 'si (162) doktora başvuruyordu.(Tablo3)

Katılımcıların %76,5'i (264) hamile kalmadan önce kendi sağlık problemleri ile ilgili acile ayda bir veya daha az sayıda başvuruyordu. %2,4' ü(8) ise 3 veya daha fazla sayıda başvuruyordu. Katılımcıların %80,6'sı (278) ilk başvuru sağlık kurumu olarak aile sağlığı merkezini(asm) tercih etmekteydi. (tablo 3)

Tablo 3. Katılımcıların Genel Sağlık Durumu Algısı ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri

	Özellikler	N	%
Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?	İyi	195	56,5
	Orta	132	38,3
	Kötü	18	5,2
Düzenli ilaç kullanımını gerektiren (kronik) hastalık	Var	21	6,1
	Yok	324	93,9
Hastalığın türü	Hipertansiyon	11	3,2
	Diyabetes mellitus	6	1,7
	Astım	4	1,2
Kendi sağlık Problemine ilk tepkisi	İhmal	183	53,0
	Doktora başvurma	162	47,0
Acile başvuru sayısı	≤1	264	76,5
	2	73	21,2
	≥3	8	2,4
İlk başvuru sağlık kurumu	Asm	278	80,6
	Diğer	67	19,4
Toplam		345	100

4.3. Katılımcıların Gebelik Özellikleri

Annelerin gebelikte kilo alımları, her bir annenin BKİ'ye göre alması gereken kilo miktarı aralığı belirlendi. Bu aralıkta kilo alımı var ise uygun, bu aralık dışında az veya çok kilo alımı varsa uygunsuz olarak sınıflandı. Gebeliğinde uygunsuz kilo alımı olan kadınların oranı % 57,4(198)'tü. Kadınların % 8,7'si (30) ilk izlemine geç başlamış, % 7,2'si (25) ise yetersiz prenatal izlem almıştır. Kadınların %63,52'si(219) izlemlerini asmlerde aile hekimlerince almışlardır. %35,5'i(126) ise kadın doğum uzmanı tarafından takip edilmiştir. Kadınların %89,3'nün(308) gebeliği plansızdır.(Tablo4)

Tablo 4. Katılımcıların Gebelik Özellikleri

	Özellikler	N	%
Kilo alımı	Uygun	147	42,6
	Uygunsuz	198	57,4
İlk izlem	İlk 14 hafta içinde	315	91,3
	Geç izlem	30	8,7
Toplam izlem	Yeterli >4	320	92,8
	Yetersiz	25	7,2
Doğum öncesi İzlemi nerede kim yaptı?	Kadın doğum uzmanı /Diğer	126	36,5
	Aile hekimi/Asm	219	63,5
Gebelik planlı mı?	Hayır	308	89,3
	Evet	37	10,7
Toplam		345	100

Katılımcıların %64,9'u(224) gebeliklerinde düzenli demir ve vit D kullanmıştı. %69,3(239)'ü ise ilk 3 ay düzenli folik asit kullanmıştı. %87,7'si(268) tetanoz aşısını zamanında yaptırmıştı. %51,6(178) kadın gebelik süresince gebelik ile ilgili eğitim almıştı.%6,08 (21) kadın gebelikte sigara içmeye devam etmişken çalışmamızda gebeliğinde alkol ve uyuşturucu madde kullanan yoktu. Gebeliğinde günde 300mg üstü

kafein alan ise %15,9(55)idi. Kadınların %71,3 ‘ü(246) ise gebeliklerinde yeşil çay, nane çayı gibi uterusda kontraksiyon yapan bitki çaylarını içmeye devam etmişti. (Tablo 5)

Tablo 5. Katılımcıların Gebelik Özellikleri Devam(n:345)

	N	%
Gebelikte vitamin D kullanan	224	64,9
Gebelikte düzenli demir kullanan	224	64,9
İlk 3 ay folik asit kullanan	239	69,3
Tetanoz aşısını zamanında yaptıran	268	77,7
Gebelikte ilgili eğitim alan	178	51,6
Gebelikte sigara kullanan	21	6,08
Gebeliğinde uygunsuz kafein kullanımı	55	15,9
Gebelikte alkol kullanan	0	0
Gebelikte uyuşturucu madde kullanımı olan	0	0
Gebelikte Tokolitik etkili bitki çaylarını içmeye devam eden	246	71,3

4.4. Yenidoğanın Doğum şekline, Doğum Zamanına, Doğum Ağırlığına, APGAR Skoruna ve Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Dağılımları

Katılımcıların %62,9’u(217)normal vajinal yolla doğum yapmıştır. Doğumların %9,3’ü erken doğumdur. Yenidoğanların %91,9’u 2500 gramın üzerinde , %8,1’i 2500 gramın altındaydı. Yenidoğanların %4,6’sının (16) 1.dk ,%3,2 ‘sinin(11) 5.dk APGAR skorları düşüktü. %14,5(50) yenidoğanın yoğunbakım ihtiyacı olmuştu. Yenidoğanların %83,8’(289)i anne sütü almıştı.(Tablo6)

Tablo 6. Yenidoğanın Doğum şekline, Doğum Zamanına, Doğum Ağırlığına, APGAR Skoruna ve Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Dağılımları

	Özellikler	N	%
Doğum şekli	NVD	217	62,9
	C/S	128	37,1
Erken doğum	Evet	32	9,3
	Hayır	312	90,7
Doğum ağırlığı	<2500 gr	28	8,1
	≥2500 gr	317	91,9
APGAR 1.dk skoru	Normal	326	95,4
	Düşük	16	4,6
APGAR 5.dk skoru	Normal	334	96,8
	Düşük	11	3,2
Yoğun bakım ihtiyacı	Oldu	50	14,5
	Olmadı	295	85,5
Bebek anne sütü	Alıyor	289	83,8
	Almıyor	56	16,2
Toplam		345	100

4.5. Katılımcıların Kitap Okuma Sıklıkları

Katılımcıların %64,3'ü(222)hiç bir şey okumadığını söylerken ,%29,9'u(103)ara sıra okuduğunu,%5,8'i(20)ise düzenli okuma alışkanlığı olduğunu belirtti.(Tablo7)

Tablo 7. Katılımcıların Kitap Okuma Sıklığı

Kitap okuma sıklığı	N	%
Hiç	222	64,3
Arasıra	103	29,9
Sık sık	20	5,8
Toplam	345	100

4.6. Katılımcıların Bazı Davranış Özellikleri ve BKİ sınıflamaları

Katılımcıların %68,7'si(237) normal kiloda, %4,6'sı(16) zayıf , %26,7'si (92) kiloluydu. Kadınların %58,3'ü(201) doğumdan sonra etkili bir doğum kontrol yöntemi kullanacağını beyan etti. Kadınların menstürel siklusa göre doğru gebe kalma zamanını bilen %28,1(97)'di. Kadınların %7,8'i(27) hayatlarında en az 1 kere pap smear testi yaptırmıştı. %24,6'sı (85)düzenli meme muayenesi yapmaktaydı. Kendi sağlık problemlerine ilk tepkileri %53'ü(183)ihmal iken %47'si (162)hekime gitmekteydi. Katılımcıların %42,9'u(148) ambalajlı bir gıda almadan önce etiketinin tamamını okumaktayken %43,6'sı(150) sadece son kullanma tarihine bakarken %13,6'si (47)hiç etiketine bakmamaktaydı.(Tablo8)

Tablo 8. Katılımcıların Bazı Davranış Özellikleri ve BKİ Sınıflamaları

	Özellikler	N	%
BKİ	Zayıf	16	4,6
	Orta	237	68,7
	Kilolu	92	26,7
Etkili Doğum Kontrol Yöntemi	Kullanmayacak	144	41,7
	Kullanacak	201	58,3
Doğru gebe kalma Zamanını Bilme	Evet	97	28,1
	Hayır	253	71,9
Pap smear testi yaptırmış olma	Evet	27	7,8
	Hayır	318	92,2
Meme muayenesi	Düzenli yapıyorum	85	24,6
	Yapmıyorum	260	75,4
Kendi sağlık Problemine İlk tepki	İhmal	183	53,0
	Hekime gitme	162	47,0
Ambalajlı bir gıda Almadan önce	Etiketini okur içeriğine bakarım	148	42,9
	Son kullanma tarihine bakarım	150	43,5
	Etiketine bakmam	47	13,6
Toplam		345	100

4.7. Katılımcıların SOY a göre dağılımları

Katılımcıların %69,3'ü (239) yetersiz SOYa sahiptir.%14,5'i(50) sorunlu SOY ,%9,6'sı(33) yeterli ,%6,7'si (23) ise mükemmel SOY a sahiptir.

Tablo 9. Katılımcıların SOY a Göre Dağılımları

SOY	N	%
Yetersiz	239	69,3
Sorunlu	50	14,5
Yeterli	33	9,6
Mükemmel	23	6,7
Toplam	345	100

4.8. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı durumları

Yeterli ve mükemmel SOY en yüksek 30 yaş üstü ve en az 25-29 yaş arasındadır ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır. Anne eğitimi ile SOY oranları ilişkisi olup lise ve üzeri annelerde mükemmel SOY oranı en yüksektir. SOY çalışma durumuyla da alakalı olup çalışanlarda mükemmel SOY ev hanımlarından anlamlı derecede daha yüksektir. Mükemmel SOY kentte yaşayanlarda köyde yaşayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Sosyal güvencesi olmayanlarda yetersiz SOY oranı anlamlı olarak daha yüksektir. SOY maddi gelirle ilişkili olup gideri gelirinden fazla olan ailedeki kadınlarda mükemmel SOY sıfır çıkmıştır. Geniş ailede yaşayanlarda yetersiz ve sınırlı soy oranları anlamlı olarak daha yüksektir. Katılımcının annesinin eğitim durumu SOY la ilişkili olup eğitim durumu arttıkça SOY yükselmektedir ve bu anlamlıdır.(Tablo10)

Tablo 10. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumları

	Sağlık		Okuryazarlığı								P
	Yetersiz		Sınırlı		Yeterli		Mükemmel		Toplam		
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^b	
Yaş											
≤24	92	73,0	14	11,1	14	11,1	6	4,8	126	36,5	0,003*
25-29	70	79,5	18	20,5	0	0	0	0	88	25,5	
≥30	77	58,8	18	13,7	19	14,5	17	13,0	131	38,0	
Eğitim											
Eğitimsiz	14	87,5	2	12,5	0	0	0	0	16	4,6	0,000*
İlköğretim	187	75,4	28	11,3	29	11,7	4	1,6	248	71,9	
Lise ve üstü	38	46,9	20	24,7	4	4,9	19	23,5	81	23,5	
Meslek											
Ev hanımı	218	69,9	50	16,0	32	10,3	12	3,8	312	90,4	0,001*
Çalışan	21	63,9	0	0	1	3,0	11	33,3	33	9,6	
Yaşadığıyer											
Köy	114	77,0	14	9,5	14	9,5	6	4,1	148	42,9	0,020**
Kent	125	63,5	36	18,3	19	9,6	17	8,6	197	57,1	
Sosyal güvence											
Sgk	154	67,5	38	16,7	19	8,3	17	7,5	228	66,1	
Yeşilkart	38	59,4	10	15,6	12	18,8	4	6,3	64	18,6	0,005**
Yok	47	88,7	2	3,8	2	3,8	2	3,8	53	15,4	
Maddi gelir											
Gelir fazla	24	55,8	2	4,7	6	14	11	25,6	43	12,5	
Gelir gider eşit	159	71,0	33	14,7	20	8,9	12	5,4	224	64,9	0,000*
Gider fazla	56	71,8	15	19,2	7	9,0	0	0	78	22,6	
Aile tipi											
Çekirdek	192	69,1	35	12,6	28	10,1	23	8,3	278	80,6	0,004**
Geniş	47	70,1	15	22,4	5	7,5	0	0	67	19,4	
Büyüanne eğitim durumu											
Eğitimsiz	229	92,3	11	4,4	8	3,2	0	0	248	71,9	0,000 *
İlkokul	10	13,7	37	50,7	23	31,5	3	4,1	73	21,2	
Ortaokul ve üstü	0	0	2	8,3	2	8,3	20	83,3	24	7,0	
Toplam										345	

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *Linear- by- Linear assosiation, **likelihood ratio

Veriler tekrar gruplandığında; 30 yaş üstü kadınlarda, eğitim görmüş kadınlarda ,çalışan kadınlarda, ailesinin maddi gelirini yeterli olarak sınıflandıran kadınlarda ,çekirdek aildedeyaşayanlarda ve annesi eğitim almış kadınlarda SOY anlamlı olarak daha yüksektir.Yaşınalan yer ve sosyal güvence bu gruplamamızda anlamlı bir fark oluşturmadı .(Tablo11)

Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumları

	Sağlık		Okuryazarlığı		Toplam	P	
	Düşük		Yüksek				
	N	% ^a	N	% ^a			
Yaş							
<30	194	90,7	20	9,3	214	62,0	0,000*
≥30	95	72,5	36	27,5	131	38,0	
Eğitim							
Eğitimsiz	16	100,0	0	0,0	16	4,6	0,016**
Eğitimli	273	83,0	56	17,0	329	95,4	
Meslek							
Ev hanımı	268	85,9	44	14,1	312	90,4	0,001*
Çalışan	21	63,6	12	36,4	33	9,6	
Yaşadığıyer							
Köy	128	86,5	20	13,5	148	42,9	0,235*
Kent	161	81,7	36	18,3	197	57,1	
Sağlık Güvencesi							
Var	240	82,2	52	17,8	292	84,6	0,062*
Yok	49	92,5	4	7,5	53	15,4	
Maddi gelir							
Yeterli	218	81,6	49	18,4	267	77,4	0,048*
Yetersiz	71	91,0	7	9,0	78	22,6	
Aile tipi							
Çekirdek	227	81,7	51	18,3	278	80,6	0,030*
Geniş	62	92,5	5	7,5	67	19,4	
Büyükanne öğrenimi							
Eğitimsiz	240	96,8	8	3,2	248	71,9	0,000*
Eğitimli	49	50,5	48	49,5	97	28,1	
Toplam					345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi , *Pearson Chi-Square, **likelihood ratio

4.9. Katılımcıların düzenli kitap okuma sıklıklarının Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkisi

Kitap okuma sıklığı SOY la ilişkili olup düzenli kitap okuma alışkanlığı olanlarda mükemmel SOY oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu.(Tablo12)

Tablo 12. Kadınların Düzenli Kitap Okuma Sıklıklarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu

	Sağlık		Okuryazarlığı				Toplam	P			
	Yetersiz		Sınırlı		Yeterli				Mükemmel		
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a			N	% ^b	
Hiç	160	72,1	31	14,0	29	13,1	2	0,9	222	64,3	0,000*
Arasıra	71	68,9	16	15,5	4	3,9	12	11,7	103	29,9	
Düzenli	8	40,0	3	15,0	0	0	9	45,0	20	5,8	
Toplam									345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi , *likelihood ratio

Verileri tekrar grupladığımızda kitap okuyan ve okumayanlar arasında SOY açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 13. Kadınların Düzenli Kitap Okuma Sıklıklarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu

	Sağlık		Okuryazarlığı		Toplam	p	
	Düşük		Yüksek				
	N	% ^a	N	% ^a			
Okumayan	191	86,0	31	14,0	222	64,3	0,125*
Okuyan	98	79,7	25	20,3	123	35,7	
Toplam					345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi ,*Pearson Chi Square

4.10. Katılımcıların evlilik özellikleri Sağlık Okuryazarlığı ilişkisi

⁹⁶Sadece dini nikâh yaptırıp resmi nikâhları olmayan kadınlarda yetersiz soy oranı daha yüksek olup, mükemmel SOY anlamlı olarak daha düşüktür 18 yaşından küçük evlenenlerde yetersiz SOY daha yüksektir fakat bu istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Karı-koca arasında evlenmeden önce akrabalık olduğu durumlarda yetersiz ve sorunlu SOY oranları daha yüksektir.(tablo14)

Tablo 14. Katılımcıların Evlilik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu

	Sağlık Okuryazarlığı						Mükemmel	Toplam	P		
	Yetersiz		Sınırlı		Yeterli						
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a				N	% ^b
Nikah											
Resmi	207	67,0	48	15,5	31	10,0	23	7,4	309	89,6	0,013*
Dini	32	88,9	2	5,6	2	5,6	0	0	36	10,4	
İlk Evlilik yaşı											
<18	65	74,7	12	13,8	8	9,2	2	2,3	87	25,2	0,198*
≥18	174	67,4	38	14,7	25	9,7	21	8,1	258	74,8	
Akraba Evliliği											
Evet	64	72,7	7	8,0	13	14,8	4	4,5	88	25,5	0,045*
Hayır	175	68,1	43	16,7	20	7,8	11	7,4	257	74,5	
Toplam									345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio

Verileri tekrar grupladığımızda nikâh türü SOY açısından anlamlı iken, ilk evlilik yaşı ve akraba evliliği il arasında anlamlı bir fark bulunmadı.(Tablo15)

Tablo 15. Katılımcıların Evlilik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu

	Sağlık		Okuryazarlığı				P
	Düşük		Yüksek		Toplam		
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	
Nikah							
Resmi	255	82,5	54	17,5	309	89,6	0,045**
Dini	34	94,4	2	5,6	36	10,4	
İlk evlilik yaşı							
<18	77	88,5	10	11,5	87	25,2	0,110*
≥18	212	82,2	46	17,8	258	74,8	
Akrabalık							
Evet	71	80,7	17	19,3	88	25,5	0,363*
Hayır	218	84,8	39	15,2	257	74,5	
Toplam							

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio**fisher's Exact Test

4.11. Katılımcıların genel sağlık durumu algısı ve sağlık hizmeti kullanım özelliklerinin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi

Sağlık durumunu orta ve kötü olarak belirtenler arasında SOY düzeyi yetersiz olanların oranı çok yüksekti ve çalışmaya katılanlarda sağlık durumunu orta veya kötü olarak ifade edenlerde hiç mükemmel SOY çıkmadı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Düzenli ilaç kullanımını gerektirecek hastalığı olanlarda sorunlu SOY oranı çok yüksek, yeterli ve mükemmel SOY oranı sıfırdı ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır. Kendi sağlık problemlerine ilk tepki olarak ihmal ve kendi kendine geçmesini bekleyen katılımcılarda yetersiz SOY oranı çok yüksektir ve yeterli ve mükemmel SOY oranı sıfırdır ve bu anlamlıdır. Hastanelerin Acil bölümüne gebelikten önce ayda ortalama 3 veya daha fazla başvuranların tamamı yetersiz SOY'a sahiptir. Yetersiz SOY a sahip olanlar arasında ilk başvuruda aile sağlığı merkezi (asm) ye başvuranların sayısı daha yüksektir.(tablo 16)

Tablo 16. Katılımcıların Genel Sağlık Durumu Algısı ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi

	Sağlık		Okuryazarlığı								Test
	Yetersiz		Sınırlı		Yeterli		Mükemmel		Toplam		
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^b	
Sağlık durumu											
İyi	104	53,3	37	19,0	31	15,9	23	11,8	195	56,5	0,000*
Orta	119	90,2	13	9,8	0	0	0	0	132	38,3	
Kötü	16	88,9	0	0	2	11,1	0	0	18	5,2	
Kronik Hastalık											
Evet	8	38,1	13	61,9	0	0	0	0	21	6,1	0,000*
Hayır	231	71,3	37	11,4	33	10,2	23	7,1	324	93,9	
Sağlık problemine ilk tepki											
İhmal	176	96,2	7	3,8	0	0	0	0	183	53	0,000*
Hekime gitme	63	38,9	43	26,5	33	20,4	23	14,2	162	47	
Başvuru sayısı											
≤1	177	67,3	36	13,7	27	10,3	23	8,7	263	76,2	0,000*
2	54	73,0	14	18,9	6	8,1	0	0	74	21,4	
≥3	8	3,3	0	0	0	0	0	0	8	2,3	
İlk başvuru kurum											
Asm	211	75,9	28	10,1	22	7,9	17	6,1	278	80,6	0,000*
Diğer	28	41,8	22	32,8	11	16,4	6	9,0	67	19,4	
Toplam									345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio

Veriler tekrar gruplandığında ilaç kullanmayı gerektirecek bir kronik hastalığı olmayanlarda, sağlık problemi oluşunda hekime başvuranlarda ve acil servise hamileliğinden önce ayda ortalama 1 veya daha az sayıda başvuranlarda SOY daha yüksek bulundu. Sağlık problemlerinde ilk asmye başvuranlarda ise SOY daha düşük bulundu. Sağlık durumunu iyi–orta veya kötü olarak değerlendiren katılımcılar arasında SOY açısından anlamlı bir fark bulunmadı.(Tablo17)

Tablo 17. Katılımcıların Genel Sağlık Durumu Algısı ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi

	Sağlık		Okuryazarlığı				P
	Düşük		Yüksek		Toplam		
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	
Sağlık durumu							
İyi-orta	237	83,5	54	16,5	327	94,8	0,526**
Kötü	16	88,9	2	11,1	18	5,2	
Kronik Hastalık							
Evet	21	100	0	0	21	6,1	0,006**
Hayır	268	82,7	56	17,3	324	93,9	
Sağlık Problemine İlk Tepki							
İhmal	183	100,0	0	0	183	53,0	0,000*
Hekime gitme	106	65,4	56	34,6	162	47,0	
Acile Başvuru sayısı/Ayda							
≤1	213	81,0	50	19,0	263	76,2	0,012*
>1	76	92,7	6	7,3	82	23,8	
İlk başvuru kurum							
Asm	239	86,0	39	14,0	278	80,6	0,031**
Diğer	50	74,6	17	25,4	67	19,4	
Toplam							

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, Pearson Chi-Square **likelihood ratio

4.12. Katılımcıların Gebelik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkisi

Kadınların BKİ lerine göre almaları gereken kiloyu hesaplayıp altında ve üstündekileri uygunsuz olarak nitelendirdiğimiz grup ve uygun kilo alımının olduğu grupta SOY açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İlk izlemine yaptırmakta geç kalmayan kadınlarda ve yeterli sayıda izlem yaptıran kadınlarda yeterli ve mükemmel SOY oranları anlamlı olarak daha yüksektir. Gebe takipleri için asm ve aile hekimlerine giden kadınlarda yetersiz SOY oranı anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Planlı olarak gebe kalan kadınlarda SOY düzeyi daha yüksektir.(tablo18)

Tablo 18. Annelerin Gebelikteki Kilo Alımına, Gebelik İzlemlerine ve Gebelik Planına Göre Gebelikteki Sağlık Okuryazarlığı Dağılımları

	Sağlık Okuryazarlığı						Mükemmel	Toplam	P		
	Yetersiz		Sınırlı		Yeterli						
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a				N	% ^b
Kilo alımı											
Uygun	98	66,7	27	18,4	10	6,8	12	8,2	147	42,6	0,120*
Uygunsuz	141	71,2	23	11,6	23	11,6	11	5,6	198	57,4	
İlk izlem											
İlk 14 hafta	213	67,6	46	14,6	33	10,5	23	7,3	315	91,3	0,009*
Geç izlem	26	86,7	4	13,3	0	0	0	0	30	8,7	
Toplam izlem											
Yeterli>4	216	67,5	48	15,0	33	10,3	23	7,2	320	92,8	0,11*
Yetersiz	23	92,0	2	8,0	0	0	0	0	25	7,2	
İzlemi yapan											
Kadın doğum Uzmanı	56	44,4	28	22,2	23	18,3	19	15,1	126	36,5	0,000*
Aile hekimi	183	83,6	22	10,0	10	4,6	4	1,8	219	63,5	
Planlı gebelik											
Hayır	223	72,4	35	11,4	31	10,1	19	6,2	308	89,3	0,000*
Evet	16	43,2	15	40,5	2	5,4	4	10,8	37	10,7	
Toplam									345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio

Verileri tekrar grupladığımızda ilk izlemini ilk 14 hafta içinde yaptıran kadınlarda ve yeterli sayıda izlem yaptıran kadınlarda SOY anlamlı olarak daha yüksek bulundu. İzlemlerini asmlerde aile hekimlerine yaptıran kadınlarda ise SOY anlamlı olarak daha düşük bulundu. Gebeliğin planlı olması ve gebelikte BKİ 'ye göre uygun kilo almış olmanın SOY ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.(Tablo19)

Tablo 19. Annelerin Gebelikteki Kilo Alımına, Gebelik İzlemlerine ve Gebelik Planına Göre Gebelikteki Sağlık Okuryazarlığı Dağılımları

	Sağlık		Okuryazarlığı				P
	Düşük		Yüksek		Toplam		
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^b	
Kilo alımı							
Uygun	125	85,0	22	15,0	147	42,6	0,583**
Uygunsuz	164	82,8	34	17,2	198	57,4	
İlk izlem							
İlk 14 hafta	259	82,2	56	17,8	315	91,3	0,001*
Geç izlem	30	100	0	0	30	8,7	
Toplam izlem							
Yeterli>4	264	82,5	56	17,5	320	92,8	0,020*
Yetersiz	25	8,7	0	0	25	7,2	
İzlemi yapan							
Kadın doğum Uzmanı	84	66,7	42	33,3	126	36,5	0,000**
Aile hekimi	205	93,6	14	6,4	219	63,5	
Planlı gebelik							
Hayır	258	83,8	50	16,2	308	89,3	0,998**
Evet	31	83,8	6	16,2	37	10,7	
Toplam					345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio, **Pearson Chi-Square

Çalışmaya katılan kadınlardan düzenli Dvit kullandığını söyleyenler aynı zamanda demirde kullandığını belirttiler. Fakat düzenli Dvit ve demir kullanımı çalışmamızda SOY açısından bir farklılık oluşturmadı. Aynı şekilde folik asit kullanımında SOY açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadı. Gebelikte ilgili eğitim alan kadınlarda SOY anlamlı derecede yüksek bulundu Tetanoz aşısı olanlarda mükemmel SOY oranı daha yüksekti. (tablo20)

Tablo 20. Katılımcıların Gebelik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkisi

Sağlık Okuryazarlığı											
	Yetersiz		Sınırlı		Yeterli		Mükemmel		Toplam		P
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^b	
Dvit											
Kullanan	155	69,2	31	13,8	19	8,5	19	8,5	224	64,9	0,213*
Kullanmayan	84	69,4	19	15,7	14	11,6	4	3,3	121	35,1	
Demir											
Kullanan	155	69,2	31	13,8	19	8,5	19	8,5	224	64,9	0,213*
Kullanmayan	84	69,4	19	15,7	14	11,6	4	3,3	121	35,1	
Folik asit											
Kullanan	163	68,2	42	17,6	17	7,1	17	7,1	239	69,3	0,14*
Kullanmayan	76	71,7	8	7,5	16	15,1	6	5,7	106	30,7	
Tetanoz aşısı											
Olan	191	71,3	34	12,7	22	8,2	21	7,8	268	77,7	0,040*
Olmayan	48	62,3	16	20,8	11	14,3	2	2,6	77	22,3	
Gebelik Eğitimi											
Almayan	142	85	10	6	0	0	15	9	167	48,4	0,000*
Alan	97	54,5	40	22,5	33	18,5	8	4,5	178	51,6	
Toplam										345	

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio**Linear-by-Linear Association

Verileri tekrar grupladığımızda Dvit, demir preparatı ve folik asit kullanımının ve gebelikte tetanoz aşısı yaptırmış olmanın SOY açısından bir farklılık oluşturmadığı bulundu. Gebelik süresince gebelikle ilgili eğitim almak ise SOY ile anlamlı olarak ilişkili bulundu.(Tablo21)

Tablo 21. Katılımcıların Gebelik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkisi

	Sağlık		Okuryazarlığı				P
	Düşük		Yüksek		Toplam		
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^b	
Dvit							
Kullanan	186	83,0	38	17,0	224	64,9	0,616*
Kullanmayan	103	85,1	18	14,9	121	35,1	
Demir							
Kullanan	186	83,0	38	17,0	224	64,9	0,616*
Kullanmayan	103	85,1	18	14,9	121	35,1	
Folik asit							
Kullanan	205	85,8	34	14,2	239	69,3	0,129*
Kullanmayan	84	79,2	22	20,8	106	30,7	
Tetanoz aşısı							
Olan	225	84,0	43	16,0	268	77,7	0,860*
Olmayan	64	83,1	13	16,9	77	22,3	
Gebelik Eğitimi							
Almayan	152	91,0	15	9,0	167	48,4	0,000*
Alan	137	77,0	41	23,0	178	51,6	
Toplam					345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *Pearson Chi Square

4.13. Katılımcıların Sağlıklı Hayat Biçimi Davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi

Gebelikte sigara kullanımı SOY açısından anlamlı bir fark oluşturmadı. Gebelikte önerilen kafein değerinin üzerinde kafein kullananlarda yeterli ve mükemmel SOY değeri uygun miktarda tüketenlere göre daha düşüktür. Gebeliklerinde yeşil çay, nane çayı gibi tokolitik özelliği olan bitki çaylarını içmeyi bırakanlarda mükemmel SOY oranı anlamlı şekilde daha yüksekti. Gebeliğinde egzersiz yapan kadınlarda mükemmel SOY anlamlı olarak daha yüksekti.(Tablo22)

Tablo 22. Katılımcıların Sağlıklı Hayat Biçimi Davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi

	Sağlık Okuryazarlığı						Mükemmel	Toplam	P		
	Yetersiz		Sınırlı		Yeterli						
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a				N	% ^b
Sigara											
Kullanan	12	57,1	4	19,0	3	14,3	2	9,5	21	6,08	0,683*
Kullanmayan	227	70,1	46	14,2	30	9,3	21	6,5	324	93,02	
Kafein											
Uygun	204	70,3	32	11,0	33	11,4	21	7,2	290	84,1	0,000*
Uygunsuz	35	63,6	18	32,7	0	0	2	3,6	55	15,9	
Bitki çayı											
İçen	202	82,1	25	10,2	15	6,1	4	1,6	246	71,3	0,000*
İçmeyen	37	37,4	25	25,3	18	18,2	19	19,2	99	28,7	
Egzersiz											
Evet	3	5,7	12	22,6	18	34,0	20	37,7	53	19,7	0,000*
Hayır	137	63,4	63	29,2	13	6,0	3	1,4	216	80,3	

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio**Linear-by-Linear Association

Verileri tekrar grupladığımızda kafeinli gıdaları uygun tüketenlerde, tokolitik etkili bitki çaylarını tüketmeyenlerde ve düzeni egzersiz yapanlarda SOY anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Çalışmamızda sigara kullanımını ile SOY arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.(Tablo23)

Tablo 23. Katılımcıların Sağlıklı Hayat Biçimi Davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi

	Sağlık		Okuryazarlığı		P		
	Düşük		Yüksek			Toplam	
	N	% ^a	N	% ^a		N	% ^b
Sigara							
Kullanan	16	76,2	5	23,8	21	6,08	0,331 **
Kullanmayan	273	84,3	51	15,7	324	93,02	
Kafein							
Uygun	236	81,4	54	18,6	290	84,1	0,002*
Uygunsuz	53	96,4	2	3,6	55	15,9	
Bitki çayı							
İçen	227	92,3	19	7,7	246	71,3	0,000**
İçmeyen	62	62,6	37	37,4	99	28,7	
Egzersiz							
Evet	15	28,3	38	71,7	53	19,7	0,000**
Hayır	200	92,6	16	7,4	216	80,3	

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio**Peason Chi-Square

4.14. Yenidoğanın Doğum Şekli, Doğum Zamanı, Doğum Ağırlığı, APGAR Skoru ve Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu

Çalışmamızda sorunlu-sınırlı SOY sezeryanla doğum yapanlarda daha yüksekti. Onun dışındaki alt gruplarda oranlar normal vajinal doğum(NVD) ve sezeryan (C/S) açısından benzerdi. Erken doğum yapanlarda yetersiz SOY oranı daha yüksekti fakat bu istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bebeğin doğum ağırlığı SOY açısından anlamlı bir fark yaratmadı. Çalışmamızda APGAR 1dk ve 5dk.sokuru düşük olan bebeklerin hepsinin annesi yetersiz SOY'a sahipti. Yoğun bakım ihtiyacı olan yenidoğanların ise annelerinin yetersiz SOY'a sahip olma yüzdesi anlamlı olarak daha yüksekti. Bebeğin anne sütü alma durumu SOY açısından anlamlı bir farklılık yaratmadı.(tablo 24)

Tablo 24. Yenidoğanın Doğum Şekli, Doğum Zamanı, Doğum Ağırlığı, APGAR Skoru ve Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu

	Sağlık		Okuryazarlığı							P	
	Yetersiz		Sınırlı		Yeterli	Mükemmel		Toplam			
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N		% ^b
Doğum şekli											
NVD	158	72,8	17	7,8	23	10,6	19	8,8	217	62,9	0,000*
C/S	81	63,3	33	25,8	10	7,8	4	3,1	128	37,1	
Erken doğum											
Evet	26	81,3	4	12,5	0	0	2	6,3	32	9,3	0,065*
Hayır	213	68,1	46	14,7	33	10,5	21	6,7	313	90,7	
Doğumağırlığı											
<2500	23	82,1	3	10,7	0	0	2	7,1	28	8,1	0,085*
≥2500	216	68,1	47	14,8	33	10,4	21	6,6	317	91,9	
APGAR1.DK											
Normal	223	67,8	50	15,2	33	10,0	23	7,0	329	95,4	0,007*
Düşük	16	6,7	0	0	0	0	0	0	16	4,6	
APGAR5.Dk											
Normal	228	68,3	50	15,0	33	9,9	23	6,9	334	96,8	0,041*
Düşük	11	4,6	0	0	0	0	0	0	11	3,2	
Yoğunbakımıihtiyacı											
Oldu	40	80,0	6	12,0	4	8,0	0	0	50	14,5	0,036*
Olmadı	199	67,5	44	14,9	29	9,8	23	7,8	295	85,5	
Bebek anne sütü											
Alıyor	199	68,9	40	13,8	29	10,0	21	7,3	289	83,8	0,552*
Almıyor	407	1,4	10	17,9	4	7,1	2	3,6	56	16,2	
Toplam									345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio**Linear-by-Linear Association

Verileri tekrar grupladığımızda NVD yapanlarda SOY daha yüksek bulundu. Erken doğum yapmış olmak ve doğum ağırlığı ile SOY arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. APGAR 1.dk ve APGAR 5.dk skorları düşük olan bebeklerin annelerin SOY düzeyi düşük bulundu. Bebeğin yoğun bakım ihtiyacı ve anne sütü alıyor olmasıyla kadınların SOY düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.(Tablo 25)

Tablo 25. Yenidoğanın Doğum Şekli, Doğum Zamanı, Doğum Ağırlığı, APGAR Skoru ve Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu

	Sağlık		Okuryazarlığı				P
	Düşük		Yüksek		Toplam		
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^b	
Doğum şekli							
NVD	175	80,6	42	19,4	217	62,9	0,041**
C/S	114	89,1	14	10,9	128	37,1	
Erken doğum							
Evet	30	93,8	2	6,3	32	9,3	0,075*
Hayır	259	82,7	54	17,3	313	90,7	
Doğumağırlığı							
<2500	26	92,9	2	7,1	28	8,1	0,136*
≥2500	263	83,0	54	17,0	317	91,9	
APGAR1.DK							
Normal	273	83,0	56	17,0	329	95,4	
Düşük	16	100,0	0	0	16	4,6	0,016*
APGAR5.Dk							
Normal	278	83,2	56	16,8	334	96,8	0,046*
Düşük	11	100,0	0	0	11	3,2	
Yoğunbakım ihtiyacı							
Oldu	46	92,0	4	8,0	50	14,5	0,066*
Olmadı	243	82,4	52	17,6	295	85,5	
Bebek anne sütü							
Alıyor	239	82,7	50	17,3	289	83,8	0,201*
Almıyor	50	89,3	6	10,7	56	16,2	
Toplam					345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio**Pearson Chi-Square

4.15. Katılımcıların Sağlık Davranış Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi

Kadınların gebelik öncesi beden kütle indeksi(BKİ) ile SOY arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Gebelikten önce zayıf olanlarda mükemmel SOY daha yüksekti. Gebe kalma zamanını doğru bilenlerde mükemmel SOY oranı daha yüksek bulundu. Doğumdan sonra etkili bir doğumkontrol yöntemi kullanacağını belirten kadınlarda mükemmel SOY daha yüksek, yetersiz SOY daha düşüktü. Pap smear testi yaptırmayan kadınlarda anlamlı olarak yetersiz SOY oranı daha yüksek bulundu. Düzenli meme muayenesi yapan kadınlarda mükemmel SOY daha yüksek oranda bulundu. Ambalajlı gıda aldığıında etiketini hiç okumayan veya sadece son kullanma tarihine bakanlarda yetersiz SOY etiketin tamamını okuyanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu.(tablo26)

Tablo 26. Katılımcıların Sağlık Davranış Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi

		Sağlık Okuryazarlığı									
		Yetersiz		Sınırlı		Yeterli		Mükemmel		Toplam	P
		N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^b
BKİ											
Zayıf	6	37,5	2	12,5	6	37,5	2	12,5	16	4,6	0,000*
Orta	172	72,6	37	15,6	11	4,6	17	7,2	237	68,7	
Kilolu	61	66,3	11	12,0	16	17,4	4	4,3	92	26,7	
Doğumdan sonra etkili bir doğum kontrol yöntemi											
Kullanmayacak	115	79,9	17	11,8	8	5,6	4	2,8	144	41,7	0,001*
Kullanacak	124	61,7	33	16,4	25	12,4	19	9,5	201	58,3	
Doğru gebe kalma zamanını											
Bilen	80	82,5	6	6,2	0	0	11	11,3	97	28,1	0,000*
Bilmeyen	159	64,1	44	17,7	33	13,3	12	4,8	248	71,9	
Pap smear											
Yaptıran	8	29,6	3	11,1	5	18,5	11	40,7	27	7,8	0,000*
Yaptırmayan	231	72,6	47	14,8	28	8,8	12	3,8	318	92,2	
Meme muayenesi											
Yapan	54	63,5	5	5,9	15	17,6	11	12,9	85	24,6	0,000*
Yapmayan	185	71,2	45	17,3	18	6,9	12	4,6	260	75,4	
Ambalajlı bir gıda almadan önce											
Etiketini okuyan	71	48,0	32	21,6	22	14,9	23	15,5	148	42,9	0,000*
Son kullanma tarihine bakan	128	85,3	14	9,3	8	5,3	0	0	150	43,5	
Etiketini bakmayan	40	85,1	4	8,5	3	6,4	0	0	47	13,6	
Toplam									345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio**Linear-by-Linear Association

Veriler tekrar gruplandığında gebelikten önce zayıf olanlarda, pap smear testi yaptırmış olanlarda, kendi kendinmem muayenesi yapanlarda ve ambalajlı bir ürün aldığımda etiketine bakankarda SOY düzeyi daha yüksek bulundu. Doğru gebe kalma zamanını bilme ile SOY arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Doğumdan sonra etkili bir doğum kontrol yöntemi kullanacağını söyleyenlerde SOY daha yüksek bulundu.(Tablo27)

Tablo 27. Katılımcıların Sağlık Davranış Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi

	Sağlık		Okuryazarlığı				P
	Düşük		Yüksek		Toplam		
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^b	
BKİ							
Zayıf	8	50,0	8	50,0	16	4,6	0,000**
Normal	209	88,2	28	11,8	237	68,7	
Kilolu	72	78,3	20	21,7	92	26,7	
Doğumdan sonra etkili bir doğum kontrol yöntemi							
Kullanmayacak	132	91,7	12	8,3	144	41,7	0,001**
Kullanacak	157	78,1	44	21,9	201	58,3	
Doğru gebe kalma zamanını							
Bilen	86	88,7	11	11,3	97	28,1	0,123**
Bilmeyen	203	81,9	45	18,1	248	71,9	
Pap smear							
Yaptıran	11	40,7	16	59,3	27	7,8	0,000**
Yaptırmayan	278	87,4	40	12,6	318	92,2	
Meme muayenesi							
Yapan	59	69,4	26	30,6	85	24,6	0,000**
Yapmayan	230	88,5	30	11,5	260	75,4	
Ambalajlı bir gıda almadan önce							
Etiketini okuyan	245	82,2	53	17,8	298	86,4	0,030*
Etiketini bakmayan	44	93,6	3	6,4	47	13,6	
Toplam					345		

^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi, *likelihood ratio**Pearson Chi-Square

5. TARTIŞMA

Çalışmanın amacı Adana ili Seyhan İlçesindeki bir devlet hastanesinde yeni doğum yapmış kadınlarda sağlık okuryazarlığı durumu ve anne ile yenidoğan üzerindeki sağlık sonuçlarını araştırmaktır.

TNSA 2013 verilerine göre Akdeniz bölgesinde 15-49 yaş kadınların eğitim düzeyleri % 12,4 eğitimsiz/ilkokulu bitirmemiş, % 37,1'i ilkokul, % 23,5 ortaokul, % 27,0'si lise ve üzeri eğitime sahipti.⁹⁷ Araştırmamıza katılanların eğitim düzeyleri Akdeniz bölgesine göre düşük olduğu tespit edildi. Çalışmamız tek merkezde yapıldığından ve çalışma yapılan hastanenin hitap ettiği bölge insanının sosyoekonomik düzeyi Adana geneline göre dezavantajlı olduğundan bu beklenen bir sonuçtu. SOY düzeyi ve eğitim birbirini besleyen bir kısır döngü olduğundan ve anneler gelecek nesilleri yetiştiren ailenin anahtar bireyi olduğundan özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerdeki kadınların okuryazarlık ve SOY düzeyinin bilinmesi problemin boyutunu tespit etmek açısından önceliklidir. Araştırmaya katılanların % 9,6'sı bir işte çalışırken, % 90,4'ü ev hanımı idi. TNSA 2013 verilerine göre Akdeniz bölgesinde 15-49 yaş grubundaki kadınlar % 25,1'i çalışmaktadır.⁹⁷ Çalışmamıza katılan kadınların çalışma oranı da bölgeye göre düşük olduğu tespit edildi. Çocuk sahibi olmanın ve gebelik durumunun çalışma üzerinde etkisi olduğundan çalışanların oranının düşük olması beklenen bir durumdur.

Türkiye'de 20-29 yaş arası evlenmiş kadınların yaklaşık % 45'i gebeliği önleyici yöntem kullanmaya çocukları olmadan başlamış, % 34'ü ise bir çocuk sahibi olduktan sonra ilk kez gebeliği önleyici bir yöntem kullanmışlardır. Etkili yöntem kullanımı da ilk doğumdan sonra artış göstermiştir.⁹⁷ Bizim çalışmamızda ise kadınların gebeliklerinin sadece %10,7 'si planlı gebelikti ve doğumdan sonra etkili bir yöntem kullanacağını söyleyen kadın oranı %58,3 'dür. Yüksek çıkmasının nedeni bi önceki gebeliklerin plansız olma oranının çok yüksek olması olabilir.

DSÖ'ye göre dünyada her yıl yaklaşık 140 milyon kadının doğum yapmakta ve hergün 830 kadının ise gebelik, doğum ve lohusalık ile ilgili önlenebilir nedenlerle hayatını kaybetmektedir. Bebek ölümleride zaman içerisinde azalmış ancak istenilen düzeye inmemiştir.⁹⁸ Önlenebilir nedenlerle meydana gelen anne ve bebek ölümlerinin en aza indirilebilmesi ve sağlanan başarının sürdürülebilmesi için doğum öncesinde ve

sonrasında sunulan sağlık hizmetlerden yeterli ve etkili şekilde yararlanılabilmesi önemlidir ve bu kadınların SOY düzeyinin yüksek olması ile mümkündür.⁹⁹

Gebelik ve doğum kadın için(özellikle sokyoeconomik yönden dezavantajlı kadınlar) sağlık hizmetleriyle belki de ilk kez karşılaştığı ve sağlık hizmetlerinden en sık yararlandığı ve sağlıkla ilgili bilgi ve davranışları öğrenmeye açık olduğu bir dönemdir. SOY düzeyini artırmada bu dönem fırsat olarak görülmelidir. Bu sebeple kadının sağlık okuryazarlık düzeyinin bilinmesi gereklidir. Yeni doğum yapmış kadınların SOY düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada %69,3'ü yetersiz SOY a sahipti. %14,5'isorunlu SOY ,%9,6'sı yeterli ,%6,7'si ise mükemmel SOY a sahipti. Adnan Menderes Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı'nın birlikte yürüttüğü Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması sonuçlarına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığının %13,1'inde yetersiz; %39,6'sında sorunlu, %32,9'unda yeterli, %14,5'inde mükemmel düzeyde olduğu tespit edilmiştir.¹¹ Pirdal ve arkadaşlarının Türkiye'de gebeler üzerinde yaptıkları çalışma yeterli SOY düzeyini %86,7 bulmuşlardır. Rosliza ve Muhamad tarafından Malezya'da yapılan iki farklı çalışmada yüksek SOY düzeyleri belirlenirken, Kawasaki ve Ohnishi tarafından Paraguay'da yapılan iki farklı çalışmada ise gebelerin SOY düzeylerinin de düşük olduğu rapor edilmiştir.^{75,100-102} Kadınlarda sağlık davranışı ve sağlık bilgisinin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada yetersiz ve sınırda sağlık okuryazarlık düzeyi % 29 olarak bulunmuştur.¹⁰³ Kohan ve ark çalışmalarında çoğunluğu 20-28 yaş aralığında ve 28 haftanın üzerinde gebeliği olan 150 kadını değerlendiren çalışmada gebelerin % 34'ünün sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bulunmuştur.⁷⁴ Farklı etnik kökene sahip 529 kadınla yapılan başka bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlık düzeyi % 40 bulunmuştur.¹⁰⁴ Literatürde farklı sonuçların bildirilmesinin nedenlerinden birisi genel olarak kabul görmüş bir ölçüm aracını olmaması ve çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarının değerlendirilmelerinin farklı olması olabilir. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan daha düşük SOY oranı saptanması nedeni tek merkezli bir çalışma olması ve Adana'daki doğumların büyük kısmının gerçekleştiği hastane olmasına rağmen konum olarak sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi daha dezavantajlı vatandaşlara hizmet vermesi olabilir. Sağlık okuryazarlığı kavramı bireylerin yaşadıkları yerin kültürel özellikleri, sosyal yapısı ve

sağlık sistemi ile etkileşim halindedir. Sağlığın belirleyicilerinden birisi olan çevresel faktörlerin, doğrudan veya dolaylı olarak sağlık üzerine etkisi olduğu açıktır.^{3,105}

SOY düzeyi ile yaş arasındaki ilişki ileri yaşlarda SOY düzeyinin azalacağı kabul edilir.¹⁰⁶ Görme eyleminin yeterli olması, dikkat, hafıza gibi fonksiyonları gerektiren okuma eylemi karmaşık bir süreçtir. Bu fonksiyonların herhangi birinde eksiklik olması, okuma fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemekte olup, yaş ilerledikçe bu eksikliklerin görülme sıklığı artmaktadır.¹⁰⁷ Genel toplum tabanlı çalışmalarda SOY düzeyinin bu faktörlerden dolayı yaşla beraber azalacağını beklerken çalışmamız üreme çağındaki kadınlarda yapıldığından yaşla beraber diğer hastalıkların ortaya çıkma ve çocuk sayısının artma veya mevcut çocukların yaşlarının artmasıyla kadınların daha çok sağlıkla ilgili bilgi arama ve okuma çabasında olacağını düşünerek SOY düzeyinin artacağını öngördük. Üreme çağında pek çok genç kadın herhangi bir sağlık problemi yaşamaması ve çoğu sağlık hizmetine ilk kez ihtiyaç duymaları nedeniyle SOY düzeylerinin düşük olması daha olasıdır.¹⁰⁸ Çalışmamızda 25 -29 yaşları arasında olan kadınların SOY düzeyinin daha düşük olduğu saptandı. En yüksek SOY oranları ise 30 yaş ve üzeri kadınlardaydı. Verileri 30 yaş üstü ve altı şeklinde grupladığımızda da 30 yaş üstünde SOY oranları anlamlı olarak yüksek bulundu. Lupattelli ve arkadaşlarının, internet tabanlı 2012 yılında çok merkezli olarak yaptıkları çalışmada ve Shieh ve arkadaşlarının klinik tabanlı olarak 2008 yılında ABD’de yaptıkları diğer bir çalışmada da çalışmamıza benzer sonuç bildirilmiştir.^{15,16} ABD’de yapılan farklı iki çalışmada ise gebelerin yaş grupları arasında SOY düzeyi açısından fark bulunamadığı rapor edilmiştir.^{103,108} Yapılan çeşitli çalışmalarda farklı sonuçların bildirilmesinin sebepleri arasında, kadınların yaşlarının daha küçük olmasıyla birlikte, çalışma gruplarının özelliklerinin farklı olması sayılabilir.

Bireylerin SOY düzeylerinin istenen seviyede olabilmesi için temel okuryazarlık becerilerini kazanmış olmaları beklenir. Öğrenim düzeyinin yüksek olması SOY düzeyinin yüksek olması için gerekli olan bu becerilerin kazanılma olasılığını artırır.³³ Bu çalışmada öğrenim düzeyi yüksek olan gebelerin SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Gebeler üzerinde yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir.^{13,108,109,110}

Çalışma grubumuzda katılımcı kadınların annelerinin öğrenim düzeyi yüksek olanların SOY düzeyleri anlamlı olarak daha yüksekti. Öğrenim düzeyi yüksek olan

annelerin SOY düzeylerinin daha yüksek olması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemelerine ve bu durum gerek çocuklarının öğrenim düzeyinin daha yüksek olma ihtimalini gerekse de sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda farkındalıklarının artmasına neden olarak SOY düzeylerinin yüksek olmasına katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızda il merkezinde yaşayan gebelerin veya yaşamlarının büyük çoğunluğunu il merkezinde geçirenlerin SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmişti fakat verileri tekrar gruplayıp SOY u düşük ve yüksek olarak ikiye ayırdığımızda kentte yaşayanlarda SOY düzeyi daha yüksek bulunsada bu anlamlı değildi. Bunun sebebi kentte yaşayan kadınların yetersiz olmasa bile sınırlı SOY oranlarının fazla olmasıydı. Ohnishi ve arkadaşlarının Paraguay'da doğum öncesi bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarına başvuran gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada elde edilen sonucun ilk analizimizde ki sonuca benzer olduğu gösterilmiştir.⁷⁵ Literatürde benzer sonuç bildiren çalışmalar mevcuttur.^{105,111} İl merkezinde sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısının fazla olması gebelerin hizmete erişimini kolaylaştırmaktadır. Daha kolay erişim hizmet alabilme olanağını artırmakta ve sağlığın geliştirilmesine yönelik eğitim faaliyetlere ve diğer aktivitelere daha fazla ulaşım imkânını sağlamaktadır. Bu imkânlar gebelerin farkındalıklarının artmasına ve SOY düzeylerinin yükselmesine neden olabilir. Köylerde yaşayanlarda çevrelerinde SOY düzeyi yüksek rol model olmaması, bilgiye erişmenin zor olması SOY düzeylerinin düşük olmasına neden olmuş olabilir. Bizim çalışmamızda ikinci analizimizde bu farkın ortadan kaybolmasının nedeni kadınların şehir merkezinde otursalar bile SOY düzeylerini yükseltecek eğitim ve aktivitelere ulaşmakta sıkıntı yaşamaması olabilir.

Endres ve arkadaşlarının ABD'de yaptıkları çalışmada aktif olarak çalışan gebelerin SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.¹³ Lupatelli ve arkadaşları da benzer sonuç bildirmektedirler.¹⁶ Çalışmamızda elde edilen sonuç literatür ile uyumlu olup, çalışan kadınların SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi çalışan kadının sosyalleşme, etkileşime ve çevreyle iletişiminin artması ve kendisine rol model bireylerle karşılaşması olabilir.

Geleneksel yaşam tarzı kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını ve sağlıkları hakkında karar verme süreçlerini etkileyen unsurlardandır.¹¹² Çalışmamızda çekirdek aile yapısına sahip olan kadınların SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Geniş ailede yaşayan kadınlar aile büyüklerinin etkisi altında kalabilmekte

olup kendilerinin ve bebeklerinin sağlıkları hakkında doğru karar vermeleri zorlaşmaktadır. Bu durumun doğru olmayan bilgi ve tecrübelerin aktarılmasına neden olarak kadınların SOY düzeylerini olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Bununla birlikte ailede yaşayan kişi sayısı arttıkça kişi başı gelir düzeyinin azalması SOY düzeyinin düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Ekonomik durum düzeyi düşük olanlarda SOY düzeyinin daha düşük olması beklenmektedir. Ekonomik durumu iyi olan kadınlar aynı zamanda daha iyi eğitim alabilmekte ve bu eğitim sonucunda gelir getiren işlerde çalışabilme ihtimalleri artmaktadır. Aynı zamanda ekonomik durumu daha iyi olan kadınlar geçim derdini daha az yaşadıkları için sağlıklarını geliştirmek doğru bilgi bulma arayışına girme ihtimalleri ve dolayısıyla SOY düzeyleri artacaktır. Çalışmamızda elde edilen bulgular literatür ile uyumlu olarak gelir durumu iyi olanların SOY düzeyleri daha yüksektir. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda da ekonomik durumu iyi olanlarda SOY düzeyinin daha yüksek olduğu rapor edilmektedir.^{11,113} Endres ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da gelir düzeyi iyi olan gebelerin SOY düzeylerinin de yüksek olduğu bildirilmektedir.¹³ Cho ve arkadaşları ise ekonomik durum ile SOY düzeyi arasında bir ilişki bulunamadığını rapor etmişlerdir.¹⁰⁸

Fizik aktivite, beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanımı gibi davranışsal belirleyiciler bulaşıcı olmayan hastalık gelişiminde değiştirilebilen faktörlerdir. Çalışma grubumuzda sigara içme sıklığı %6,08 olarak saptanmış olup, sigara içmeyenlerde SOY daha yüksek olmasına rağmen anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kadınların tamamı alkol ve uyuşturucu madde kullanmadığını beyan ettiği için bu konuda analiz yapılmadı. Fiziksel aktivite ise SOY’la yakından ilişkili olup gebeliğinde fiziksek aktivite yapanlarda SOY daha yüksektir. Çalışmamızda kadınların gebelikten önceki BKİ’leriyle de SOY arasında da anlamlı bir ilişki bulundu. Gebelikten önce zayıf olanlarda SOY en yüksek seviyedeydi. Sigara kullanımı dışında fiziksek aktivite ve BKİ ‘nin SOY’la ilişkisi beklenen bir durumdur. Bireyin SOY düzeyi artıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermesi, egzersiz yapması ve BKİ’nin düşük olması beklenen uygundur. Sigara da ise anlamlı bir fark bulunmamasının nedeni çalışma grubunda sigara için sayısının az olması olabilir. Avrupa’da sekiz ülkede gerçekteştirilen “Avrupa sağlık okuryazarlığı” çalışmasında sağlıkla ilişkili davranış riskleri olarak sigara, alkol, BKİ ve fizik aktivite durumunun SOY ilişkisi araştırılmıştır. Ülkeler arası fark olmakla

birlikte, SOY ile en güçlü ilişki fizik aktivite durumu ile bulunmuştur. SOY düzeyi arttıkça fizik aktivite sıklığının arttığı dikkati çekmiştir.²⁶ Von Wagner ve ark çoğunluğunu kadınların oluşturduğu 759 yetişkinle yaptıkları çalışmada sigara içmeyenlerde ve düzenli egzersiz yapanlarda sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir.¹¹⁴ Lee ve ark'nın çalışmasında 1754 kadının sağlığı geliştirme ve koruma davranışları değerlendirilmiştir. Kadınlara kendilerindeki fiziksel değişimlerin (örn. cilt renginde değişim, ağırlık artışı, vücudun herhangi bir yerinde anormal büyüme gibi) ne kadar farkında oldukları, besinlerin son tüketim tarihine ne sıklıkla baktıkları ve sigara kullanma durumları sorulmuştur. Ayrıca son iki yılda yıllık sağlık kontrolü (check-up) ve Pap smear testi yaptırıp yaptırmadıkları sorulmuştur. Değerlendirme sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin besinlerin son tüketim tarihine bakma ve fiziksel değişimin farkında olma ile ilişkili olduğu, fakat yıllık sağlık kontrolü ve Pap smear testi yaptırma ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olanlarda sigara içenlerin daha fazla olduğu belirtilmektedir.¹⁰³ Oo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sigara-alkol tüketme ve düzenli egzersiz yapmama alışkanlıklarının SOY düzeyi düşük olanlarda daha fazla olduğu rapor edilmiştir.¹¹⁵ Smedberg ve arkadaşlarının 15 Avrupa ülkesinde gebelikte sigara içen kadınların özelliklerini araştırdıkları çalışmada, gebelikte sigara içme sıklığının %4,2-18,9 arasında değiştiği, SOY düzeyi düşük olanlarda daha sık olduğu bildirilmiştir.¹¹⁶ Çalışmamızın yapıldığı bölgenin sosyokültürel özelliklerinden dolayı kadınların alkol almaması veya alsa bile toplumun yapısı göz önünde alındığında bunu saklamış olması muhtemeldir.

Çalışmamızda tokolitik özellikli bitki çayı kullanımı ve uygunsuz kafein kullanımı SOY düzeyi düşük gebelerde daha yüksek bulunmuştur. Toplum tarafından alkol, sigara gibi maddelerin gebeliğe zararı bilinirken çay ve kahvenin masum görünmesi SOY düzeyi düşük kadınların bu konuda kullanmayı azaltmamasına neden olmuş olabilir.

Endres ve arkadaşları SOY düzeyi yüksek olan gebelerin ilk trimesterde folik asit kullanma sıklığının daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir.^{13,16} Kohan ve arkadaşları SOY düzeyi yüksek olanların gebelik haftalarına uygun olarak önerilen tedavileri düzenli şekilde kullandıklarını bildirmektedirler.¹¹⁷ Edwards ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme gibi sağlıklı yaşam

biçimi davranışlarına adaptasyon sağlanmasında SOY düzeyinin önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir.¹¹⁸ Literatürde bazı çalışmalarda SOY düzeyi düşük olan gebelerin gebelik takiplerini yeterli ve düzenli yaptırmadıkları, ikili-üçlü tarama ve şeker yükleme testlerini bilmedikleri rapor edilmektedir.^{13,15} Bizim çalışmamızda SOY düzeyi yüksek olanlar ilk gebelik takiplerine zamanında başlayıp yeterli sayıda izlem yaptıırırken, folik asit, demir ve Dvit kullanımı açısından SOY la anlamlı bir ilişki bulunamadı. Endres ve ark'larının diyabetli gebelerle yaptığı araştırmada sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olanlarda planlı gebelik, gebelik öncesinde endokrin ve kadın doğum uzmanına danışma, folik asit kullanma oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir.¹³ Kohan ve ark'larının çalışmasında yeterli prenatal bakım alan gebelerin tamamının yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, yeterli prenatal bakım almayanların da % 60'ından fazlasının sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada folik asit ve demir ilacını düzenli kullananlarda sağlık okuryazarlığının daha iyi olduğu gösterilmiştir.⁷⁴ Ülkemiz sağlık sisteminde gebelerin izlem başlama ve toplam izlem sayısı aile hekimlerince denetlenmektedir ve yeterli yapılmadığı takdirde performans kesintisi olmaktadır fakat demir, Dvit ve folik asit kullanımı ile ilgili herhangi bir yaptırım ve/veya izlem yoktur. Bu ilaçların kadınlara doktorlar tarafından önerilmesine rağmen mi kullanılmıyor yoksa kadının kendi tercihine bağlı mı kullanılmıyor sorgulanmamıştır. Bu anlamsızlığı irdelerken doktor tavsiyesi olup olmadığını öğrenmek önemli olabilir.

Sağlık okuryazarlığı, algılanan sağlık durumu ile bağlantılıdır. Yeterli SOY'a sahip kişilerin, aktif olarak sağlıklarıyla ilgili bilgi edinmesi ve sağlıklarının daha kötüye gittiğini hissetme durumunda sağlık problemlerini çözme olasılığı daha yüksektir.⁵⁵ Emel Filizin Konya merkezinde yaptığı sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi isimli tez çalışmasında gebe kadınların sağlıkları ile ilgili bir problem olduğunda hekime gitme oranı %75,9 bulunmuştur.¹¹⁹ Bizim çalışmamızda bu oran %47 idi ve SOY ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan kişilerin mamogram, papsemear, grip aşısı gibi bazı koruyucu sağlık davranışlarını daha az gösterdiği bilinmektedir.^{55,120} Davis ve ark'larının ve Pagan ve ark'larının çalışmalarında okuryazarlık düzeyi düşük kadınların yüksek olanlara göre daha az mamografi yaptırdıkları gösterilmiştir.^{121,122} ABD'de yapılan bir çalışmada servikal kanser tarama testlerini de sağlık okuryazarlık düzeyi düşük kadınların daha az

yaptırıldığı belirlenmiştir.¹⁰⁴ Başka bir çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi düşük kadınların aile planlaması yöntemlerini daha az bildiği gösterilmiştir.³⁹ Mojinyinola maternal sağlık okuryazarlığının antenatal bakım alma ve sağlıklı gebelik ile ilişkili olduğunu göstermiştir.⁷⁶

Yetersiz sağlık okuryazarlığının, kişilerin sağlık hizmetlerine geç başvurmalarına, bunun sonucu olarak, erken koruyucu bakımdan faydalanamamalarına ve neticede hastane yatışlarında artışa neden olduğu belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığının hastane yatış oranları ve acil servis hizmetlerinin kullanımı ile ilişkisini ortaya koymayı hedefleyen pek çok çalışma, sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu gruplarda (astım, konjestif kalp hastalığı olanlar, yaşlılar gibi) sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığını göstermektedir.¹²³ SOY düzeyi düşük olan ailelerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterli şekilde yararlanamamaları, hastane ve acil sağlık hizmetlerini gereksiz kullanmaları gibi nedenlerden dolayı sağlık harcamaları daha fazladır.⁴² Bizim çalışmamızda da beklediğimiz gibi SOY düzeyi daha düşük olanlarda ortalama hastane Acil servislerine gidiş daha fazla bulunmuştu. Fakata gebelikten önce sağlık problemleri için Asm 'ye gidenlerde ve gebelik izlemlerini Asm'lerde aile hekimlerine yaptıranlarda SOY düzeyi daha düşük bulunmuştur. Bu mevcut beklenen durumun tersidir. Bu sonuç kişilerin SOY düzeyi yüksek olsa bile Türkiye'de sevk sisteminin yeterince çalışmaması ve medyadaki yanlış haberler neticesiyle hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerine güvenememeleri sonucunda meydana gelmiş olabilir.

Düşük SOY düzeyi ile genel sağlığın kötü olması ve sağlık risklerinin fazla olması gibi sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlar arasında önemli bir bağ vardır. Düşük SOY düzeyi olan bireyler sağlık problemlerine yönelik işaret ve bulguları fark etmekte zorlanmakta olup sağlık arama davranışında gecikmektedirler. Aynı zamanda herhangi bir hastalık durumunda tedaviye uyum yeteneği SOY düzeyi düşük olan bireylerde daha azdır.¹¹⁴ Çalışma grubumuzda genel sağlık durumunun daha iyi olduğunu belirtenlerde SOY daha yüksek bulundu, kronik hastalığı olanlarda SOY düzeyi daha düşük bulundu. Endres ve arkadaşlarının Chicago'da yaptıkları çalışmada hipertansiyonu olan ve olmayan gebeler arasında SOY düzeyi açısından bir fark bulunamadığı rapor edilmiştir.¹³ Sorensen ve arkadaşları ise SOY düzeyi düşük olanların genel olarak sağlık durumlarının daha kötü olduğunu ve kronik hastalıkların daha fazla görüldüğünü

bildirmektedir.⁷² Baker ve ark.'nın 65 yaş ve üzeri 3260 yaşlı üzerinde gerçekleştirdiği kohort tipteki bir çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığının toplam hekime başvuru sayısı ile ilgili olmadığı, ancak acil servis başvurularının bu grupta arttığı gösterilmiştir. Söz konusu çalışmada yaş, cinsiyet, ırk, fizik aktivite, mental durum, kronik hastalıklar, sigara, alkol, vücut kitle indeksi gibi karıştırıcı faktörlerin kontrol edildiği, yetersiz sağlık okuryazarlığı olanlarda herhangi bir acil servis başvurusu %30,4 iken sınırlı olanlarda %27,6; yeterli olanlarda %21,8 olarak bulunmuştur.¹²⁴ Schillinger ve arkadaşları SOY düzeyi düşük olanların sağlık profesyonellerinin söylediklerini anlayamadıklarından dolayı tedavi uyumlarının ve hastalık bakımlarının daha kötü olduğunu rapor etmişlerdir.¹²⁵ Sudore ve ark.'nın 3075 yaşlı üzerinde gerçekleştirdiği bir başka kohort tipindeki araştırmada, yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin, tıbbi tedaviye, koruyucu hizmetlere ve birincil bakıma daha az eriştikleri tespit edilmiştir. Koruyucu hizmetlere erişim son 12 ayda grip aşısı olma durumu ile, tıbbi hizmetlere erişim sağlık güvencelerinin olup olmama durumu ile, birincil bakıma erişim ise düzenli doktor/sağlık kurumuna gitme durumu ile sorgulanmıştır. Tüm bu sonuçların kötü klinik çıktılar için risk oluşturabileceğine dikkat çekilmiştir.¹²⁶ Koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar, yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerde mamografi ile grip aşılamalarının daha düşük düzeylerde olduğunu göstermektedir.^{127,128} Bizim çalışmamızda da kendi kendine meme muayenesi yapan ve pap smear testi yaptırmış olan kadınlarda SOY düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Günlük yaşamda düzenli olarak okuma alışkanlığı olanların sağlık kurumlarında da asılı olan afişleri veya kendilerine verilen yazılı sağlık eğitim materyallerini okuma ihtimallerinin daha fazla olması beklenir. Bu durumun kişilerin sağlıkla ilgili farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin artmasına yol açarak SOY düzeylerinin yükselmesine katkı sağlayacaktır. Çalışma grubumuzda da düzenli okuma alışkanlığı olan gebelerin SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Verileri tekrar gruplandırıp okuyan ve okumayan şeklinde ayırdığımızda ise analizlerde bu anlamlılık bulunmadı. Anlamlılığı sağlayan okuma davranışı değil düzenli okuma davranışıydı. Bunun nedeni aynı zamanda kişilerin hiç okumadıklarını söylemeye çekinip ara sıra okuduklarını söylemiş olma ihtimalleri ya da geçmişlerinde herhangi bir şeyi tek sefer

okumayı ara sıra okuma olarak kabul etmiş olmaları olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmektedir.^{129,130}

Ambalajlı bir gıda almadan önce etiketinin tamamını okuyanlarda SOY ,sadece son kullanma tarihine bakanlardan daha yüksek çıkmış ,etikete hiç bakmayanlarda ise en düşük çıkmıştır.Ambalajlı gıda tüketimi tavsiye edilmese de günlük hayatta sık sık almak durumunda kalıyoruz en azından kadınların etiketlerini okuması ,içerikleri konusunda haberdar olması ,içerikleri daha temiz ürünler seçmelerini sağlayabilir ve bu da SOY düzeyinin yükseltilmesiyle olacaktır.

Sağlık bilgisi ile SOY kavramları genellikle karıştırılmakta olup, sağlık bilgisi SOY'un alt başlıkları arasında kabul edilmektedir. Sağlık ile ilgili yapılan bilgilendirme çalışmalarına katılanların konu ile ilgili farkındalıklarının ve bilgilerinin artması sonucu SOY düzeylerinin de yükselmesi beklenebilir.²⁶ Kadınların %70'i doğum öncesi bakım sırasında eğitim veren kişi ile 3 dakika veya daha az bir zaman geçirdiğini söylemiş ve kadınların % 40'ından daha azı diyet ve beslenme, bebek bakımı, aile planlaması, doğum yapılacak yer gibi önemli konularda bilgilendirildiklerini veya eğitildiklerini hatırlamıştır.¹³¹ Bizim çalışmamızda gebelik ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılanların sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Ohnishi ve arkadaşlarının Paraguay'ın Caazapa Bölgesi'nde yaptıkları çalışmada daha önceki gebeliklerinde gebelik ile ilgili sağlık eğitimi alan ve almayan gebeler arasında maternal SOY düzeyi açısından bir fark olmadığı rapor edilmiştir.⁷⁵

Çalışma grubumuzda gebelikleri plansız olanlarda SOY daha düşük düzeydeydi. Gebeler üzerinde yapılan çalışmalarda da SOY yüksek olanların gebelik öncesinde danışmanlık hizmetlerinden yararlanma ve gebeliklerinin planlı olma özelliklerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir.^{13,16} Düşük SOY düzeyi olan kadınların tüm sağlık hizmetlerinden olduğu gibi aile planlamasına yönelik hizmetlerden de yeterli şekilde yararlanamama ve dolayısıyla planlamadıkları bir zamanda gebe kalma olasılıkları daha fazladır. Gebeliğin planlı olup olmaması aynı zamanda sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmayı etkileyen faktörlerden birisidir. Magadi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebeliğinin planlı olma durumunun doğum öncesi dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumlu yönde etkileyen önemli faktörlerden birisi olduğu rapor edilmiştir.¹¹² Planlanmayan gebeliklerde doğum öncesi dönemde sunulan sağlık

hizmetlerinden etkili şekilde yararlanma olasılığı azalmaktadır. Bu durum gebeliği planlı olmayanlarda SOY düzeyinin düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Gebeler doğum yöntemine karar verme sürecinde aileleri, arkadaş çevreleri ve medyada yer alan haberlerin etkisi altında kalırlar. Sezeryan ile doğumun daha güvenli olduğuna inanma, doğum yöntemleri hakkında yeterince bilgilendirilmeme, doğumhane ve doğum sürecinden korkma gibi nedenler tıbbi neden olmadan gebelerin sezeryan ile doğum yöntemini seçmelerine neden olabilmektedir.^{132,133} Doğum şekline karar verilmesinde gebelerin doğru kaynaklar tarafından bilgilendirilmeleri ve uygun doğum şekline yönlendirilmeleri önemlidir. Gebelere doğum yöntemi ile ilgili yapılacak bilgilendirme çalışmalarının amacına ulaşmasında ve sağlıkları ile ilgili doğru karar verebilmelerinde SOY önemlidir. Çalışmamızda vajinal yolla doğum yapmak isteyenlerin sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olduğu saptandı ve bu beklenen bir durumdur. Cox'un 2014 yılında ABD'de yaptığı çalışmada gebelerin sağlık ve sayısal okuryazarlık düzeylerinin doğum yöntemine karar vermeyi etkileyen önemli faktörlerden olduğu bildirilmiştir.¹³⁴ Yapılan bazı çalışmalarda ise normal doğum tercih eden kadınların SOY düzeyi daha yüksek bulunmuştur.^{135,136}

Kadınlardan sadece dini nikâh yapanlarda ve akraba evliliği yapanlarda SOY düzeyi daha düşük bulunmuştur. Fakat ilk evlilik yaşıyla SOY arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. SOY düzeyi ile nikâh türü ve akraba evliliği arasında ilişkiyi beklerken yaşla aralarında anlamlı ilişki bulunmamasının nedeni kadın istenmeyen durum olarak erken yaşta evlenmesine rağmen evlilikten doğumun gerçekleştiği ve anketin uygulandığı zamana kadar SOY düzeyini yüksetmiş olması olabilir.

Anneler SOY becerilerini, çocuklarının günlük temel bakımlarını karşılamak için kullanmaktadırlar. Özellikle küçük yaş grubu çocuklar kendi sağlık gereksinimlerinin sürdürülmesinde ailelerine bağımlıdır. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile hem kendileri hem de çocuklarının sağlık sonuçları arasında ilişki bulunduğunu belirten çalışmalar vardır.^{137,138} Düşük sağlık okuryazarlığına sahip annelerin düşük doğum ağırlıklı bebeklere sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.⁷³ Sander yetersiz sağlık okuryazarlık becerisine sahip annelerin yenidoğan bebekler için alınan evde bakım hizmetinden daha az yararlandıklarını ifade etmiştir.¹³⁹ Benzer şekilde İngiltere'de yapılan bir çalışmada da ebeveynleri düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip Tip 1 diyabetli çocukların HbA1c seviyesinin kontrol

grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür.¹⁴⁰ Dewalt ve arkadaşları sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olan ailelere sahip astımlı çocukların acil servisleri daha çok ziyaret ettiğini bildirmiştir.¹⁴¹ Ayrıca literatürde yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip ailelerin çocuklarının yeterli düzeyde sağlık okuryazarlık becerisi olan ailelerin çocuklarına göre daha çok hasta olduğu bildirilmiştir.¹⁴² Başka bir çalışmada ise, düşük sağlık okuryazarlığı olan ebeveynlerin çocuklarının daha az sağlık sigortasına sahip olduğu, karşılanmayan sağlık gereksinimlerin olduğunu ve düzenli olarak bir pediatrist tarafından değerlendirilmediği bildirilmiştir.¹³⁹ Kaufman ve ark doğum sonrası ilk 2 ay emziren veya hiç emzirmeyen annelerin sağlık okuryazarlık düzeyini değerlendirdikleri çalışmalarında emzirme oranını sağlık okuryazarlığı düşük olanlarda % 23, yüksek olanlarda % 54 olarak belirlemiştir.¹⁴³ Ohnishi ve ark yeterli maternal sağlık okuryazarlığına sahip annelerin bebeklerini daha fazla emzirdiklerini, daha az düşük doğum ağırlıklı ve prematüre bebek doğurduklarını ve bebek ölümlerinin daha az olduğunu belirtmiştir.⁷⁵

Bizim çalışmamızda anne SOY düzeyinin yenidoğan sonuçları açısından bakıldığında erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma ve bebeğin yoğun bakım ihtiyacı açısından anlamlı bir fark bulunamazken, SOY düzeyi daha düşük olan kadınların bebeklerinin 1. ve 5.dk APGAR skorları SOY düzeyi yüksek olanlardan anlamlı derecede düşüktü. Anne sütü ile ilgili anlamlı bir sonuç bulunmadı fakat kadınlara hemen doğum sonu anne sütü sorulması uzun dönemde şu an anne sütü vermeyen kadınların süt vermeye başlayabilmesi ya da anne sütü verenlerin bunu yeterince devam ettiremeyebilmesi sonuçların değişmesine neden olabilir. Gene erken doğum, DDA bebek ve yoğun bakım ihtiyacı olan bebeğin annenin SOY düzeyinden farklı çıkmasının sebebi bu sonuçların nedenlerinin yeterince irdelenmemesi önlenemez tıbbi nedenlerle olmuş olma olasılığının ekarte edilmemiş olması olabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada yeni doğum yapmış kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve anne ile yeni doğan açısından sağlık sonuçları araştırıldı.

- Katılımcıların %69,3'ü yetersiz SOY'a sahipti. 14,5'i sorunlu SOY ,%9,6'sı yeterli , %6,7'si ise mükemmel SOY'a sahiptir.
- Yeterli ve mükemmel SOY en yüksek 30 yaş üstü ve en az 25-29 yaş arasındadır.
- Anne eğitimi ile SOY oranları arasında ilişkisi olup lise ve üzeri eğitimi olan annelerde SOY düzeyi daha yüksektir.
- SOY çalışma durumuyla da alakalı olup çalışan Kadınlarda SOY düzeyi daha yüksektir.
- Mükemmel SOY kentte yaşayanlarda köyde yaşayanlara göre daha yüksektir.
- Sosyal güvencesi olmayanlarda SOY düzeyi daha düşüktür.
- SOY maddi gelirle ilişkili olup maddi durumu daha iyi olan kadınlarda daha yüksektir.
- Geniş ailede yaşayan kadınlarda SOY düzeyi daha düşüktür.
- Kitap okuma sıklığı SOY'la ilişkili olup düzenli kitap okuma alışkanlığı olanlarda SOY daha yüksektir.
- Sadece dini nikâh yaptırıp resmi nikâhları olmayan kadınlarda SOY düzeyi daha düşüktür.
- Karı-koca arasında evlenmeden önce akrabalık olduğu durumlarda yetersiz ve sorunlu SOY oranları daha yüksektir
- SOY düzeyi daha yüksek olan katılımcılar sağlık düzeylerini SOY düzeyi daha düşük olanlara göre daha iyi olduğunu belirttiler.
- SOY düzeyi daha yüksek olan kadınlarda düzenli ilaç kullanımını gerektirecek hastalık sıklığı daha azdı.
- SOY düzeyi daha yüksek olan kadınlar kendi hastalıklarına karşı daha duyarlıydı ve hekime gitmeyi tercih ediyorlardı.
- SOY düzeyi daha düşük olan kadınlarda hastane aciline başvuru sayısı daha fazlaydı.

- SOY düzeyi daha yüksek olan kadınlarda gebelik ilk izlemini doğru zamanda yaptırma ve yeterli miktarda izlem olma oranı daha yüksekti.
- SOY düzeyi daha yüksek olan kadınların gebeliklerinin planlı olma oranı daha yüksekti.
- SOY düzeyi daha yüksek olan kadınlardagebelikle ilgili eğitim almış olma sıklığı daha yüksek bulundu.
- SOY düzeyi daha yüksek olan kadınlarda uygun kafein tüketimi daha sık görüldü.
- SOY düzeyi daha düşük olan kadınlarda tokolitik özellikli bitki çayı içme sıklığı daha yüksekti.
- SOY’u daha yüksek olan kadınlarda gebelikte egzersiz sıklığı daha yüksekti.
- Çalışmamızda APGAR1dk ve 5dk.sokuru düşük olan bebeklerin hepsinin annesi yetersiz SOY a sahipti.
- Gebe kalma zamanını doğru bilenlerde SOY düzeyi daha yüksek bulundu.
- Pap smear testi yaptırmayan kadınlarda anlamlı olarak SOY düzeyi daha düşük bulundu.
- Düzenli meme muayenesi yapan kadınlarda SOY daha yüksek oranda bulundu.
- Ambalajlı gıda aldığıında etiketini hiç okumayan veya sadece son kullanma tarihine bakanlarda SOY düzeyi etiketin tamamını okuyanlara göre anlamlı derecede düşük bulundu.
- Doğumdan sonra etkili bir doğum kontrol yöntemi kullanacağını söyleyenlerde SOY daha yüksek bulundu.
- İzlemlerini asmlerde aile hekimlerine yaptıran kadınlarda ise SOY anlamlı olarak daha düşük bulundu.
- Bu sonuçlar doğrultusunda;

Ana-çocuk sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde ve iyileştirilmesinde SOY düzeyinin yükseltilmesi halk sağlığının öncelikli konularından birisidir.

SOY düzeyinin yükseltilmesi için yapılacak çalışmaların ilki kadınların mevcut SOY düzeyinin belirlenmesidir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının bireylerin SOY düzeyini ölçmesi, gerek takip gerekse tedaviyi bu düzeye göre anlaşılır kılması ve düşük SOY düzeyi olan kişilere bu konuda eğitimler düzenlemesi önemlidir. Özellikle

çalışmamızda Asm'lere gidenlerin SOY düzeyinin daha düşük olması bu konunun öncelikli olarak ele alınması gerektirmektedir.

Çalışmayı yaptığımız hastanede SOY düzeyi çok düşük bulundu. Özellikle sosyoekonomik yönden dezavantajlı kişilerin sağlık okuryazarlığını yükseltmek öncelikli hedef olarak kısır döngünün kırılması sağlanmalıdır.

Çalışmamızda öğrenim düzeyi yüksek olanlarda ve düzenli okuma alışkanlığı kazananlarda SOY düzeyinin yüksek olması, eğitim sisteminde zorunlu eğitimin örgün hale getirilmesi gibi yapılacak yeni planlamaların SOY düzeyinin yükseltilmesinde yararlı olacağını düşündürmektedir. Sağlıkla ilgili yapılacak eğitimlerin hem niteliğinin hem de niceliğinin iyileştirilerek eğitim müfredatına entegre edilmesi önerilir.

Ülkemizde kız çocuklarının eğitimi halen önemli bir sorundur. Okuryazar olmayan erkek oranı %1,8 iken okuryazar olmayan kadın oranı %9,0'dur. Kadının sadece kendinin değil, ailesinin sağlığından sorumlu olduğu düşünüldüğünde, toplumun SOY düzeyinin yükseltilmesinde kadınlar ön planda tutulmalıdır. Bu nedenle kız çocuklarının okula gönderilmesi için aileler teşvik edilmeli ve buna yönelik hukuksal düzenlemeler artırılmalıdır.

Gebelik döneminde sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığı artmakta olup bu dönem sağlık eğitimi için fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda kadınların SOY düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde korelasyon olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında SOY'un önemli rol oynadığını göstermektedir.

Günümüzde sağlığın geliştirilmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ön plana çıkmış olup buna yönelik kampanyalar düzenlenmektedir ve SOY düzeyinin yükseltilmesi bu kampanyalara katılımın artmasını sağlayabilir.

Çok boyutlu bir kavram olan SOY'un yükseltilmesi için sosyokültürel yapı, eğitim sistemi ve sağlık sistemi gibi çok yönlü yaklaşım gerekmektedir. Acil servis başvuruları, hastane yatışları, yaşlılar üzerinde yapılan çalışmalar, influenza aşılması, sağlıkla ilgili bilgileri ve reçeteleri yorumlama ve yaşlılarda mortalite üzerine yapılan çalışmalar bunlardan bazılarıdır. Bireysel açıdan bakıldığında, yeterli SOY düzeyi, kişilerin sağlık hizmetlerine kolay erişmelerini, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmalarını, sağlık bilgilerini doğru anlama ve yorumlamalarını, tıbbi tedavi uygulama hatalarının azalmasını, acil servis kullanımı ile hastane yatışlarının daha az

olmasını sağlar. Toplumsal açıdan bakıldığında ise toplumun iyilik halinin geliştirilmesi, sağlıklı yaşam, sağlık kurumuna başvurularda azalma ile sağlık harcamalarında azalma sağlayacaktır. Bu konuda yapılmış araştırma bulgularını değerlendirirken, nedensel süreçte etkili olarak görülen değişkenler ve sağlık çıktılarını etkileyen düzenleyici değişkenler olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca çalışmaların farklı kültürde, farklı gruplar üzerinde ve farklı ölçüm araçları ile yapılmış olabileceği de unutulmamalıdır. Çalışmaların çoğunun kesitsel tipte olması, sağlık okuryazarlığı ile etkilerinin belirlenmesinde nedensel birlikteliği gösterme bakımından sınırlılık oluşturmaktadır. Güçlü nedensel ilişkilerin ortaya konması için kanıt düzeyi yüksek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Yapılacak çalışmaların çok merkezli yapılması bulguların güvenilirliğini artıracaktır.

KAYNAKLAR

1. **Toker H.** Toplum Bilgiye Nasıl Erişiyor? Nasıl Algılıyor? Nasıl Kullanıyor. 20.Ulusal,2.Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi. Antalya Türkiye, 13-17 Kasım **2018**:37
2. **Sørensen K, Pelikan J. M, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G.** Literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health* **2015**;25(6),1053-1058.
3. **World Health Organization,** Health Promotion Glossary, **1998** Geneva. Erişim:<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> Erişim Tarihi:20.04.2018
4. **WHO.** Health Literacy. In: **Kickbusch I, Pelikan LM, Apfel F, Tsouros AD,** editors. World Health Organization, Regional Office for Europe, **2013.**
5. **Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L.** Health literacy: a prescription to end confusion: National Academies Press; **2004.**
6. **Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC.** Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Jama.* **1995**;274(21):1677-82.
7. **Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV, Weiss BD.** Practical assessment of adult literacy in health care. *Health Education & Behavior.* **1998**;25(5):613-24.
8. **Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J.** Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health.* **2009**; 31(4),490-495
9. **Sentell T, Braun KL, Davis J, Davis T.** Colorectal cancer screening: low health literacy and limited English proficiency among Asians and Whites in California.
10. **Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C.** The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES **2006**-483. National Center for Education Statistics. 2006.
11. **Durusu Tanrıöver M, Yıldırım H, Demiray Ready F, Çakır B, Akalın H.** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara. **2014**:17
12. **C, Halstead JA.** Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* **2009**;38(5):601-12.
13. **Endres LK, Sharp LK, Haney E, Dooley SL.** Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care.* **2004**;27(2):331-4.
14. **Lori JR, Dahlem CHY, Ackah JV, Adanu RM.** Examining antenatal health literacy in Ghana. *Journal of Nursing Scholarship.* **2014**;46(6):432-40.
15. **Shieh C, Mays R, McDaniel A, Yu J.** Health literacy and its association with the use of information sources and with barriers to information seeking in clinic-based pregnant women. *Health care for women international.* **2009**;30(11):971-88.
16. **Lupattelli A, Picinardi M, Einarson A, Nordeng H.** Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient education and counseling.* **2014**;96(2):171-8.

17. **US Congress.**National Literacy Act of 1991. Public Law. **1991**:102-73.
18. Erişim: <http://www.unesco.org.tr/Pages/48/10/E%C4%9Fitim> Erişim tarihi:05.02.2018
19. TUIK 2012 Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=13458> Erişim tarihi: 05.02.2018
20. **Health UDo, Services H.** Healthy People 2010: Understanding and Improvin Health. Washington, DC: US Government Printing Office, November 2000. Book US Department of Health and Human Services Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. **2009**;2.
21. **Health CoSDo.** Achieving health equity: from root causes to fair outcomes: Commission on Social Determinants of Health, interim statement. **2007**.
22. **Nartgün SS, Kösterelioğlu MA, Sipahioğlu M.** İnsani gelişim indeksi göstergeleri açısından AB üyesi ve AB üyeliğine aday ülkelerin karşılaştırılması. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. **2013**;3(1).
23. **Kirsch I.** The International Adult Literacy Survey (IALS): Understanding What Was Measured. Princeton, NJ: Educational Testing Services; **2001**(2), i-61
24. **Kurudayıoğlu M, Tüzel S.** 21. yüzyıl okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve Türkçe eğitimi. *Türklük Bilimi Araştırmaları*. **2010**;28(28):283-98.
25. **Hull GA, Mikulecky L, St Clair R, Kerka S.** Multiple Literacies. A Compilation for Adult Educators. **2003**.
26. **Nutbeam D.** Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. **2000**;15(3):259-67.
27. **Kickbusch IS.** Health literacy: addressing the health and education divide. *Health promotion international*. **2001**;16(3):289-97.
28. **Levin-Zamir D, Peterburg Y.** Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health promotion international*. **2001**;16(1):87-94.
29. **Mancuso JM.** Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*. **2008**;10(3):248-55.
30. **Baker LM, Wilson FL, Nordstrom CK, Legwand C.** Mothers' knowledge and information needs relating to childhood immunizations. *Issues in comprehensive pediatric nursing*. **2007**;30(1-2):39-53.
31. **TC Sağlık Bakanlığı,** Stratejik Plan 2013-2017. <https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html> Erişim Tarihi:27.10.2017
32. **Nutbeam D.** The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*. **2008**;67(12):2072-8.
33. **I, Jungeblut A, Jenkins L, Kolstad A.** Adult Literacy in America: A First Look at the Result of the National Adult Literacy Survey, National Center for Education Statistics, U.S. Dept. of Education, Washington, DC. **2002**.
34. **DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP.** Literacy and health outcomes. *Journal of general internal medicine*. **2004**;19(12):1228-39.
35. **Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR.** The test of functional health literacy in adults. *Journal of general internal medicine*. **1995**;10(10):537-41.

36. **Parker RM, Williams MV, Weiss BD, Baker DW, Davis TC, Doak CC.** Health literacy-report of the council on scientific affairs. *Jama-Journal of the American Medical Association.* **1999**;281(6):552-7.
37. **Simonds SK.** Health education as social policy. *Health Education Monographs.* **1974**;2(1_suppl):1-10.
38. **Ratzan SC.** Health literacy: communication for the public good. *Health promotion international.* **2001**;16(2):207-14.
39. **Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J.** Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling.* **1999**;38(1):33-42.
40. **Baker DW.** The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine.* **2006**;21(8):878-83.
41. **Berkman ND, Davis TC, McCormack L.** Health literacy: what is it? *Journal of health communication.* **2010**;15(S2):9-19.
42. **Eichler K, Wieser S, Brügger U.** The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health.* **2009**;54(5):313.
43. **Wolf MS, Davis TC, Tilson HH, Bass III PF, Parker RM.** Misunderstanding of prescription drug warning labels among patients with low literacy. *American Journal of Health-System Pharmacy.* **2006**;63(11).
44. **Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM.** Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *The Lancet.* **1998**;351(9103):643-4.
45. **Patel P, Zed PJ.** Drug-Related Visits to the Emergency Department: How Big Is the Problem? *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy.* **2002**;22(7):915-23.
46. **Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C.** Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama.* **2002**;288(4):475-82.
47. **Safeer RS, Keenan J.** Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician.* **2005**;72(3):463-8.
48. **Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR.** Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of internal medicine.* **1998**;158(2):166-72.
49. **Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A.** Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest.* **1998**;114(4):1008-15.
50. **Sezgin D.** Tibbileştirilen yaşam bireyselleştirilen sağlık: çelişkiler, alternatifler ve sağlık iletişimi: Ayrıntı Yayınları; **2011.**
51. **Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK.** Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient education and counseling.* **2009**;75(3):411-7.
52. **Baker DW, Parker RM, Williams MV, et al.** The health care experience of patients with low literacy. *Arch Fam Med* **1996**;5(6):329-34
53. **Kanj M, Mitic W.** Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap; **2009**; (26-30).

54. U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. Quick Guide to Health Literacy **2010**. <https://health.gov/communication/literacy/quickguide/Quickguide.pdf> Erişim Tarihi: 03.11.2017
55. **Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW**. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical care*. **2002**;40(5):395-404.
56. **Bennett CL, Ferreira MR, Davis TC, Kaplan J, Weinberger M, Kuzel T**, et al. Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*. **1998**;16(9):3101-4.
57. World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>. Erişim Tarihi:28.06.2018
58. Scopus Documents Search, <https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic&clear=t&origin=searchadvanced&txGid=64dce2a3118ac20e2688d8320c958c1e> Erişim Tarihi: 23.04.2018
59. **TC Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017**. <https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html> Erişim Tarihi: 27.06.2018
60. **Smith S, McCaffery K**. Health Literacy: a brief literature review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. **2010**.
61. **Kickbusch I**, editor Improving health literacy-A key priority for enabling good health in Europe. European Health Forum Gastein; **2004**.
62. **Ishikawa H, Yano E**. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*. **2008**;11(2):113-22.
63. **Maniaci MJ, Heckman MG, Dawson NL**. Functional health literacy and understanding of medications at discharge. *Mayo Clinic Proceedings*; **2008**;83:(554-558).
64. **Al Sayah F, Williams B**. An integrated model of health literacy using diabetes as an exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*. **2012**;36(1):27-31.
65. **Davis TC, Crouch M, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB**. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family medicine*. **1991**;23(6):433-5.
66. **Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux E, George RB, Murphy PW**. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family medicine*. **1993**;25(6):391-5.
67. **Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ**. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *health*. **2004**;36(8):588-594
68. **Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B**. The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC family practice*. **2006**;7(1):21.
69. **Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP**. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*. **2005**;3(6):514-22.
70. **JB Saaddine, MPH, K.M Venkat Narayan, F Vinicor**, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0161-6420\(02\)01839-0](https://doi.org/10.1016/S0161-6420(02)01839-0)

71. **Schoolwert, Engelgau MM, Hostetter TH, Rufo KH, Chianchiano D, McClellan WM, Warnock DG, Vinicor F.** Chronic kidney disease: a public health problem that needs a public health action plan. **2006**
72. **Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G.** Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. **2015**;25(6):1053-8.
73. **Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M.** Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iran J Nurs Midwifery Res*. **2007**;12(4):146-52.
74. **Renkert S, Nutbeam D.** Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*. **2001**;16(4):381-8.
75. **Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü.** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2013 Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim Tarihi: 05.09.2018.
76. **Ohnishi M, Nakamura K, Takano T.** Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: policy implications for community care services. *Health Policy*. **2005**;72(2):157-64.
77. **Mojoyinola J.** Influence of maternal health literacy on healthy pregnancy and pregnancy outcomes of women attending public hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *African Research Review*. **2011**;5(3).
78. **Kömürcü N, Doğan Merih Y.** Doğum Öncesi Dönem. İçinde: Tankuter K (editör). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, **2012**:131-140, 161-163
79. **Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme Becerileri arasındaki ilişki.** *Anadolu Psikiyatr Derg*. **2003**; (4): 98-105.
80. United Nations Children's Fund and World Health Organization, Low Birthweight: Country, regional and global estimates. **UNICEF, New York, 2004.** https://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf Erişim tarihi: 06.07.2017
81. **Hack M, Klein NK, Taylor G.** Long-term developmental outcomes of low birth weight infants. *Future Child*. **1995**;5:176-196.
82. **Kilbride HW, Thorstad K, Daily DK.** Preschool outcome of less than 801 gram preterm infants compared with full-term siblings. *Pediatrics*. **2004**;113(4):742-747.
83. **Marlow N.** Neurocognitive outcome after very preterm birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. **2004**;89:224-228.
84. **Goldenberg RL, Hoffman HJ, Cliver SP.** Neurodevelopmental outcome of small-for-gestational-age infants. *Eur J Clin Nutr*. **1998**;52(Suppl 1):S54-S58.
85. **Roth S, Wyatt J, Baudin J.** Neurodevelopmental status at 1 year predicts neuro-psychiatric outcome at 14-15 years of age in preterm infants. *Early Human Develop*. **2001**;65:81-89.
86. **Villar J, Smeriglio V, Martorell R, Brown CH, Klein RE.** Heterogeneous growth and mental development of intrauterine growth-retarded infants during the first 3 years of life. *Pediatrics*. **1984**;74(5):783-791

87. **Luciana M, Lindeke L, Georgieff MK, Mills MM, Nelson CA.** Neurobehavioral evidence for working memory deficits in school-aged children with histories of prematurity. *Develop Med Child Neurol.* **1999**;41:521–533.
88. **The Apgar Score.** Committee Opinion No 644. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet and Gynecol* **2015**; 126(4): e52-5
89. <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim: 05.06.2017
90. **World Health Organization,** WHO policy on non-recruitment of smokers or other tobacco users: frequently asked questions. *Genf*; **2008**.
91. World Health Organization, WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1> Erişim Tarihi. 29.04.2018
92. <https://hamileyim.net/hamilelikte-sinirli-bitki-cayi/> Erişim Tarihi:02.04.2019
93. **Akbayrak T, Kaya S.** Gebelik ve Egzersiz. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Bölümü Klasmat Matbaası, Ankara. **2008**.
94. TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi 2014 <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf> Erişim Tarihi:10.06.2018
95. **IOM (Institute of Medicine).** Nutrition During Pregnancy. Washington, DC: National Academy Press; **1990**.
96. **P.Okay,F.Abacıgil** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması Mayıs ,**2016** ,
97. **Sağlık Bakanlığı,** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2013. Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim Tarihi: 07.07.2018.
98. **World Health Organization,** Maternal Health. <http://www.who.int/maternal-health/en/> Erişim Tarihi: 26.04.2018
99. **WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division** Trends in maternal mortality: **1990 to 2014**. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division, World Health Organization, Geneva (2015).
100. **Yalçın BM, Pirdal H, Ünal M.** Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.* **2016**;20(1):7-15.
101. **Rosliza A, Muhamad J.** Knowledge, attitude and practice on antenatal care among Orang Asli women in Jempol, Negeri Sembilan. *Malaysian J Public Health Med.* **2011**;11(2):13-21.
102. **Kawasaki R, Ito H, Ohnishi M.** Factors associated with maternal health knowledge among pregnant women in a remote region of Paraguay. *J Health & Human Ecology.* **2015**;81(2):56-67.
103. **Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann Jr WF.** Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. *The Journal of the American Dental Association.* **2012**;143(9):972-80.

104. **ST Lindau, C Tomori, T Lyons, L Langseth.** *American journal of – Elsevier* The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women, **2002**
105. **Takano T, Nakamura K.** An analysis of health levels and various indicators of urban environments for Healthy Cities projects. *Journal of Epidemiology & Community Health.* **2001**;55(4):263-70.
106. **Singleton K.** Virginia Adult Education Health Literacy Toolkit. 2003.
107. **Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M.** The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* **2000**;55(6):S368-S74.
108. **Cho RN, Plunkett BA, Wolf MS, Simon CE, Grobman WA.** Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. *Prenatal diagnosis.* **2007**;27(5):463-7.
109. **Mobley SC, Thomas SD, Sutherland DE, Hudgins J, Ange BL, Johnson MH.** Maternal health literacy progression among rural perinatal women. *Maternal and child health journal.* **2014**;18(8):1881-92.
110. **LeVine RA, LeVine SE, Rowe ML, Schnell-Anzola B.** Maternal literacy and health behavior: a Nepalese case study. *Social science & medicine.* **2004**;58(4):863-77.
111. **Batterham R, Hawkins M, Collins P, Buchbinder R, Osborne R.** Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health.* **2016**;132:3-12.
112. **Magadi MA, Madise NJ, Rodrigues RN.** Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining the variations between women of different communities. *Social science & medicine.* **2000**;51(4):551-61.
113. **Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N.** Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research.* **2010**;25(3):464-477.
114. **Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J.** Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior.* **2009**;36(5):860-77.
115. **Oo WM, Soe PP, Lwin KT.** Status and determinants of health literacy: a study among adult population in selected areas of Myanmar. *International Journal Of Community Medicine And Public Health.* **2017**;2(3):318-22.
116. **Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby A-C, Nordeng H.** Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC pregnancy and childbirth.* **2014**;14(1):213.
117. **Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M.** Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.* **2008**;12(4).
118. **Edwards J, Jackson C, Cheater F, Holt J, Robinson M.** Healthy eating and physical activity choices in socio-economically disadvantaged women: the role of health literacy. *Journal of Epidemiology & Community Health.* **2009**;63(Suppl 2):12-.
119. **E. Filiz** Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı ile İlişkisi. Halk Sağlığı Anabilim Dalı DOKTORA TEZİ / KONYA-2015

120. **White S, Chen J, Atchison R.** Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. *Am J Health Behav.* **2008**;32:227-42.
121. **Davis, Terry C.** "How poor literacy leads to poor health care." *Patient Care*, 15 Oct. **1996**, p. 94+. Academic OneFile, Accessed 16 Jan. 2019.
122. Journal of Cancer Education March 2012, Volume 27, Issue 1, pp 132–137| Cite as Health Literacy and Breast Cancer Screening among Mexican American Women in South Texas
123. **Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K,** Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review, *Ann Intern Med.* **2011**;155:97-107.
124. **Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J.,** Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees., *J Gen Intern Med.* **2004**;19(3):215-20.
125. **Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J.** Functional health literacy and the quality of physician–patient communication among diabetes patients. *Patient education and counseling.* **2004**;52(3):315-23.
126. **Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, Rosano C, Rooks RN, Rubin SM, Ayonayon HN, Yaffe K.** Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access.*J Am Geriatr Soc.* **2006**;54(5):770-6.
127. **Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S.** The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med.* **2009**;7:204-11
128. **Guerra CE, Krumholz M, Shea JA.** Literacy and knowledge, attitudes and behavior about mammography in Latinas. *J Health Care Poor Underserved.* **2005**;16:152-66.
129. **Sanders LM, Zacur G, Haecker T, Klass P.** Number of children's books in the home: an indicator of parent health literacy. *Ambulatory Pediatrics.* **2004**;4(5):424-8.
130. **Ibrahim SY, Reid F, Shaw A, Rowlands G, Gomez GB, Chesnokov M,** Validation of a health literacy screening tool (REALM) in a UK population with coronary heart disease. *Journal of public health.* **2008**;30(4):449-55.
131. **Abba Hydar and Lamin ES Jaiteh** Antenatal care in The Gambia: Missed opportunity for information, education and communication Samuel E Anya Email author, *BMC Pregnancy and Childbirth* **2008**;9 <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-9>© Anya et al; licensee BioMed Central Ltd. 2008 Received: 14 September 2006 Accepted: 07 March 2008 Published: 07 March 2008
132. **Ergöl ş, Kürtüncü M.** Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* **2014**;1(3).
133. **Yaşar Ö, Şahin Fk, Coşar E, Köken Gn, Cevrioğlu As.** Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics.* **2007**;17(6):414-20.
134. **Cox KJ.** Counseling women with a previous cesarean birth: Toward a shared decision-making partnership. *Journal of midwifery & women's health.* **2014**;59(3):237-45.
135. **King TL.** Can a vaginal birth after cesarean delivery be a normal labor and birth? Lessons from midwifery applied to trial of labor after a previous cesarean delivery. *Clinics in perinatology.* **2011**;38(2):247-63.

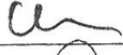
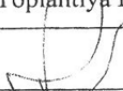

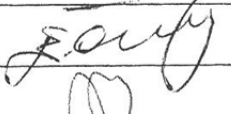

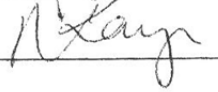
136. **Kananikandeh S. Persuading Iranian Women toward Normal Vaginal Delivery: Using Pictorial Perception of the Labour Process.** Open Access *Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2018;6(6):1145-52.
137. **Kummervold, P,E., Chronaki, C,E., Lausen, B., Prokosch, H,U., Rasmussen, J., Santana S., et all. (2008).** eHealth trends in Europe 2005-2007: A PopulationBased Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 10(4).
138. **.Ross, L,A., Frier, B,M, Kelna,r C,J,H., Deary, I,J. (2001).** Child and Parental Mental Ability and Glycaemic Control in Children With Type 1 Diabetes. *Diabet Med*, 18 (5):364-369.
139. **Sanders, L,M., Lewis, J., Brosco, J,P. (2005).** Low Caregiver Health Literacy: Risk FactorFor Child Access to A Medical Home. In *Pediatric Academic Societies Annual Meeting*, p: 15.
140. **.Sanz, E,J. (2003).** Concordance and Children’s Use of Medicines. *BMJ*, 327: 858–860.
141. **Sharif, I., Blank, A,E. (2010).** Relationship Between Child Health Literacy and Body Mass Index in Overweight Children. *Patient Educ Couns*, 79:43-48.
142. **Simovska, V., et all. (2010).** HEPS Tool for Schools – A Guide for School Policy Development on Healthy Eating and Physical Activity. Utrecht, NIGZ – Netherlands Institute for Health Promotion.
143. **Effect of literacy on breast-feeding outcomes. (PMID:11284516)Kaufman H , Skipper B , Small L , Terry T , McGrew M** *Southern Medical Journal* [01 Mar 2001, 94(3):293-296]

EKLER

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
75	2 Mart 2018

KARAR NO 14- Kurulumuzun 7 Temmuz 2017 tarihli 66 sayılı toplantısında alınan 11 numaralı kararı ile onaylanan, Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Elçin Banu Yoldaşcan yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Duygu Ayabakan Çot tarafından yürütülen, “Adana İli Seyhan İlçesindeki Bir Devlet Hastanesinde Yeni Doğum Yapmış Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı Durumu ve Anne ile Yeni Doğan Üzerindeki Sağlık Sonuçları Araştırması” başlıklı tıpta uzmanlık tez çalışmasında başlık ve danışman değişikliği yapılması; başlığın “Adana İli Seyhan İlçesindeki Bir Devlet Hastanesinde Yeni Doğum Yapmış Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Durumu ve Anne ile Yeni Doğan Üzerindeki Sağlık Sonuçları” olması ve emekli olan tez danışmanının yerine Prof. Dr. Necdet Aytaç’ın alması hakkındaki bildirim araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Adana İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

ADANA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ADANA İLİ İHBGS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
15/09/2017 21:20 - 69937107 - 799 - E.13452



Sayı : 69937107-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz bünyesinde bulunan Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olan Duygu AYABAKAN ÇOT'un "Adana İli Seyhan İlçesindeki Bir Devlet Hastanesinde Yeni Doğum Yapmış Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı Durumu ve Anne İle Yenidoğan Üzerindeki Sağlık Sonuçları Araştırması" başlıklı uzmanlık tezi çalışmasını Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması koşulu ile oy birliği ile uygun bulunmuştur.

e-imzalıdır.
Yrd.Doç. Dr. İbrahim Ethem ÖZSOY
Genel Sekreter



Güvenli Elektronik İmza

Ali ile Aynıdır

15/09/2017

Sadiye DAĞLI
Genel Sekreter

Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma Geliştirme ve Proje
Bicimi Yenibaraj Mahallesi, 68008. SK. 2-22. 01150 Dörtler/Seyhan/Adana
Faks No:

e-Posta:Sadiye.Ceylan@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 28636165-edb4-4ed3-ac38-40946af8e577 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Şadiye CEYLAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:(0322) 455 70 00-1425

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Adana İli Seyhan İlçesindeki Bir Devlet Hastanesinde Yeni Doğum Yapmış Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı Durumu Ve Anne İle Yeni Doğan Üzerindeki Sağlık Sonuçları Araştırması

Ben Duygu Ayabakan Çot Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D'nda doktor olarak çalışmaktayım. Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde yeni doğum yapmış kadınlarda sağlık okuryazarlığı durumu ve anne ile yeni doğan üzerindeki sağlık sonuçları araştırması yapmaktayım. Bu sonuçları saptamak için size bir anket formu uygulayacağım. Bu ankete verdiğiniz bilgiler araştırma amaçlı olup, kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmanın geçerliliği açısından cevaplarınızın doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir. Bu amaçla ayırdığınız zaman, ilgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Arş. Gör. Dr.Duygu Ayabakan Çot

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

Adana İli Seyhan İlçesindeki Bir Devlet Hastanesinde Yeni Doğum Yapmış Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Durumu Ve Anne İle Yeni Doğan Üzerindeki Sağlık Sonuçları Araştırması Anketi

- 1) Anket no:
- 2) Yaşınız
- 3) Medeni haliniz
 1. bekar
 2. evli
 3. boşanmış/dul
- 4) Nikah türü
 1. resmi nikah
 2. dini nikah
- 5) ilk evlilik yaşıınız
- 6) Annenizin öğrenim durumu nedir?
.....
- 7) Sosyal güvenceniz var mı ? Varsa nedir?
.....
- 8) Eşinizle aranızda evlenmeden önce akrabalık var mıydı?.....
- 9) Eğitim durumunuz
 1. eğitim yok/ ilkokulu bitirmemiş
 2. ilkokul mezunu
 3. ortaokul mezunu
 4. lise mezunu
 5. üniversite mezunu
- 10) Mesleğiniz:
 1. Ev hanımı
 2. İşçi
 3. Emekli
 4. Öğrenci
 5. Memur
 6. Esnaf
- 11) . Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?
 1. Gelir giderden az
 2. Gelir gidere denk
 3. Gelir giderden fazla

12) Kaçınıcı gebeliğiniz

13) Planlı gebelik mi

1. evet

2. hayır

14) ikinci ve üçüncü trimesterlerde doktorunuzun önerisi dâhilinde demir ilacı kullandınız mı?

1.evet

2.hayır

15)Yaşamınızın büyük bölümünü nerede geçirdiniz ?.....

16)Ailenizde kimlerle yaşıyorsunuz?

.....

17)Kaç yıldır evlisiniz?

.....

18)Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirdiğiniz?

.....

19) gebelik öncesi kilonuz

20) Boyunuz.....

21) Gebeliğinizde kaç kilo aldınız

22) Prenatal izleme başlama haftası

23) toplam prenatal izlem sayısı

24) gebelikte kaç kere tetanoz aşısı oldunuz?....

25) İlk 3 ay folik asit kullandınız mı?

1. evet

2.hayır

26) ikinci ve üçüncü trimesterlerde doktorunuzun önerisi dâhilinde Dvitamini kullandınız mı?

1.evet

2.hayır

27) Gebeliğiniz boyunca doktorunuza danışmadan ilaç aldığınız oldu mu?

1.evet

2.hayır

28) Gebeliğinizde çay kahve tüketiminiz nasıldı?

.....

29) Gebeliğiniz süresince egzersiz yapma olanağınız oldu mu ?.....

Gebelikte ve öncesinde madde kullanımı

Gebelik öncesi Gebelik süresince

30) sigara

31) alkol

32) uyuşturucu

33) Daha önce gebeliğiniz ya da gebe kalmama durumunuz isteğiniz doğrultusunda mıydı?

1. evet

2. hayır

34) Hastalandığınızda nasıl bir yol izlersiniz?

.....

35) Hamileliğinizde önce acil servisi ne sıklıkla kullanıyordunuz?.....

36) Gebelik öncesi hastalık öyküsü

1. yok

2. var

37) Gestasyon haftası

38) Doğumun erken gerçekleşme nedeni

1. suyun erken gelemesi

2. sancının erken başlaması

3. maternal nedenler

4. fetal nedenler

39) Bebeğin cinsiyeti

40) Bebeğin doğum ağırlığı

APGAR skoru

41) 1.dk

42) 5.dk

43) Bebeğin yoğun bakım ihtiyacı

1) oldu

2) olmadı

44) Bebek anne sütü alıyor mu?

1.evet

2.hayır

45)Gebeliğinizden önce hastalandığınızda hangi kuruma başvuruyor dunuz?

.....

46)Doğum öncesi izleminizi kim yaptı ?

.....

47) Doğum öncesi izleminiz nerde yapıldı ?

.....

48)Gebelikle ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

.....

49)Gebeliğinizde bitki çayı içtiniz mi ? İçtiyseniz hangi çaylardan içtiniz?.....

50)Ne sıklıkla kitap okursunuz?

.....

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini "çok kolay/ kolay / zor /çok zor" 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 durumlara ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara 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 etkileyebileceğini 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	Günlük davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı 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	Sağlıkta ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Duygu Ayabakan ÇOT
Doğum Tarihi Ve Yeri : 1989, Adana
Medeni Durumu : Evli
Adres : Ali Sepici blv.78081 sk,Ebru Apart.
Çukurova / ADANA
Telefon : 05380274401
E-Mail : duyguayabakan@hotmail.com

Mezun Olduğın Tıp Fakültesi : Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri : Nizip Devlet Hastanesi -2014

Yabancı Dil : İngilizce